

## **Neoliberalismo y sus efectos en los servicios de salud pública: el caso de los trabajadores de la salud que enfrentan la pandemia de la covid-19**

### **Neoliberalism and their effects on public health services: the case of health workers facing the covid-19 pandemic**

Nayeli Pérez Juárez<sup>1</sup>, Gonzalo Esteban Negreros Amaya,<sup>2</sup> Carlos Alberto Jiménez Bandala<sup>3</sup>

Recepción: 15/01/2022

Aceptación: 28/06/2022

#### **Resumen**

El neoliberalismo debilitó el sistema de salud pública y la pandemia reflejó las contradicciones de su descuido. El objetivo del trabajo es analizar la relación entre las condiciones estructurales que ha generado el neoliberalismo en los servicios de salud pública y su repercusión en las condiciones de trabajo del personal sanitario que atendió a pacientes contagiados de covid-19. La metodología utilizada es de estadística descriptiva con información de fuentes primarias mediante un cuestionario de 23 reactivos por conveniencia y fuentes secundarias de INEGI, OMS, OCDE y CEPAL. El cuestionario se aplicó de diciembre de 2020 a enero de 2021, dadas las condiciones sanitarias fue de manera electrónica, cuidando la confidencialidad del trabajador. Los resultados principales son: el aumento de la jornada de trabajo de 8 a 12 horas diarias, percepción salarial regular, lo que implicó que los empleados deban tener un segundo trabajo en 36%, el riesgo de trabajo aumentó, el 100% de la muestra tuvo un compañero contagiado y el 83% un colega que falleció, en materia de protección sanitaria el 40% lo consideró insuficiente, el 98.4% de la muestra tiene un estrés alto, que deteriora las condiciones de vida del trabajador. Las implicaciones son graves para el país y para los trabajadores que laboran en condiciones adversas, se deberá atender de manera inmediata las necesidades del sector, aumentando el presupuesto para infraestructura y fomento a la especialización de trabajadores.

#### **Abstract**

Neoliberalism weakened the public health system and the pandemic reflected the contradictions of its neglect. The objective of the work is to analyze the relationship between the structural conditions that neoliberalism has generated in public health services and its impact on the working conditions of health personnel who treated patients infected with covid-19. The methodology used is descriptive statistics with information from primary sources through a questionnaire of 23 items for convenience and secondary sources from INEGI, WHO, OECD and ECLAC. The questionnaire was applied from December 2020 to January 2021, given the sanitary conditions, it was applied electronically, taking care of the

---

<sup>1</sup> Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, autora de correspondencia [ileyan471@gmail.com](mailto:ileyan471@gmail.com)

<sup>2</sup> Doctorando en Economía del Posgrado en Economía, sede Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, [estebanegreros@outlook.com](mailto:estebanegreros@outlook.com)

<sup>3</sup> Profesor-Investigador de la Universidad de Quintana Roo, [carlangas\\_ya@yahoo.com.mx](mailto:carlangas_ya@yahoo.com.mx)

\*El trabajo es resultado de la investigación realizada gracias al proyecto UNAM-PAPIIT IA300721.

## **Neoliberalismo y sus efectos en los servicios de salud pública: el caso de los trabajadores de la salud que enfrentan la pandemia de la covid-19**

confidentiality of the worker. The main results are: the increase in the working day from 8 to 12 hours a day, regular salary perception, which implied that employees must have a second job in 36%, the risk of work increased, 100% of the sample had an infected colleague and 83% a colleague who died, in terms of health protection, 40% considered it insufficient, 98.4% of the sample has high stress, which deteriorates the worker's living conditions. The implications are serious for the country and for workers who work in adverse conditions, the needs of the sector must be met immediately, increasing the budget for infrastructure and promoting the specialization of workers.

### **Palabras Clave**

Neoliberalismo, cambio estructural, trabajadores de la salud, intensidad del trabajo, condiciones de trabajo. Referencia JEL: E-24, E-61, J-01.

### **Key Words**

Neoliberalism, structural change, healthcare workers, work intensity, working conditions. Reference JEL: E-24, E-61, J-01.

### **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 11 de marzo de 2020 que el mundo se enfrentaba a una pandemia provocada por el virus SARS-CoV2 que causa la enfermedad Covid-19. El fenómeno fue tomado con sorpresa e incredulidad. En México las medidas para enfrentar la pandemia tienen directrices internas y toman las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La prevención y el control de la enfermedad de la covid-19 entre la población son fundamentales para mitigar los efectos sanitarios, económicos y sociales. En México se decretó la Jornada Nacional de Sana Distancia el 24 marzo del 2020, con medidas de distanciamiento social para disminuir el riesgo de propagar el virus, que condujo al cierre total de las actividades económicas, culturales y sociales, de ahí que, algunas actividades laborales pasaron a realizarse de manera virtual, sobre todo aquellas que se orientan a la circulación mercantil y de servicios, (DOF, 2020).

El contexto económico a escala mundial al momento de declararse la pandemia era de un pobre crecimiento de 2.6%, debido a problemas internacionales como: la guerra arancelaria entre Estados Unidos y China, que terminó por repercutir en el funcionamiento económico de México. El país presentó recesión en el Producto Interno Bruto (PIB), en los últimos dos trimestres de 2019, que se profundizó en -8.5% en 2020, la caída más grande desde el 2008. La pandemia ahondó los efectos de la crisis económica, no obstante, la problemática se enfrenta desde la década de los ochenta con la orientación de la economía al mercado y a la empresa privada, que se denomina como neoliberalismo, que tienen sus efectos en el sistema sanitario (Valdemar Díaz, 2021). En ese sentido, surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son las consecuencias de las condiciones estructurales del patrón de acumulación neoliberal en los servicios de salud, en concreto en las condiciones laborales del personal sanitario que atiende a pacientes contagiados de covid-19?

La mercantilización de la salud en México se da en un contexto de desigualdad social y económica. El sector de salud pública se encontró debilitado para enfrentar la pandemia, en infraestructura y en personal sanitario existente. En ese sentido, el trabajo tiene por objetivo analizar la relación entre las condiciones estructurales que ha generado el patrón de acumulación neoliberal en los servicios de salud y su repercusión en las condiciones de trabajo del personal de salud que atienden a pacientes contagiados de Covid-19, mediante una muestra del personal sanitario de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). El trabajo es importante a escala nacional pues, se ancla en el contexto de la discusión sobre la reorganización del sector salud y la convocatoria permanente para nuevas plazas de médicos especialistas, dentro de ese marco se cuestionan las condiciones en infraestructura, nivel salarial y seguridad del personal sanitario en el presente y su resultado del proceso histórico, por lo que, la discusión que sugiere el documento no solo es relevante, sino necesaria para el país, no solo porque capta las condiciones en el pico de la pandemia, sino porque se sugiere la transformación del sector salud a raíz de la emergencia sanitaria.

La hipótesis de trabajo es: la pandemia profundizó la crisis económica que se gestó desde los últimos dos trimestres de 2019 y desnudó la precariedad y deficiencia en los servicios sanitarios públicos del país, donde los trabajadores de la salud son los afectados debido a que aumentaron la intensidad del trabajo, mayor riesgo laboral, insumos insuficientes y en lo general inestabilidad en el trabajo, como consecuencia el aumento en el estrés del personal sanitario.

El trabajo se divide en 4 secciones, la primera es la revisión literaria que se subdivide en 4 secciones: condiciones estructurales de México antes de la pandemia, cambios estructurales del neoliberalismo y la afectación en el esquema de salud pública, cambios estructurales en las instituciones de salud pública y efectos del neoliberalismo en los trabajadores de la salud. La segunda sección es la metodología; se descompone en los instrumentos y el procedimiento de análisis. La tercera sección son los resultados y discusión donde se describe y analiza la intensidad y las condiciones de trabajo de los empleados sanitarios de 10 hospitales que trataron la enfermedad de covid-19 de 8 áreas, respecto al tipo de contrato, jornada de trabajo, medios de trabajo, cantidad de pacientes atendidos, salario, vacaciones, actividades no remuneradas y el nivel de estrés que tienen. La última sección son las reflexiones finales que se orientan a los efectos de los cambios estructurales del neoliberalismo en relación la afectación al sistema de salud pública y sus efectos en los trabajadores de la salud que enfrentaron la pandemia.

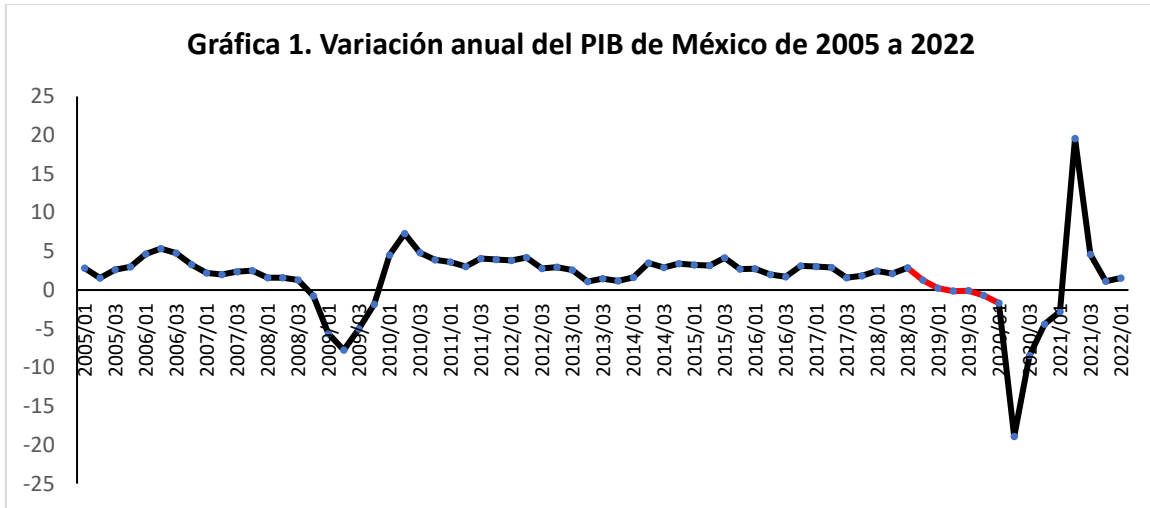
## **1. Revisión literaria**

### **1.1. Condiciones estructurales en México antes de la pandemia**

Las condiciones económicas en las que México enfrentó la pandemia tienen un precedente poco alentador, pues, la economía mundial tuvo un pobre crecimiento en 2019, el Producto Interno Bruto (PIB) mundial fue de 2.6%, el más bajo desde la crisis económica de 2008 que fue de 2% y en 2009 de -1.3% (BM, 2022). Los conflictos comerciales entre Estados Unidos y China afectaron la dinámica del comercio global. En México el PIB presentó un magro desempeño

**Neoliberalismo y sus efectos en los servicios de salud pública: el caso de los trabajadores de la salud que enfrentan la pandemia de la covid-19**

desde 2018, mientras que, el descenso comenzó en el tercer trimestre de 2019 cuya tasa anual fue de -0.03%, para cuarto trimestre el decrecimiento se ubicó en -0.64% con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021). La economía mexicana se encontraba en una desaceleración anterior a la crisis del covid-19, ver la gráfica 1, la parte resaltada en rojo muestra la caída desde 2019, la pandemia acentuó la caída nacional y mundial.



Nota: La serie es una variación anual a precios de 2013, serie desestacionalizada.

Fuente: Elaboración propia con datos de BIE-INEGI. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/>

Las crisis económicas son el comportamiento cíclico normal del sistema de producción capitalista. Las causas son distintas dependiendo del evento; para la crisis de 1929 se atribuye a la sobreproducción de mercancías, aunada a la sobrevaloración de instrumentos financieros (López Fernández, 2009), mientras que, la del 2008 se atribuye a la financiarización de la economía, la emisión desmedida de bonos chatarra y la baja regulación del Estado de los mercados financieros (Lapavitsas, 2011), la del 2020 a la pandemia de covid-19.

Desde la óptica de la crítica de la economía política, las crisis tienen por origen la tendencia descendente de la tasa de ganancia. El ciclo económico es la manifestación de la incesante necesidad de recuperación y acrecentamiento de la rentabilidad de los capitales, lograr el incremento de la tasa de ganancia implica, incrementar la explotación del trabajador mediante, alargar la jornada de trabajo o intensificarla, que implica en estricto sentido, la constante, creciente e incesante innovación tecnológica (Roberts, 2016). La intensidad se da cuando un solo trabajador debe operar mayor cantidad de capital constante e insumos para la producción, como resultado, una mayor cantidad de mercancías<sup>4</sup>(Marx, 2004), también es

4 "La intensidad creciente del trabajo supone un gasto aumentado de trabajo en el mismo espacio de tiempo. La jornada laboral más intensa toma cuerpo en más productos que la jornada menos intensa del mismo número de horas" (Marx, T. 1, Vol. 2, 636).

extensible al sector servicios como el caso de los trabajadores de la salud, educación, preparación de alimentos, entre otros.

Las crisis económicas han reorientado el curso del proceso de acumulación de capital y la forma de la extracción de plusvalor, de las que se deriva el cambio en la estructura propia del capitalismo, en la que reencausa la forma en la organización de la producción. En la crisis de 1970-1980 para reorganizar la estructura productiva, se modificó el patrón de acumulación proteccionista por el neoliberal. El patrón de acumulación se entiende como, el conjunto de características que adquiere el funcionamiento económico en un momento determinado, en palabras de Valenzuela (1997) son 5 dimensiones: a) ideología o doctrina, b) política económica, c) participación del Estado en la economía, d) producción del excedente y c) clases sociales. En México el periodo neoliberal se determina desde la década de los ochenta hasta nuestros días, donde la política económica en lo general se orientó al mercado como el gran ente regulador.

El patrón de acumulación neoliberal se basa en el libre mercado, la empresa privada, orientación al mercado externo, intensidad en el empleo de la fuerza de trabajo, la hiper explotación de los recursos naturales y el papel del Estado como simple regulador del sistema económico y asumir pérdidas de origen privado, éstas son las principales características del patrón actualmente dominante (Dabat, Hernández y Vega, 2005).

El patrón de acumulación neoliberal se constituye a través de la transformación económica o cambios estructurales con impacto social. El cambio más destacado es la organización productiva y la flexibilidad del trabajo en la que se requiere: eliminar obstáculos de contratación y despido, variabilidad en el salario que devengan los trabajadores de acuerdo con el mercado de trabajo, lo que implica, la necesidad de eliminar, modificar y simplificar leyes laborales de protección a los trabajadores como: contratación colectiva, sindicalización y seguridad social<sup>5</sup> (De la Garza Toledo, 2002). La flexibilidad del trabajo conlleva a la precariedad laboral o deterioro de las condiciones de trabajo: inestabilidad laboral y/o inseguridad laboral, relaciones no formales de trabajo, precariedad salarial, disparidad de género y en general la vulnerabilidad laboral (Martínez-Licerio, Marroquín Arreola y Ríos Bolívar, 2019).

---

<sup>5</sup> "en 1994... la modificación según los empresarios serían: 1. Movilidad funcional y geográfica con multihabilidades, 2) contratos temporales, por hora o jornada reducida, 3) racionalizar causales de rescisión de contratos, 4) limitaciones en cuanto a responsabilidades en juicios laborales por el pago de salarios caídos, 5) pago por hora, 6) democratizar la huelga: previo al estallamiento acreditar la voluntad mayoritaria de los trabajadores con voto secreto; asimismo en la decisión para levantarla, 7) desaparecer las juntas de conciliación y arbitraje, 8) desaparecer los contratos ley, 9) establecer contratos de capacitación sin que impliquen relación laboral, 10) acabar con escalafón ciego y cambiarlo por escalafón por capacidad, 11) establecer prestaciones laborales de acuerdo con las condiciones de cada empresa, 12) eliminar la cláusula de exclusión por ingreso y separación, 13) libertad de sindicalizarse y 14) sindicalismo apolítico, acabar con la relación con los partidos" (De la Garza Toledo, 2002, p. 7).

En ese sentido, la crisis económica del Covid-19 ha proporcionado información suficiente para transitar a una reestructuración productiva y con ella una nueva forma de organización del trabajo, en donde la flexibilidad laboral mediante el trabajo a distancia o home office tenderá a desarrollarse de una manera más establecida (Ezequiel Vidiella, 2021). En el caso de los trabajadores de la salud la flexibilidad laboral no debería tener cabida, en el sector público se deberá fortalecer, toda vez que, la pandemia puso en jaque al sistema de salud en infraestructura y personal médico de alta especialidad, en esta situación la tendencia será a revertir el problema de infraestructura y de personal sanitario.

### **1.2. Cambios estructurales del neoliberalismo y afectación en el esquema de salud pública**

Durante la pandemia, el trabajo vía remota se convirtió en la forma de realizar las actividades comerciales y de servicios, como resultado, el incremento de la productividad y abaratamiento los costos de operación, pues éstos corren a cargo del trabajador como, el pago de luz, internet, computadora, cámara y otros materiales que son fundamentales para el desempeño laboral en la casa, implican una desigualdad social de los que pueden trabajar mediante esa vía y los que no (Weller Jürgen, 2020).

En el caso de los trabajadores de la salud, también han incrementado la intensidad del trabajo, no solo por las condiciones que generó la pandemia, sino también porque, las condiciones de la infraestructura y de insumos médicos se encontraban disminuidos, así como el personal sanitario insuficiente. La problemática tiene sus antecedentes con la entrada en vigor del modelo neoliberal en la prestación de servicios públicos. El Consenso de Washington<sup>6</sup>, en su punto referente al gasto público de acuerdo con Martínez y Soto-Reyes (2012) señalan lo siguiente:

Reordenación de las prioridades del gasto público: tal reordenación se llevaría a cabo partir del recorte al gasto público para reducir el déficit presupuestario sin recurrir a los impuestos. Los subsidios de la administración pública, principalmente a empresas paraestatales, serían los primeros perjudicados, debido a que la asignación de esos recursos se consideraba un despilfarro, la eliminación paulatina de las subvenciones permitiría asignar esos recursos en áreas estratégicas de carácter social. (p. 47).

La estrategia social en materia de salud comenzó con la contención presupuestal, de 1988-1994 se sentaron las bases para el adelgazamiento como institución pública del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS), como una forma de seguir con el plan de los organismos internacionales para México y América Latina del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario

---

6 El decálogo de Washington tiene 10 puntos principales: 1) disciplina fiscal, 2) reordenación de las prioridades del gasto público, 3) reforma fiscal, 4) liberalización financiera y de las tasas de interés, 5) tipo de cambio flexible o a libre flotación de mercado, 6) libre comercio, 7) liberalización de la inversión extranjera directa, 8) privatización de empresas públicas, 9) desregulación y 10) derechos de propiedad. (Martínez y Soto-Reyes, 2012).

Internacional (FMI) que, la salud también debería estar orientada al mercado y a la empresa privada.

Los resultados de las políticas neoliberales se pueden observar en la tabla 1 y 2. La primera señala el número de médicos por cada 1000 habitantes en la república mexicana, donde el crecimiento en 16 años ha sido de 0.66 médicos a esta cifra también se contabilizan prestadores de servicio social o de pregrado, en 2021 se contabilizaron 2.4 médicos por cada 1000 habitantes, es decir, en 21 años solo se incrementó 1.2 médicos, dato que está por debajo de la media que mide la OCDE que es de 3.5 médicos por cada 1000 habitantes (INEGI, 2021). Es importante señalar que los datos no recogen la situación en lugares de menos de 1000 habitantes o rurales.

<b>Tabla 1. Número de médicos por cada 1000 habitantes a escala nacional</b>	
2016	1.84
2015	1.8
2014	1.71
2013	1.64
2012	1.59
2011	1.58
2010	1.49
2009	1.49
2008	1.45
2007	1.41
2006	1.38
2005	1.32
2004	1.25
2003	1.18
2002	1.18
2001	1.19
2000	1.18
Número de médicos (generales, especialistas, pasantes, internos y residentes) en contacto con el paciente en (de) instituciones públicas de salud, por cada mil habitantes, en un año y área geográfica determinados. El nombre es el utilizado a nivel internacional, aunque el indicador solo haga referencia a los médicos en instituciones públicas.	

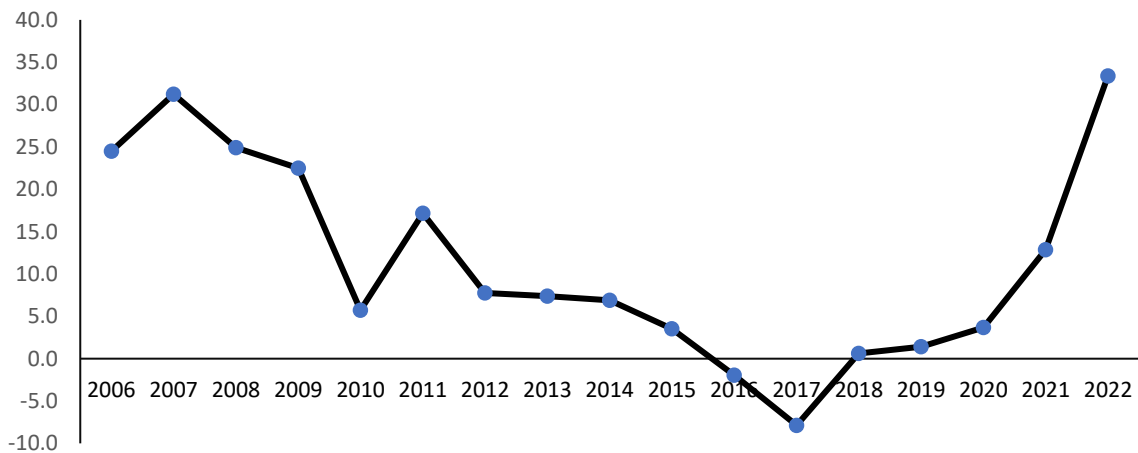
<b>Tabla2. Gasto público en salud como porcentaje del PIB</b>	
2020	3.15 %
2019	2.68 %
2018	2.67 %
2017	2.76 %
2016	2.85 %
2015	2.99 %
2014	2.89 %
2013	3.12 %
2012	3.01 %
2011	2.91 %
2010	2.88 %
2009	2.86 %
2008	2.62 %
2007	2.53 %
2006	2.42 %
2005	2.47 %
2004	2.59 %
2003	2.41 %
2002	2.17 %
2001	2.11 %
2000	2.01 %

Fuente: Elaboración propia con datos de [Catálogo Nacional de Indicadores \(sniq.mx\)](https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/mexico#:~:text=Esta%20cifra%20supone%20que%20el,2%2C68%25%20del%20PIB.) y <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/mexico#:~:text=Esta%20cifra%20supone%20que%20el,2%2C68%25%20del%20PIB.>

## Neoliberalismo y sus efectos en los servicios de salud pública: el caso de los trabajadores de la salud que enfrentan la pandemia de la covid-19

La tabla 2 muestra el gasto público como porcentaje del PIB, se observa que en 2020 fue el mayor presupuesto en los últimos 20 años, debido a la emergencia sanitaria, no obstante, es inferior al promedio que gastan los países de la OCDE de 8.8%, incluye pago de pensiones (OCDE, 2019, p. 152). La gráfica 2 corrobora la información sobre la caída en el presupuesto de egresos en materia sanitaria. El presupuesto estuvo contenido, es decir, se mantuvo constante para atender las necesidades más básicas, sin considerar el crecimiento de la población, así como, el crecimiento en la esperanza de vida que compromete el servicio de salud y el pago de pensiones.

**Gráfica 2. Variación porcentual del presupuesto público en salud**



Fuente: Elaboración propia con datos por año del Presupuesto de Egresos de la Federación.

<https://www.pef.hacienda.gob.mx/>

La pandemia demostró que el sector privado no era la opción para enfrentar una problemática de carácter social, para muestra lo ocurrido en Estados Unidos, con 83.2 millones de casos y más de 1 millón de muertes, la población sin acceso a un seguro médico para el 2018 era de 27.5 millones, y los que tienen seguros son insuficientes pues solo cubren una porción del costo de la consulta y del tratamiento (BBC, 2022), lo que llevó a una situación grave en uno de los países más desarrollados del mundo. El esquema que se pretendía implantar en México con las reformas neoliberales era encaminado a un servicio privado, similar al de Estados Unidos, el cual demostró su incapacidad para atender a la población, dado que la pandemia fue una catástrofe social mundial y se necesitó un servicio sanitario robusto, público y social.

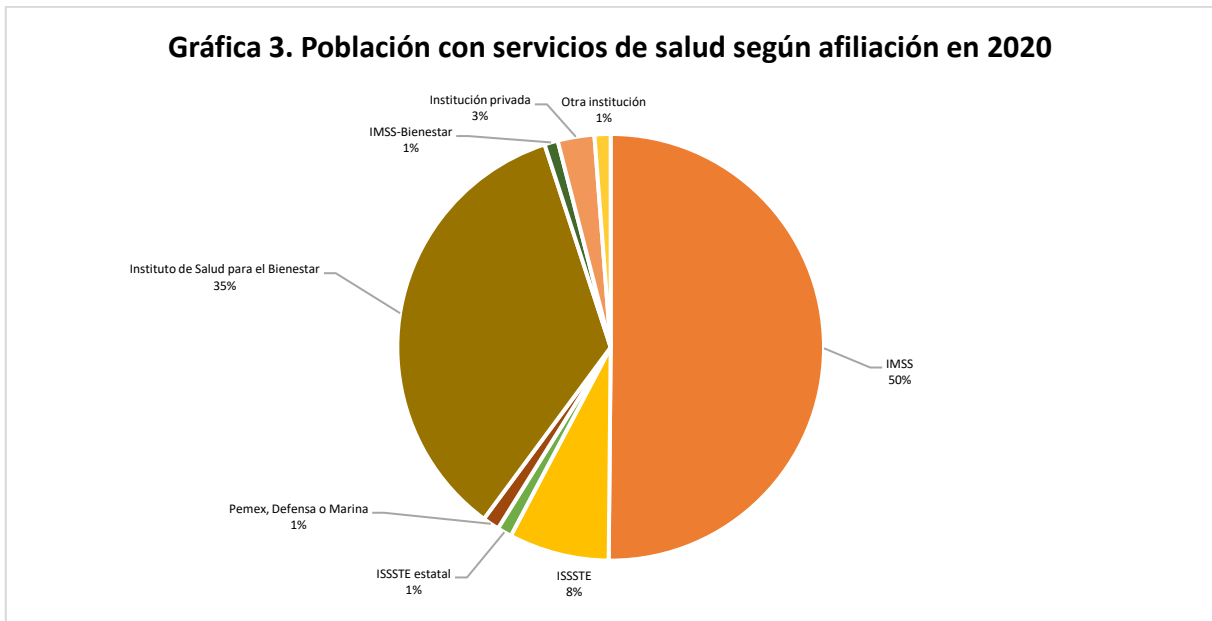
### 1.3. Cambios estructurales en las instituciones de salud pública

El IMSS atiende al 50 % de la población asegurada<sup>7</sup>, ver la gráfica 3. Sin embargo, los servicios que ofrece la institución pública se debieron incrementar en proporción a la población

<sup>7</sup> Desde sus inicios es sistema de salud pública "recae en tres entidades principales: el Instituto Mexicano del Seguro Social, que atiende a la población trabajadora que labora en las empresas del sector privado; el Instituto de



económicamente activa, con la finalidad de tener la capacidad para atender a la población empleada y a emplearse. No obstante, el deterioro de las condiciones económicas del país ha llevado al incremento del empleo informal que incluye a: trabajadores por cuenta propia agrícolas (trabajo de subsistencia y economía de traspatio) y no agrícolas, trabajo no remunerado y trabajo con unidades económicas no registradas legalmente. Durante la pandemia el trabajo informal paso del 55. 4% en 2020 a 55.8% en 2021 (INEGI, 2022), más de la mitad de la población empleada es informal y genera el 30% del valor agregado en la economía nacional. El incremento de la informalidad implica que no tengan acceso a servicios sanitarios públicos y sean pagados por los trabajadores.



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI.  
<https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>

En el tenor de aligerar la carga monetaria del servicio público, la Ley del IMSS tuvo una reforma importante en 1997, en la que se flexibilizan los servicios y el sistema de pensiones y jubilaciones pasó al sector privado, bajo el esquema de Administradoras de Fondos de Ahorro para el Retiro (AFORE), en los que la tutela de los ahorros de los trabajadores queda a la libre flotación de la tasa de interés del mercado. Las crisis han demostrado el efecto negativo en los fondos de ahorro, disminuyendo lo ganado por años, (Ramírez B., 2019). Los trabajadores se

---

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que, como su nombre lo indica, se encarga de los trabajadores al servicio del Estado, es decir, la burocracia; y la Secretaría de Salud que se hace cargo, en teoría, de aquellas personas no asalariadas que son marginadas de las instituciones de seguridad social.” (Noriega, et al. 2009, p. 63).

vuelven vulnerables dado que el monto de su pensión dependerá del funcionamiento del mercado.

Con la reforma de 1995 se reorganizaron los servicios para la población no asegurada, que incluye a trabajadores informales. Se dio paso a la forma hospitalaria mixta público-privado, la infraestructura pertenece a empresas privadas y el personal médico es pagado por el Estado, los beneficios son privados, dado que el Estado paga a la administración del hospital una renta por los servicios otorgados a derechohabientes del Seguro Popular ahora Bienestar, sobre todo en atención de tercer nivel, este tipo de seguridad social, fue instaurado durante el sexenio de Vicente Fox, de 2000-2006 con el Programa Nacional de Salud (Tamez S. y Eibenschutz C., 2009).

El esquema del Seguro Popular fue una estrategia sanitaria del primer gobierno del Partido Acción Nacional, del “gobierno del cambio”, que trató de incorporar la cobertura básica de salud, sin embargo, tuvo diversas problemáticas en su diseño como: el alcance de los servicios, la subrogación y la planeación institucional sobre lo ya existente en el IMSS e ISSSTE (Leal Fernández, 2013). Con la administración de Felipe Calderón se continuó con el fortalecimiento del Seguro Popular y el abandono del sistema de IMSS<sup>8</sup> e ISSSTE, sin embargo, el esquema siguió funcionando (Tamez S. y Eibenschutz C., 2009). Con el gobierno de Enrique Peña bajo el esquema de “sistema de seguridad universal” se trató de construir hospitales, pero, no se logró el objetivo y se abandonó lo que se había logrado, lo que se fortaleció es el sistema mixto en favor de las empresas privadas.<sup>9</sup> (Leal Fernández G., Sánchez Pérez H. y León Cortés J., 2016).

El problema no solo se centra en los hospitales de primer, segundo y tercer nivel, sino también en los proveedores de medicamentos y de insumos hospitalarios. Las licitaciones estaban cubiertas de triquiñuelas para fortalecer determinadas empresas afines a personajes protagonistas de la de la política nacional, como el caso de la construcción del Hospital General inaugurado en 2015 por el gobierno federal, estatal y la iniciativa privada<sup>10</sup> (Secretaría de Salud,

---

<sup>8</sup> “Estas recomendaciones se orientaron a realizar la primera fase de reforma de los servicios de salud, para lo cual, era necesario fracturar las bases de la seguridad social, que ya por entonces atendía alrededor del 50% de la población mexicana. Así, durante la década de los noventa, el gobierno continúa la reforma del sistema de salud mexicano, favoreciendo el reforzamiento y la creación de las condiciones necesarias para la mercantilización de la atención médica. Las dos acciones fundamentales para lograrlo fueron el debilitamiento de la seguridad social mediante las modificaciones a la Ley del IMSS (2) y la reorganización de los servicios que atienden a la población no asegurada (3). Los cambios en este periodo fueron muchos y muy diversos, se puede decir que sentaron las bases para la expresión plena de los verdaderos objetivos de la reforma de los servicios de salud: la emergencia de la anhelada mezcla pública-privada, como forma de garantizar el flujo de recursos del sector público de la atención médica al sector privado.” (Tamez S. y Eibenschutz C., 2009, p. 135).

<sup>9</sup> “...‘por ahora no está en los planes construir más hospitales’, sino aprovechar ‘al máximo los recursos disponibles en el país y que pueda haber intercambio de servicios entre las diferentes instituciones’” (Leal Fernández G., Sánchez Pérez H. y León Cortés J., 2016, p. 125).

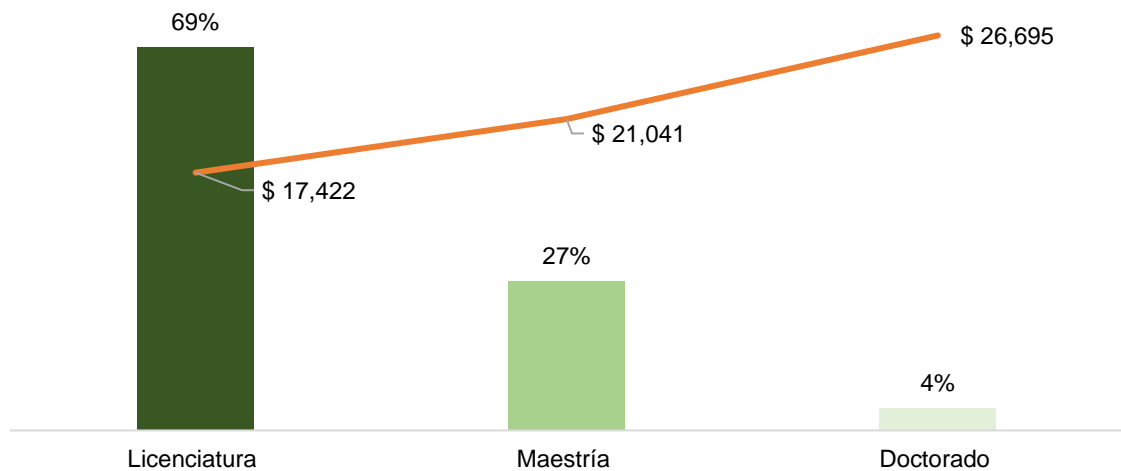
<sup>10</sup> “La agenda “universal” mínima de González Pier apenas contemplaba edificación de hospitales “universales” de primer nivel (como el que se inauguró el pasado 18 de febrero de 2015 en Cananea, Sonora, con el apoyo del Grupo

2015). Es un contexto breve que permite conocer los precedentes en los que se enfrenta la pandemia del Covid-19, pero que en esencia las repercusiones las asumen los trabajadores de la salud que ven sus salarios minados, su jornada de trabajo ampliada, prestaciones sociales disminuidas en contradicción con la cantidad de trabajo que deben realizar.

#### 1.4. Efectos del neoliberalismo en los trabajadores de la salud

Según datos de INEGI (2021), a escala nacional el 46% del personal ocupado que labora como médico son mujeres y el 54% hombres, de los cuales “el promedio de horas trabajadas por semana de una persona ocupada como médico es de 41.7, ... los médicos que trabajan de 35 a 48 horas (64%), seguido por quienes laboran de 15 a 34 horas (19%), los que rebasan las 48 horas de trabajo (15%) y los que trabajan menos de 15 horas (2%)” (p. 2). El pago promedio por hora es de 122 pesos. La gráfica 4 muestra el salario promedio según nivel de escolaridad que va de los \$17,422 pesos mensuales hasta los \$26,695 con doctorado. Los datos son agregados para instituciones públicas y privadas, no incluye datos sobre otros estímulos como antigüedad o cargos administrativos.

Gráfica 4. Porcentaje de la población de 25 años y más ocupada como médico por nivel de instrucción y promedio de ingresos mensuales (pesos), 2021



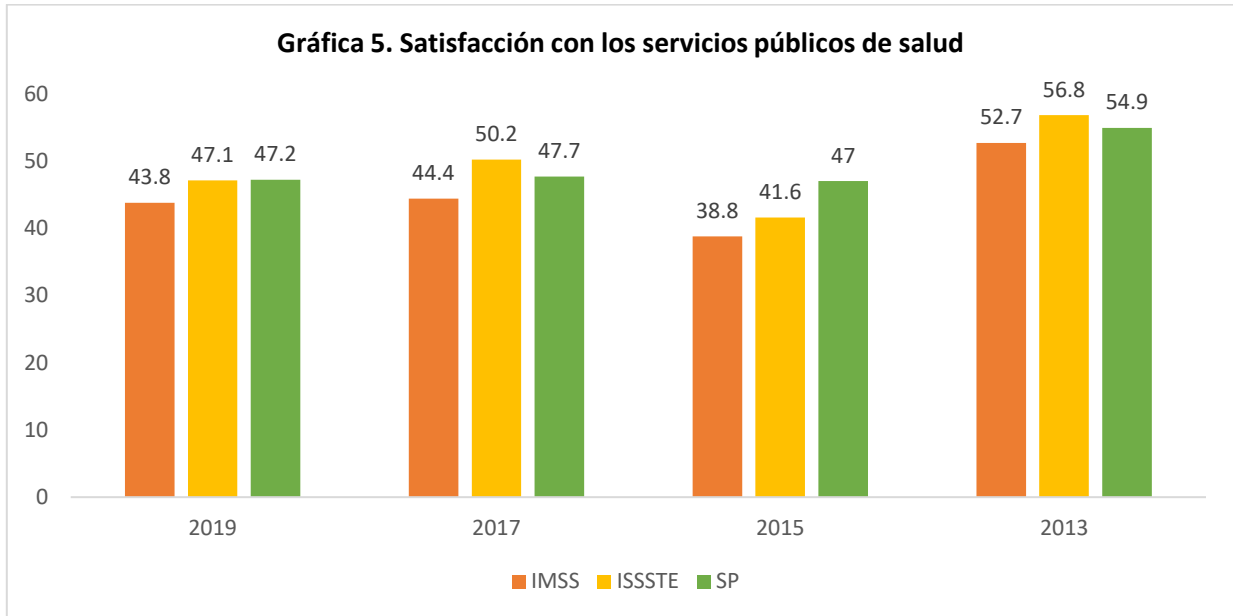
Fuente: INEGI, 2021, p. 2.

Las condiciones de trabajo señalan Sergio Sánchez y Gabriela Montoya (2003) que los trabajadores del IMSS “se encuentra plagada de tensiones, por la crisis generada de la implantación de la política neoliberal, acrecentada después de la modificación a la ley del IMSS

---

minero México), y el Acuerdo Nacional de Emergencias Obstétricas” (Leal Fernández G., Sánchez Pérez H. y León Cortés J., 2016, p. 124).

en 1995” (p. 122). Los autores señalan en ese documento la falta de material médico, así como, de la sobrecarga de trabajo y esto se refleja en la mala atención que reciben los pacientes.



Nota: Es el porcentaje de población de 18 años y más que habita en áreas urbanas de cien mil habitantes y más, usuaria de los servicios públicos de salud estatales del Seguro Popular (SP), IMSS e ISSSTE, que manifiesta estar muy satisfecha o satisfecha con su experiencia de los mismos.

Fuente: Elaboración propia con datos del [Catálogo Nacional de Indicadores \(snieg.mx\)](http://snieg.mx)

Los derechohabientes que tiene una mejor percepción de los sistemas de salud son los afiliados al ISSSTE, posteriormente al Seguro Popular y por último al IMSS. La sobrecarga de trabajo y prolongación de la jornada de trabajo en el IMSS ha provocado la mala percepción del personal médico. Estas son las características que tienen el sector salud y con el que enfrentó la pandemia de covid-19, que profundizó las malas condiciones laborales del personal sanitario.

## **2. Metodología**

### **2.1. Instrumentos**

El objetivo del trabajo consiste en analizar la relación entre las condiciones estructurales que ha generado el patrón de acumulación neoliberal en los servicios de salud pública y su repercusión en las condiciones de trabajo del personal sanitario, en específico, los que atienden a pacientes contagiados de covid-19 en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). Para lograrlo, se realizó un cuestionario de elaboración propia con 23 reactivos por conveniencia, con la finalidad de obtener información sobre las condiciones e intensidad del trabajo de los trabajadores sanitarios.

El cuestionario es de tipo exploratorio mixto, es decir, contiene preguntas abiertas y cerradas, que permiten conocer la percepción del trabajador sobre sus condiciones laborales, durante el periodo de contagio más alto de covid-19; entre diciembre de 2020 y enero de 2021,

para la Ciudad de México y Estado de México. En ese sentido, los resultados que se presentan son descriptivos, que dan muestra sobre las condiciones de trabajo en las que se enfrentó la catástrofe sanitaria.

## **2.2. Procedimiento de análisis**

El cuestionario se elaboró en Google formularios, debido a que las condiciones sanitarias no permitían realizar ninguna prueba en papel por ser personal sanitario de alto riesgo. Se localizaron hospitales de la ZMVM en el directorio hospitalario de atención a covid-19, de los 145 registrados en la base de datos del Gobierno de la Ciudad de México (2021), la muestra fue por conveniencia, por lo que, se aplicó solo en los hospitales en que se tuvo disposición de acceder a la base de correos electrónicos del personal que estaba en áreas covid-19, de ahí que la prueba tiene un alcance limitado a 10 hospitales y 64 trabajadores sanitarios, sin embargo, se logra realizar un panorama sobre las condiciones laborales en un momento específico, que permite tener un acercamiento analítico sobre las condiciones en las que se enfrentó la pandemia.

El instrumento se envió a los trabajadores de la salud entre el diciembre y el 20 de febrero de 2021. La muestra recoge las condiciones laborales de los trabajadores que atienden covid-19 como: la percepción de salario, protección personal, abastecimiento de medicamentos, horarios de trabajo, familiares y compañeros contagiados de covid-19, vacaciones y número de pacientes atendidos según su gravedad. Los cuestionarios son confidenciales y con fines de la investigación, por lo que éticamente no se colocan datos que vulneren la seguridad de los trabajadores. Una vez que se contó con las respuestas se trabajó la base de datos en Excel para realizar un análisis de estadística descriptiva.

## **3. Resultados y discusión**

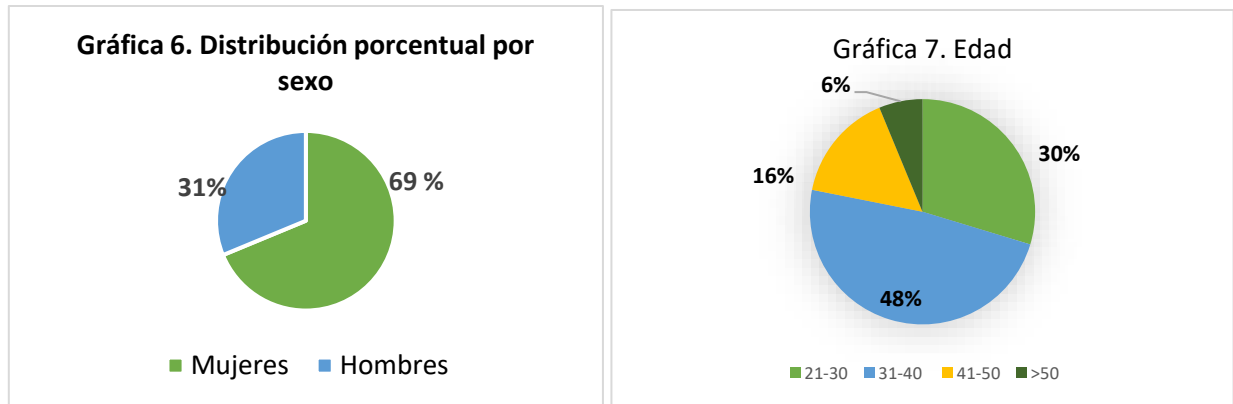
Los trabajadores de la salud laboran en los siguientes centros: Hospital General Tláhuac, Hospital General las Américas, Hospital pediátrico, Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango (HRAEZ), Hospital Regional 251 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), Secretaria de Salud de la Ciudad de México (SEDESA), Unidad Temporal Covid-19 (UTC-19) Centro Banamex y Unidad Temporal Covid-19 Autódromo Hermanos Rodríguez.

Se agruparon en 8 áreas: reconversión Covid-19, cirugía general, medicina interna, gineco-pediatra, y admisión continua, hospitalización, farmacia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), urgencias, imagen, rehabilitación (inhaloterapia) y banco de sangre. La reconversión hospitalarios jugó un papel determinante para enfrentar la pandemia, pues las áreas dedicadas a padecimientos distintos a los relacionados con enfermedades respiratorias, tuvieron modificaciones, de acuerdo con los Lineamientos de Reconversión Hospitalaria (SS, LRH, 2020), las áreas que no están preparadas para atender enfermedades respiratorias hicieron una

**Neoliberalismo y sus efectos en los servicios de salud pública: el caso de los trabajadores de la salud que enfrentan la pandemia de la covid-19**

transformación inmediata, lo que implicó para el personal una adecuación de sus actividades cotidianas para atender covid-19 agudo, incrementando el estrés y la intensidad laboral. Un ejemplo es la subespecialidad de neonatología, se preparó para proporcionar servicios especializados a mujeres embarazadas contagiadas de SARS-CoV2.

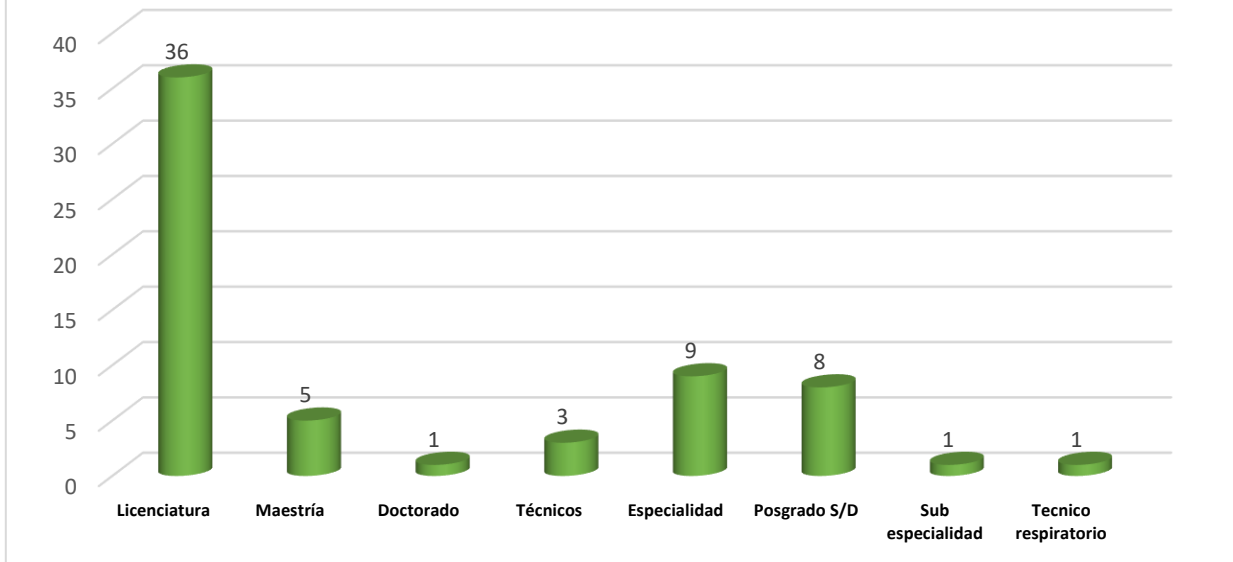
Los datos sociodemográficos de los trabajadores de la salud que atienden a pacientes enfermos de covid-19 son los siguientes: fueron 64 trabajadores, de los cuales el 69% son mujeres y 31% hombres. La edad promedio es de 35 años, el personal de más de 50 años representó solo el 6 %. El 39% del personal está casado, el 42% solteros y en otra situación el 19%, que incluye unión libre, viudos y divorciados.



Fuente: elaboración propia.

Los trabajadores que tienen subespecialidad representan el 1.5%, los técnicos respiratorios el 1.5%, con especialidad 15%, el 56% tiene licenciatura, el 8 % maestría y una persona con doctorado.

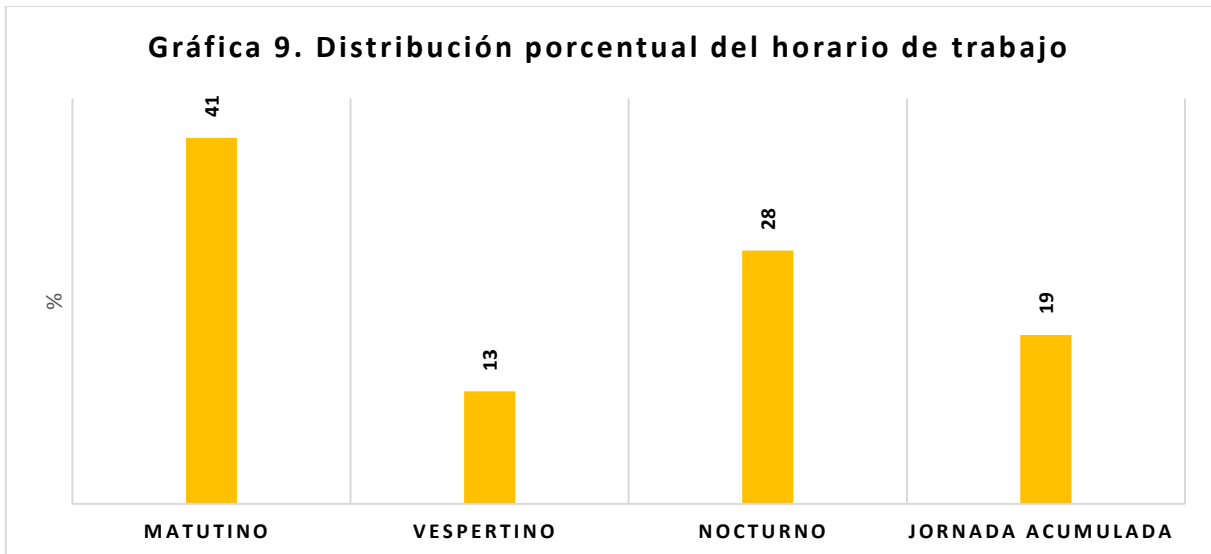
**Gráfica 8. Grado académico de los trabajadores de la salud que atienden pacientes covid-19**



Fuente: elaboración propia.

El personal del turno matutino fue el 41% de la muestra, seguido por el nocturno con el 28%, la jornada acumulada el 19% y el vespertino solo con el 12%.

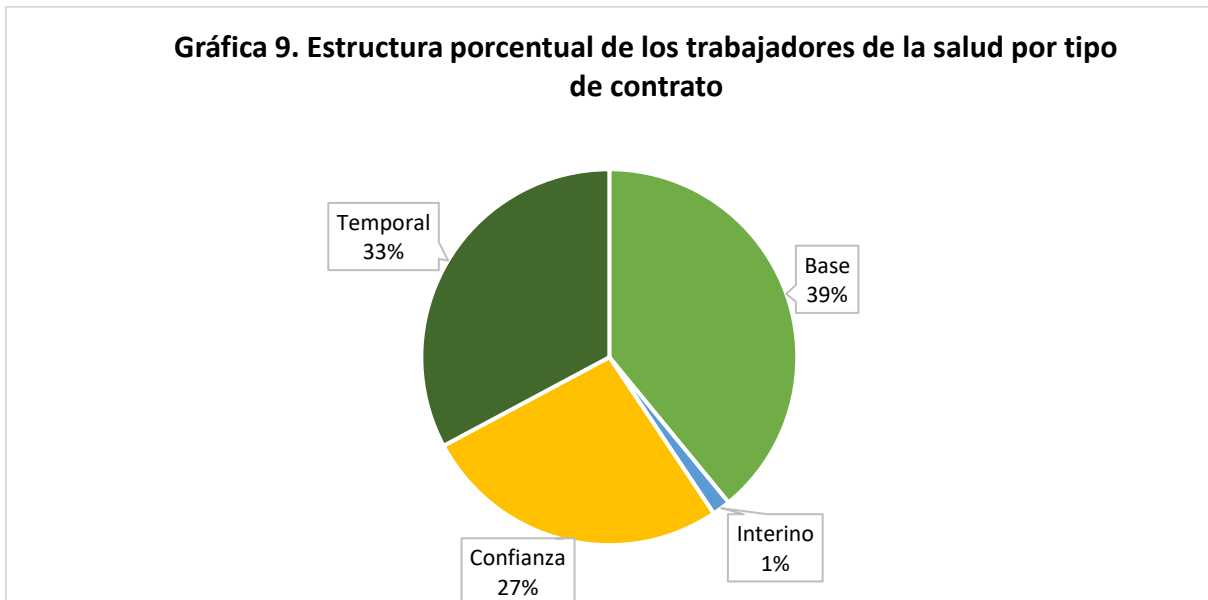
**Gráfica 9. Distribución porcentual del horario de trabajo**



Fuente: Elaboración propia.

El gobierno federal como parte de la estrategia para enfrentar la pandemia contrató a personal temporal con renovación contractual a cada 3 meses, representó el 33 % de la estructura laboral de los entrevistados, los trabajadores de base fueron el 39%, los empleados

de confianza el 27% y el 1% interino. Los trabajadores con base representan la mayoría, los que se encuentran en una situación vulnerable son el 61%, lo que finalmente precariza las condiciones de trabajo.



Fuente: elaboración propia.

### 3.1. Intensidad y condiciones de trabajo

La intensidad del trabajo se entiende como la extensión de la jornada de trabajo y su relación con la mayor cantidad de pacientes que deben atender durante el horario laboral, se suma el riesgo de trabajo, debido a la complejidad que implicó trabajar con un virus para el cual no existía tratamiento concreto aprobado, por tanto, incrementó el riesgo de trabajo, que podría terminar en contagio y la muerte del trabajador.

El 52% de la muestra trabaja en promedio 12 horas, el 20% de los trabajadores cumplían con la normatividad mexicana, sobre el tope de la extensión de la jornada de trabajo establecida en 8 horas, el 12% laboró durante 9 horas.

Los trabajadores después de laborar 12 horas en promedio, tienen una doble jornada, el 40.2 % de la muestra reportó, otras actividades como: profesor por horas, consulta privada y otro empleo como médico, ver la tabla 3. Las respuestas son viables con el hecho de que el 61 % no posee una planta dentro del hospital donde ejerce sus servicios sanitarios, por lo que, debe tener otro empleo para elevar el nivel de ingreso. También, el cuidado de la familia y de adultos mayores, representan parte de la doble o triple jornada laboral, que contribuye al estrés del personal sanitario.

**Tabla 3. Otras actividades laborales remuneradas**



Edad/años	Si = 23		No = 41	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
21-30	1	2	11	2
31-40	8	4	13	7
41-50	4	2	5	1
>50	0	2	2	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>31</b>	<b>10</b>

Fuente: Elaboración propia.

El riesgo de trabajo que implicó la atención de pacientes enfermos de covid-19, arrojó que el 100 % de los entrevistados tienen al menos un compañero que ha contraído la enfermedad, y el 83 % tiene por lo menos a un colega que ha fallecido. La familia de los trabajadores de la salud, también, se ha contagiado con el 69% de la muestra y el 30% tiene a un familiar que ha fallecido a causa del virus. En términos cualitativos los trabajadores señalan “cuando te enfermas de Covid-19 regresas más cansado, hacemos nuestro trabajo lo mejor posible de acuerdo a nuestras condiciones, ya que después de haberte enfermado las secuelas puede mermar tu capacidad pulmonar y por ende te sientes muy cansado y agobiado”

La percepción salarial es, regular con el 67.2 %, buena el 23.4 % y mala 9.4%, ver la tabla 4. El nivel salarial depende de la categoría que ocupe el trabajador dentro de la jerarquía del hospital, en ese sentido, los menos favorecidos son los empleados temporales, dado que hay prestaciones que no son aplicables. En la sección de revisión literaria se señaló que los trabajadores tienen un salario más elevado de acuerdo con su nivel de escolaridad, en este caso la muestra señaló el 56 % con licenciatura que corresponde a un salario de \$ 17, 422 pesos en 2021. Algunas consideraciones de los trabajadores en las preguntas abiertas señalan lo siguiente “Hacen falta medicamentos, material que se utiliza directamente con los pacientes, no nos dieron el incentivo autorizado por el gobierno Federal ( bono covid-19)”.

**Tabla 4. Percepción salarial de los trabajadores de la salud**

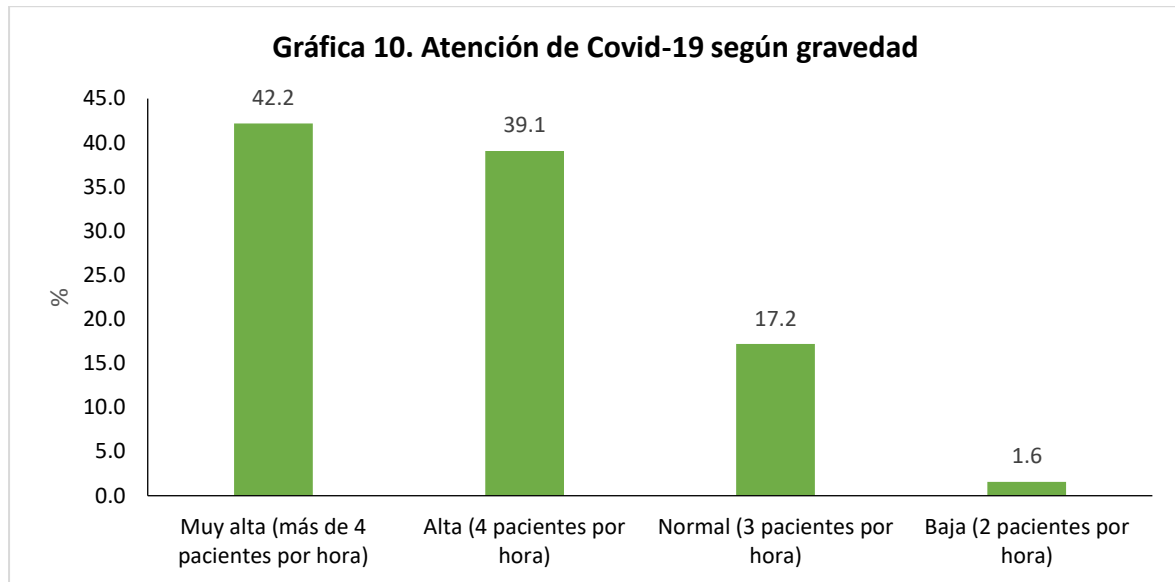
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena	15	23.4	23.4	23.4
Mala	6	9.4	9.4	32.8
Regular	43	67.2	67.2	100.0
Total	64	100.0	100.0	

Fuente: elaboración propia.

La atención de pacientes se incrementó en los ápices de cada oleada de contagio, la muestra se recabó en el pico de diciembre 2020 a febrero 2021, por lo que, la demanda aumentó, así como, la intensidad laboral. La demanda muy alta se consideró, si el trabajador

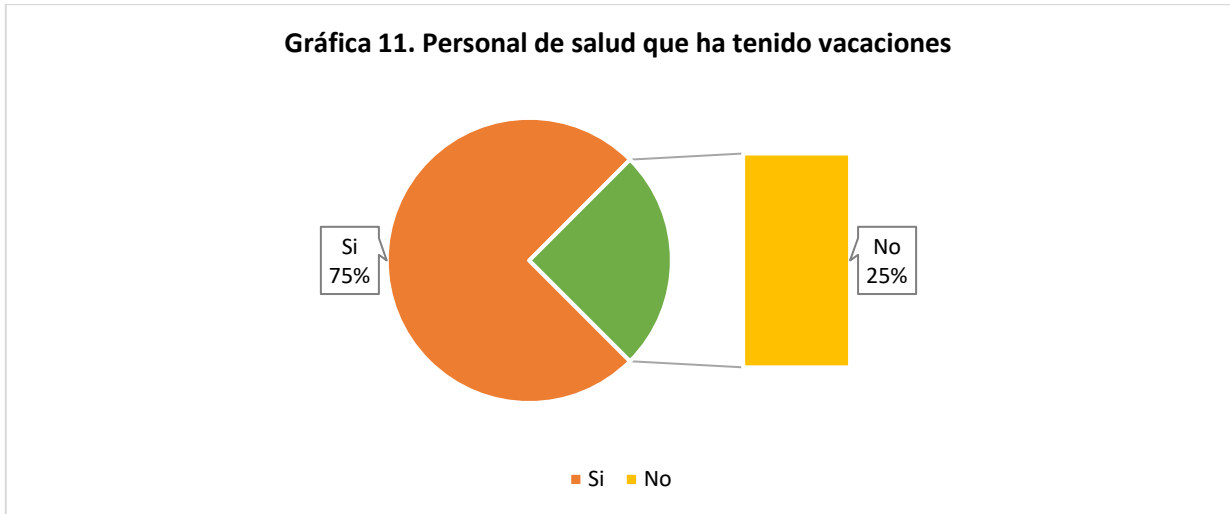
**Neoliberalismo y sus efectos en los servicios de salud pública: el caso de los trabajadores de la salud que enfrentan la pandemia de la covid-19**

sanitario atiende a más de 4 pacientes por hora que representó el 42% de la muestra, la demanda alta hasta 4 pacientes por hora, fue del 39%, la atención media 3 pacientes por hora fue el 17% y la baja demanda solo representó el 1.6%, ver gráfica 10. La escala se tomó: muy graves aquellos pacientes que necesitan respiradores, gravedad real los que necesitan hospitalización, pero no respirador, gravedad sentida los que tienen síntomas leves de covid-19.



Fuente: Elaboración propia.

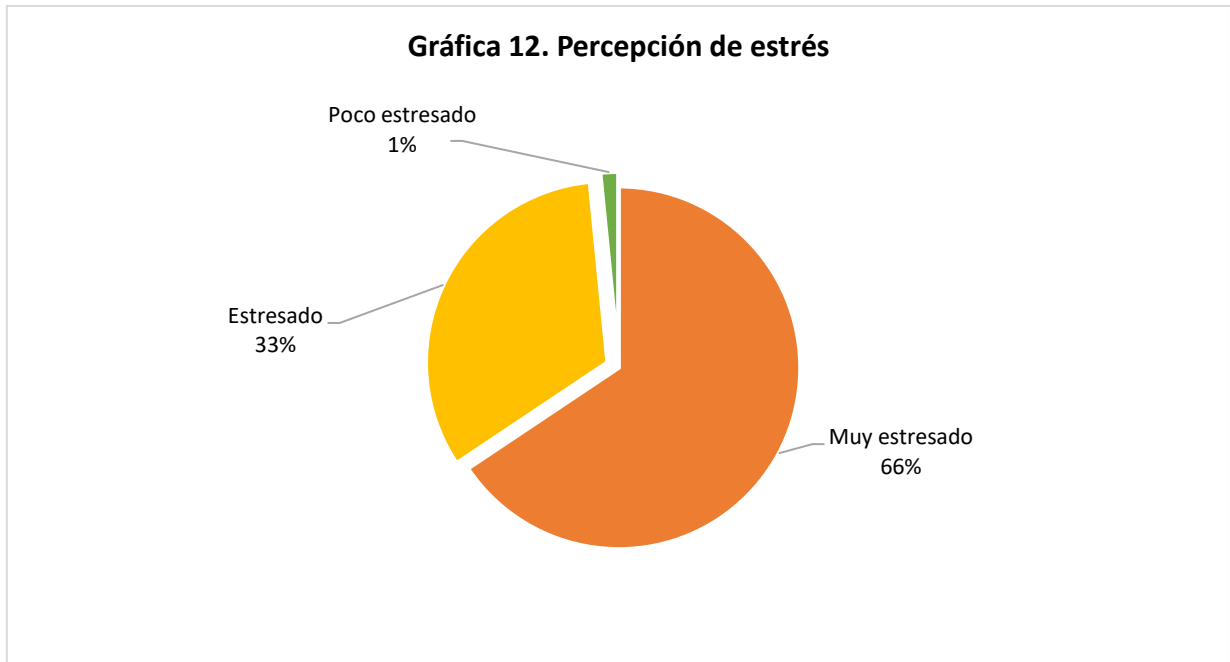
La Ley Federal del Trabajo para empleados de la salud, señala dos periodos de vacacionales al año, de 15 días cada uno, más días de descanso a conveniencia del empleado por riesgos de trabajo. El 75 % de los trabajadores tuvo vacaciones en el último año, sin embargo, el descanso se ha percibido como insuficiente, debido a la alta demanda de los servicios y la prolongada jornada de trabajo. El 25 % de los trabajadores no obtuvo esta prestación al momento de contestar el cuestionario, los datos se muestran en la gráfica 11.



Fuente: Elaboración propia.

Los materiales de protección sanitaria al inicio de la pandemia escasearon, debido a la inelasticidad del mercado en el corto plazo, ocasionada por la alta demanda de cubrebocas especializados y protección externa. El 60% de la muestra consideró que cuentan con los materiales de protección suficientes para desempeñar su labor, el 40 % señaló lo contrario, en los comentarios advierten la escasez. Los medicamentos como parte de los insumos de trabajo son insuficientes en 80%, las negociaciones con las farmacéuticas se convirtieron en un tema diplomático que se operó desde la presidencia de la República para hacer convenios de abasto.

Las condiciones laborales de los trabajadores de la salud son complejas, la pandemia elevó el riesgo de trabajo con el constante peligro de contagiarse y en algunos casos desembocó en la pérdida de la vida, la amplitud de la jornada de trabajo y el aumento en el número de pacientes, ha tenido consecuencias en la salud de los trabajadores como, elevar el estrés (Palacios M. y Paz-Román M., 2014, p. 324). La sensación de estrés muy elevado fue en 65.6% de la muestra, estresado el 32.8 % y solamente 1.6 % respondió que no se encuentra con estrés, ver la gráfica 12.



Fuente: elaboración propia.

Los efectos en la salud de los trabajadores y en general el costo social es elevado, el análisis más aceptado es que la intensidad del trabajo es atribuible a la pandemia, no obstante, las condiciones preexistentes son importantes, tanto en infraestructura hospitalaria y en las condiciones laborales del personal médico, se fueron deteriorando durante el periodo neoliberal (Fernández Leal G., Sánchez Pérez H. y León Cortés J., 2016). En las preguntas abiertas los trabajadores señalaron lo siguiente “Pediría si estuviera en esa oportunidad, que al personal se apoye psicológicamente principalmente por qué los jefes estén preparados para apoyar a los compañeros que lo necesitan, además de hacer menos estresante las jornadas. Este cambio a pesar de que llevamos un año así, algunos de nosotros, incluyéndome, no acabamos de adaptarnos a los cambios de horarios o de algunas rutinas. Regalarnos al menos un poco de tolerancia, hacia el campo que nos enfrentemos. Ciertamente es que el estrés postraumático no llega de manera pronta, podremos tener secuelas hasta mucho después, pero comenzar a tratarlo sería bueno para mucho de nosotros.”

Dejar que el trabajador hable por cuenta propia en un momento de alto contagio realiza una radiografía de la situación no solo personal sino institucional como por ejemplo “la atención a pacientes covid es demasiado triste, si lo vemos desde la parte de adentro, viviendo en aislamiento, lejos de la familia, con un problema de salud grave, donde la situación social y financiera causan estrés en el mismo paciente y la familia. El estrés está presente en todo el ámbito hospitalario pacientes y personal del área médica, añadimos el estrés de llegar a casa y contagiar a la familia, se recomendó el aislamiento para el personal médico, pero la ayuda no llega como debe ser, somos personal que tiene gastos, que tiene familia, que vive al día por los

salarios mal pagados. No se puede estar aislado de la familia por muchas razones. Seguimos en esta batalla dando el 100% por amor a lo que hacemos, aunque la sociedad no lo entienda.”

#### **4. Reflexiones finales**

El trabajo de investigación se encargó de responder a la pregunta ¿cuáles son las consecuencias de las condiciones estructurales que ha generado el patrón de acumulación neoliberal en los servicios de salud y su repercusión en las condiciones de trabajo del personal de sanitario que enfrentó a pacientes contagiados de covi-19? el objetivo trató sobre la respuesta a la pregunta de investigación.

Se argumentó de manera teórica que las políticas neoliberales se concretaron en el decálogo de Washington y la privatización de los servicios públicos, incluidos los sanitarios, que tuvo como resultado que se mantuviera constante el presupuesto al sector salud, a lo largo de 25 años, osciló entre el 2 y 3 %, solo en 2020 aumentó a 3.15 % debido a la pandemia. Es significativo porque las instituciones públicas atienden al 97 % de la población, solo el 3 % es en instituciones privadas (gráfica 3), la baja presupuestal llevó al pírrico crecimiento en el número de médicos, por cada 1000 habitantes aumentó 1.2 en 21 años, aunado al deterioro de la infraestructura hospitalaria.

Las reformas estructurales neoliberales también se reflejaron en un nuevo esquema de pensiones, de las administradas por el Estado a las administradas por empresas financieras privadas en AFORES. Los fondos de ahorro se mueven con la tasa de interés de mercado y depende de las empresas en dónde coloquen los activos financieros para la obtención de ganancias y también de pérdidas. En ese sentido, la pensión estará determinada por el ahorro al momento del retiro. La oscilación en las AFORES vulnera la seguridad monetaria para el retiro de los trabajadores.

La reforma estructural que implicó la inversión privada en el esquema público, o sistema hospitalario mixto que opera como parte del Seguro Popular, ahora Bienestar, consiste en que el personal de salud está bajo la nómina del Estado, mientras que, la infraestructura hospitalaria es de capital privado y el gobierno debe pagar una renta, que se determina por los usuarios públicos que ocupen el servicio, este esquema garantiza la atención básica, pero no la de segundo y tercer nivel.

En términos de los trabajadores de la salud, las reformas orientadas al mercado propician que los salarios se deterioren al mismo ritmo que la variabilidad de sistema de precios o inflación y la contención salarial impacte de manera directa en el bienestar del trabajador de la salud. También la falta de inversión pública en hospitales y personal genera sobrecarga de trabajo en el personal de piso y la falta de insumos de trabajo, genera las condiciones para que los trabajadores se sientan estresados, que impacta directamente en el desempeño laboral. Estas son las condiciones precedentes a la pandemia y que se profundizan durante ese periodo,

las consecuencias son visibles en el personal sanitario de acuerdo con los resultados que se mostraron en el cuestionario.

El cuestionario que se aplicó a los trabajadores de la salud constó de 23 reactivos de elaboración propia, a conveniencia, debido a que, por las condiciones sanitarias, no fue posible realizarlo de manera personal. La metodología fue solo de estadística descriptiva que permite reflejar las condiciones laborales básicas en las que se enfrentó la pandemia. En ese sentido, los resultados tienen limitaciones para hacer generalidades a escala nacional, aunque, los datos son congruentes con las condiciones que se señalaron en la revisión literaria.

La hipótesis de trabajo se corroboró pues los trabajadores aumentaron su jornada laboral de 8 a 12 horas, con el 52% de los trabajadores, así como, el número de pacientes muy graves y graves fue el 81 %, los instrumentos y medios de trabajo contestaron ser insuficientes en 40%. Con respecto al riesgo de trabajo, fue muy alto, el 100 % tuvo por lo menos un compañero de trabajo que contrajo la infección y el 83 % tuvo un colega que falleció, la percepción salarial es regular y la inestabilidad laboral es para el 61% de la muestra, aunque, el 75% de los trabajadores gozó por lo menos de un periodo vacacional y no dos como lo estipula la ley, la percepción de estrés fue del 98.6% de los trabajadores, que deteriora su desempeño laboral y compromete la salud física y psicológica del personal sanitario.

El neoliberalismo y las reformas estructurales orientadas al adelgazamiento del presupuesto público en materia social con participación creciente de la empresa privada, debilitaron al sistema de salud pública. Dadas las condiciones económicas del país en recesión del PIB durante el 2019 y la creciente desigualdad social con el 55.8 % de trabajadores informales, exacerbó el sistema sanitario nacional. En lo sucesivo se necesita una reforma estructural a la inversa; donde la inversión en infraestructura, tecnología e insumos médicos sea creciente en relación al PIB y a la población, por lo menos, cumplir con el 6 % que señala la OMS como mínimo necesario, así como, la creación de trabajos dignos para el personal de salud, máximo de 8 horas diarias, cargas de trabajo adecuadas, estabilidad laboral y salarios dignos que se manifieste en una mejor atención y con ello se generará una fortaleza en el bienestar social.

## **Referencias**

Banco Mundial (BM) (2022). Crecimiento del PIB (% anual). <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG>

BBC (2020, 13 de abril). Coronavirus en Estados Unidos: 4 claves que explican el enorme impacto del coronavirus en el país por covid-19 del mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52273159>

Catálogo Nacional de Información Estadística y Geografía (SNIEG) (2022). Catálogo Nacional de Indicadores, <https://www.snieg.mx/cni/>

Dabat A. Hernández J. y Vega K. (2015). Capitalismo actual, crisis y cambio geopolítico global, *Economía UNAM*, vol.12 no.36. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-952X2015000300062](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2015000300062)

Datos Macro (2022). Gasto en salud con relación al PIB. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/mexico#:~:text=Esta%20cifra%20supone%20que%20el,2%2C68%25%20del%20PIB.>

De la Garza Toledo Enrique (2002). Flexibilidad del trabajo en México, en *Población y sociedad al siglo XXI*, El Colegio de México. <http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/publicaciones/capituloslibros/flexibilidad.pdf>

Diario Oficial de la Federación (2020, 24 de marzo). Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020)

Ezequiel Vidiella Ivan (2021). Home office aplicado a una empresa constructora, [Tesis de especialización, Universidad Tecnológica Nacional]. Repositorio institucional. <https://ria.utn.edu.ar/bitstream/handle/20.500.12272/5193/2021.04.18.TFI.Vidiella.Iv%c3%a1n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gobierno de la Ciudad de México (2021, 15 de diciembre). Hospitales covid-19 <https://hospitales.covid19.cdmx.gob.mx/public/hospitales/EstatusHospitales.xhtml?tamizajeRealizado=true>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Banco de Información Económica. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021, 22 de octubre). Estadísticas a propósito de las personas ocupadas como médicos. Comunicado de prensa núm. 580/21.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022, 17 de febrero). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, cuarto trimestre de 2021, [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoe\\_ie/enoe\\_ie2022\\_02.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/enoe_ie/enoe_ie2022_02.pdf)

Lapavitsas C. Morera C. (2011). *La crisis de la financiarización*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, México.

Leal Fernández G. (2013). ¿Protección social en salud? Ni “seguro”, ni “popular”. *Estudios Políticos*. Núm. 28, 163-193. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ep/n28/n28a9.pdf>

Leal Fernández G., Sánchez Pérez H. y León Cortés J., (2016). Sobre la propuesta de “universalidad” en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto. *Estudios Políticos*. Núm. 38, 117-141. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ep/n38/0185-1616-ep-38-00117.pdf>

López Fernández de Lascoiti E. (2009). Crack de 1929: Causas, desarrollo y consecuencias en *Revista Internacional del Mundo Económico y del Derecho*. (1), 1 – 16. <http://www.revistainternacionaldelmundoeconomicoydelderecho.net/wp-content/uploads/CRACK-DE-1929-Causas-desarrollo-y-consecuencias.pdf>

Martínez Rangel R. y Soto Reyes Garmendia E. (2012). El consenso de Washintong: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Política y Cultura*, (37), 35-64 <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n37/n37a3.pdf>

Martínez-Licerio K., Marroquín-Arreola J. y Ríos-Bolívar H. (2019). Precarización laboral y pobreza en México. *Análisis Económico*, 34 (86), 113-131. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ane/v34n86/2448-6655-ane-34-86-113.pdf>

Marx K. (2011). Cambio de magnitudes en el precio de la fuerza de trabajo y en el plusvalor. *El Capital* (Pedro Scaron traductor). Tomo 1, Volumen 2, México, Siglo XXI. (original publicado en 1867-1873).

Noriega M, Franco J. G., Montoya A., Garduño M. A., León L. E., Martínez S., Cruz C. (2009). Deterioro de las condiciones de trabajo y de salud en México. *Salud trabajo*. Ene-Jun. 17(1),61-67. <https://proverifica.com/documentos/deterioro.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2022), Covid-19: cronología de la actuación de la OMS. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (2019). *Panorama de salud 2019*. <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>

Ramírez López B. (2019). La necesaria construcción de un sistema público de pensiones para la sociedad mexicana. *El Trimestre Económico*. 86 (344), 967-1001. <https://www.eltrimestreeconomico.com.mx/index.php/te/article/view/982>

Roberts M. (2016). *La larga depresión. Cómo ocurrió, por qué ocurrió y qué ocurrirá a continuación*. España. El viejo topo. 19-44.

Sánchez S. y Montoya G. (2003). Reflexiones en torno a las condiciones laborales de médicas y médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. *El Cotidiano*. 19(22), 105-115. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32512212.pdf>

Secretaría de Salud (2015, 17 de febrero). *La Secretaria de Salud, Mercedes Juan, inauguró primer Hospital General con atención universal en el país*. [Comunicado de prensa].



<https://www.gob.mx/salud/prensa/la-secretaria-de-salud-mercedes-juan-inauguro-primer-hospital-general-con-atencion-universal-en-el-pais>

Secretaría de Salud (SS) (2020, 5 de abril). Lineamientos de reconversión hospitalaria <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>

Tamez, S. y Eibenschutz C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Revista de Salud Pública*. 10 (1), 133-145. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a12.pdf>

Valdemar Díaz J. (2021). Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la construcción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud. Comisión Económica Para América Latina. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47532/1/S2100843\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47532/1/S2100843_es.pdf)

Valenzuela F. (1997). Cinco dimensiones del modelo neoliberal. *Política y cultura*. 1(8), 9-38. <https://www.redalyc.org/pdf/267/26700802.pdf>

Weller Jürgen (2020). La pandemia del covid-19 y su efecto en las tendencias de los mercados laborales. Organización Internacional del Trabajo. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45759/1/S2000387\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45759/1/S2000387_es.pdf)