



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

DOCTORADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS.

**“PRINCIPALES FACTORES DEL BIENESTAR SANITARIO EN MÉXICO
2000-2020. UN ESTUDIO A TRAVÉS DE DATOS DE PANEL”.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTOR EN POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA:

MPP DANIEL CARRILLO GÓMEZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ODETTE VIRGINIA DELFÍN ORTEGA

MORELIA, MICHOACÁN, MAYO, 2023.

Dedicatoria:

A mis padres que siempre me dan su consejo apoyo y animo en los momentos más difíciles de mi vida, gracias por ser mi apoyo emocional.

A mi esposa Cristina que iniciamos este sueño juntos desde la maestría y que vemos ahora materializarse con en esta investigación. Gracias por darme tu amor, paciencia y en muchos momentos apoyo económico, pero sobre todo por estar a mi lado en todos mis planes por más locos que estos parezcan. Por ti y para ti este grado.

A mis hermanos que siempre me hacen ver la vida desde perspectivas diferentes y amplían mi mundo, mi criterio y mi amor por la investigación.

Agradecimientos:

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el estímulo económico con el que pude obtener hoy mi grado como maestro.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH) por permitir la creación de un instituto en el cual es posible la impartición de postgrados.

Al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE) por aceptarme para cursar el Doctorado en Políticas Públicas.

A mi directora Dra. Odette Virginia Delfín Ortega, quien siempre me brindo una visión clara cuando estaba disperso siendo mi faro en esta investigación.

Al Doctor José César Lenin Navarro Chávez, quien siempre me apoyó con su tiempo, guía y conocimientos, siempre es un placer trabajar con usted.

A mi mesa sinodal, gracias a sus aportaciones se enriqueció mi trabajo de investigación.

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DOCTORADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Morelia, Michoacán, 21 de abril de 2023 los miembros de la mesa de sinodales designada por el H. Consejo Técnico del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, aprobaron para presentar en examen de grado la tesis titulada:

Principales factores del bienestar sanitario en México 2000-2020. Un estudio a través de datos de panel.

Presentada por el alumno:

Mtro. Daniel Carrillo Gómez.

Aspirante al grado de Doctor en Políticas Públicas. Después de haber efectuado las revisiones necesarias, los miembros de la mesa de sinodales manifestaron SU APROBACIÓN DE LA TESIS en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

MESA DE SINODALES

Director de la tesis

[Firma]
Dra. Odette Virginia Delfin Ortega

Secretario

[Firma]
Dr. Francisco Javier Ayvar Campos

Primer vocal

[Firma]
Dr. José César Lenin Navarro Chávez

Segundo vocal

[Firma]
Dr. Félix Chamú Nicanor

Tercer vocal

[Firma]
Dr. Plinio Hernández Barriga

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DOCTORADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

En la ciudad de Morelia, Michoacán, el día 17 de mayo de 2023, el que suscribe, *Daniel Carrillo Gómez*, alumno del programa de Doctorado en Políticas Públicas del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, manifiesto ser el autor intelectual del presente trabajo de tesis desarrollado bajo la dirección de la Dra. Odette Virginia Delfin Ortega y cedo los derechos del trabajo titulado: *Principales factores del bienestar sanitario en México 2000-2020. Un estudio a través de datos de panel*, a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para su difusión con fines estrictamente académicos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este trabajo de tesis, ni su tratamiento o transmisión por cualquier medio sin la autorización escrita de la autora y/o del director del mismo. Cualquier uso académico que se haga de este trabajo deberá realizarse conforme las prácticas legales establecidas para este fin.



MPP DANIEL CARRILLO GÓMEZ



Índice

RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO 1.- LA SALUD EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.	16
1.1.- La historia de la sanidad internacional.	16
1.1.1.- La medición del bienestar en salud.	28
1.2.- Los determinantes sociales de la salud.	30
1.3.- Marcos conceptuales	31
1.3.1.- Modelo de Dalghren y Whitehead.	31
1.3.2.- Modelo de Solar e Irwin.	32
1.3.3.- Modelos de Arber y modelo de Sen y Östlin.	33
1.3.4.- Modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud.	36
1.4.- Los sistemas de salud	39
1.4.1.- Las funciones de los sistemas de salud.	45
1.4.2.- La intervención estatal, base de una clasificación: Frenk y Donabedian	47
1.4.3.- La Organización Mundial de la Salud como promotor de la universalidad en los servicios de sanitarios.	49
1.5.- Las visiones latinoamericanas sanitarias.	51
1.5.1.- Colombia	51
1.5.2.- Costa Rica	55
1.5.3.- Chile	57
1.5.4.- Ecuador	59
1.6.- La salud y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.	63
CAPÍTULO 2.- LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN MÉXICO.	65
2.1.- Las políticas públicas de salud en México.	65
2.1.1.- El periodo de 1994-2000 y las reformas en salud.	65
2.1.2.- El Seguro Popular la propuesta del periodo 2000-2006.	70
2.1.3.- El sexenio de Felipe Calderón Hinojosa del periodo 2006-2012.	76
2.1.4.- Enrique Peña Nieto y su universalidad en salud del periodo 2012-2018.	83
2.1.5.- Andrés Manuel López Obrador y el INSABI del periodo 2018-2024.	88



2.2.- La evolución del sistema sanitario en México.	95
2.2.1.- Los problemas del Sistema de Salud en México.	99
2.3.- Fundamentos de los sistemas de salud.	103
2.3.1.- La salud en México como un derecho.	104
2.3.2.- Legislación nacional de salud.	106
2.3.3.- Principales modificaciones a la Ley General de Salud en 2019.	109
2.4.- La seguridad social en México para la 4ta transformación.	113
2.4.1. - La creación del Instituto de Salud para el Bienestar.	114
2.4.2. - El Programa Sectorial de Salud 2020-2024.	116
2.4.3. – Las metas del Programa Sectorial de Salud.	119
2.4.4. – Los principales indicadores sanitarios en México.	128
CAPÍTULO 3.- EL BIENESTAR SOCIAL. ENFOQUES TEÓRICOS.	140
3.1.- La teoría del bienestar.	140
3.1.1.- <i>Vilfredo Pareto.</i>	143
3.1.2.- Arthur Cecil Pigou	147
3.1.3.-Ludwig Von Mises	149
3.1.4.- Oskar Lange	151
3.1.5.- Kenneth Arrow.	153
3.1.6.- James M. Buchanan.	156
3.1.7.- Amartya Sen.	161
3.2.- El bienestar subjetivo.	165
3.2.1.-Bienestar social y la economía del bienestar.	166
3.2.3.- Los diferentes Estados del bienestar y su implicación con la salud.	173
3.3.- El desarrollo humano como vehículo para el ejercicio de la salud.	175
3.3.1. - Amartya Sen y la Teoría del Desarrollo Humano.	177
3.3.2.- Teoría del desarrollo humano y la salud.	180
3.3.3.- El índice de desarrollo humano y la salud.	182
CAPÍTULO 4.- UNA VISIÓN TEÓRICA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.	184
4.1.- Conceptos teóricos de las políticas públicas.	185
4.2.- Ciclos de las políticas públicas.	186
4.3.- La evaluación de las políticas públicas.	188
4.3.1.- Los valores y sus tipologías.	188
4.3.2.- La ética, la meta-ética y las políticas públicas.	191
4.3.3.- La evaluación, sus orígenes y su importancia.	193



4.3.4.- El ejercicio de la evaluación.	195
4.3.5.- Perspectivas de las evaluaciones de las políticas públicas.	195
4.3.6.- Los enfoques de las evaluaciones.	197
4.4.- Resumen crítico.	204
 CAPÍTULO 5.- EVIDENCIA EMPÍRICA DE LA SALUD.	 210
 5.1.- Investigaciones sanitarias y bienestar	 210
5.2.- Investigaciones Internacionales de la salud y el Índice de Desarrollo Humano.	213
5.3.- Las investigaciones en México respecto a la salud.	220
 CAPÍTULO 6.- MODELO ECONOMETRICO DE DATOS DE PANEL.	 223
6.1.- El método científico.	223
6.2.- La econometría	224
6.3.- Modelos de datos de panel.	226
6.3.1.- Ventajas del uso del modelo de Datos de Panel.	229
6.4 - Modelo de Mínimos Cuadrados Dinámicos (DOLS)	230
 CAPÍTULO 7.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.	 232
 7.1.- Las variables empleadas en la investigación.	 232
7.1.1.- La variable dependiente.	232
7.1.1.1.- Índice de salud estatal.	233
7.1.2.- Variables independientes.	234
7.1.2.1.- Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes.	235
7.1.2.2.- Médicos generales y familiares por cada mil habitantes.	237
7.1.2.3.- Promedio diario de consultas por médico en contacto con el paciente.	239
7.1.2.4.- Incidencia de desnutrición en menores de cinco años.	241
7.1.2.5.- Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total.	244
 7.2.- Desarrollo del modelo econométrico DOLS.	 246
7.2.1.- Pruebas de Raíz unitaria.	246
7.2.2.- Pruebas de Cointegración.	248
7.2.3.- Modelo econométrico DOLS.	249
7.2.4.- Análisis de los residuales del modelo DOLS.	250



7.3.– Interpretación de los resultados del modelo econométrico.	251
CAPÍTULO 8.- PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA SANITARIA.	253
8.1.– La agenda pública y la evaluación.	254
8.2.– La problemática pública en materia de salud.	255
8.3.- Dimensión de desnutrición en menores de cinco años.	258
8.3.1.- Incidencia de desnutrición en menores de cinco años.	259
8.4.- Dimensión de atención sanitaria.	262
8.4.1.- Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes.	262
8.4.2.- Promedio diario de consultas por médico en contacto con el paciente.	265
8.4.3.- Médicos generales y familiares por cada mil habitantes.	269
8.5.- Dimensión del gasto público en materia de salud.	273
8.5.1.- Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total.	274
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	284
Conclusiones.	284
Futuras líneas de investigación.	289
Limitaciones.	290
ANEXOS.	319



ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Indicadores sociales que procesa el SIISE.	61
Tabla 2. Relación entre tipo de bienes y fondos en el Sistema de Protección Social en Salud, México.	72
Tabla 3. Principales padecimientos financiados mediante el SMNG.	78
Tabla 4. Necesidades de biológicos.	92
Tabla 5. Gastos sin comprobación del Seguro Popular.	93
Tabla 6. Cronología del sistema de salud mexicano.	96
Tabla 7. Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2020-2024.	118
Tabla 8. Metas del bienestar para el objetivo prioritario A)	120
Tabla 9. Metas del bienestar para el objetivo prioritario B)	121
Tabla 10. Metas del bienestar para el objetivo prioritario C)	123
Tabla 11. Metas del bienestar para el objetivo prioritario D)	125
Tabla 12. Metas del bienestar para el objetivo prioritario E)	126
Tabla 13. Promedio del Índice de Salud por Estado del 2000-2020.	129
Tabla 14. Promedio de incidencia de desnutrición infantil 2000-2020	131
Tabla 15. Promedio diario de intervenciones quirúrgicas 2000-2020.	132
Tabla 16. Promedio diario de consultas médicas por médicos generales en 2000-2020.	134
Tabla 17. Promedio médicos generales por cada mil habitantes en 2000-2020.	136
Tabla 18. Promedio del gasto público en salud como porcentaje del gasto público total del 2000-2020.	138
Tabla 19. La paradoja de la elección de Arrow.	155
Tabla 20. Criterios de evaluación de Dunn.	196
Tabla 21. Los enfoques de la evaluación de Dunn.	198
Tabla 22. Diferentes tipologías de la evaluación formal.	200
Tabla 23. Principales investigaciones de la salud y sus variables.	217
Tabla 24. Datos para el cálculo del Índice de Salud Estatal de Michoacán 2020.	234
Tabla 25. Pruebas de raíz unitaria a niveles.	247
Tabla 26. Resultados de pruebas de raíces unitarias a la primera diferencia.	247
Tabla 27. Resultados de la prueba de cointegración de Pedroni.	248
Tabla 28. Resultados de la prueba de cointegración de Westerlund.	249
Tabla 29. Modelo estadístico DOLS.	249
Tabla 30. Análisis de los residuales del modelo DOLS.	250
Tabla 31. Comparativa de indicadores de la dimensión de desnutrición en menores de 5 años. Incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años.	278



Tabla 32. Comparativa de indicadores de la dimensión atención sanitaria. Intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes.	280
Tabla 33. Comparativa de indicadores de la dimensión atención sanitaria. Promedio diario de consultas por médico en contacto con el paciente.	281
Tabla 34. Comparativa de indicadores de la dimensión atención sanitaria. Razón de suficiencia de médicos generales y razón de personal médico cualificado.	282
Tabla 35. Comparativa de indicadores de la dimensión gasto público en materia de salud. Gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total.	283



ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Conformación de las variables de investigación.	11
Figura 2. Propuesta de indicadores sanitarios.	13
Figura 3. Determinantes de la salud de Dalghren y Whitehead	32
Figura 4. Modelo de los Determinantes Sociales en Salud de Solar e Irwin.	33
Figura 5. Factores que influyen en la salud de la mujer según Arber.	34
Figura 6. Rol del género como determinante Sen Östlin	35
Figura 7. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud	36
Figura 8. Determinación de las dimensiones de la reproducción social de las condiciones de vida y salud.	44
Figura 9. Marco conceptual DSS adaptados en el PDSP 2012-2021 Colombia.	52
Figura 10. Observatorio para medición de las desigualdades y análisis de equidad en salud Colombia.	54
Figura 11. Modelo de prestación de servicios de salud públicos.	56
Figura 12. Secretaría técnica de equidad de los Determinantes Sociales de la Salud Chile	58
Figura 13. Integración de la red pública integral de salud de Ecuador.	60
Figura 14. Inversión del PIB en salud en México 2000-2017.	100
Figura 15. Distribución de los recursos FASSA 2016.	102
Figura 16. Esquema antes y después de la reforma a la Ley General de Salud.	105
Figura 17. Caja de Edgeworth.	145
Figura 18. Evolución del pensamiento marginalista y dualista.	169
Figura 19. Interacción de las políticas en salud y las políticas del estado del bienestar.	173
Figura 20. El proceso de las políticas públicas, intelectuales y políticas.	187
Figura 21. Comparativo de intervenciones quirúrgicas, inversión en hospitales y rotación de hospitales.	236
Figura 22. Promedio nacional de médicos generales y familiares por cada mil habitantes.	238
Figura 23. Promedio nacional diario de consultas médicas.	240
Figura 24. Promedio nacional de desnutrición infantil en México.	243
Figura 25. Retraso en el crecimiento como porcentaje de niños menores de 5 años.	243
Figura 26. Promedio nacional del gasto en salud como porcentaje del gasto total.	245
Figura 27. Esquema de las variables de investigación.	253
Figura 28. Índice de salud de América Latina y el Caribe 2021.	256
Figura 29. Dimensiones del Índice de Salud Estatal.	257



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1. Composición de los sistemas de salud en México.	98
Ilustración 2. Modelo de atención primaria integral-integrada.	117
Ilustración 3. Conformación del modelo de atención APS-I, estrategia mexicana.	117
Ilustración 4. Estructura de los objetivos y estrategias prioritarias.	118
Ilustración 5. Mapa del Índice de Salud en México 2000-2020.	130
Ilustración 6. Mapa de incidencia de desnutrición infantil en México 2000-2020.	131
Ilustración 7. Mapa del promedio diario de intervenciones quirúrgicas 2000-2020.	133
Ilustración 8. Mapa del promedio diario de consultas médicas por médicos generales 2000-2020.	135
Ilustración 9. Mapa del promedio de médicos generales por cada mil habitantes 2000-2020.	137
Ilustración 10. Mapa del gasto público en salud como porcentaje del gasto público total 2000-2020.	139



GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Acción de Salud Pública.

Actividad planteada para prevenir o atenuar los resultados adversos que pudiesen pesar en la sanidad de los individuos expuestos a factores exógenos que menoscaben su salud, que incluyen a factores medioambientales que deterioren la esperanza de vida en la comunidad (OMS, 1998).

Educación de Salud.

Conjunto de tareas que buscan impulsar la salud al tiempo que se proporciona información relativa a los peligros ambientales y de estilos de vida que puedan deteriorar la calidad de vida de los ciudadanos (Agencia para Sustancias Tóxicas y el registro de las Enfermedades, 2022).

Enfermedad.

Se trata de una perturbación que los individuos tienen respecto de su estado de salud ordinario. Esta alteración presenta una serie de señales adversas y se originan por un agente exógeno etiológico particular (SSA, 2022).

Enfermedad transmisible.

Son las afecciones infecciosas o parasitarias. Se consideran, además, las complicaciones que sufran las madres durante el periodo de gestación y los padecimientos surgidos durante el periodo inmediatamente posterior al nacimiento (SSA, 2022).

Enfermedad no transmisible.

Son aquellas enfermedades crónicas y degenerativas que sufran los individuos y que no son generadas por agentes patógenos externos. Encontramos aquí padecimientos como diabetes, cáncer, accidentes, etc. (SSA, 2022).



Investigación de Salud.

Se trata de cualquier tipo de análisis a un grupo de la sociedad específico en el que se emplea el método científico para conocer el impacto que se ha tenido en el bienestar sanitario por la intervención de los agentes públicos o privados como oferentes de servicios sanitarios (OMS, 1998).

Salud pública.

Es el conjunto de conocimientos científicos cuyo objetivo es anticiparse a los padecimientos, extendiendo la vida, fomentando la sanidad física y mental, a través de las acciones coordinadas de la sociedad para el cuidado del medio ambiente, el monitoreo de agentes infecciosos en la sociedad, la enseñanza a los miembros de la sociedad respecto de su aseo personal, el ordenamiento de los servicios sanitarios para diagnosticar oportunamente las enfermedades y otorgar los tratamientos necesarios para recobrar un estado óptimo de salud de los individuos (SSA, 2022).

Unidad médica.

Es el establecimiento físico que se encuentra en un punto geográfico, donde se prestan los servicios médicos o quirúrgicos a los demandantes de servicios sanitarios. Estas unidades pueden dividirse según su nivel de atención y/o complejidad en primer, segundo o tercer nivel (SSA, 2022).



SIGLAS Y ABREVIATURAS.

AFORES	Administradoras de Fondos de Retiro
APS	Atención Primaria a la Salud
ASSA2030	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
BM	Banco Mundial
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales el denominado
CDSS	Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud
CISP	Comisión Intersectorial de Salud Pública (Colombia)
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
CSG	El Consejo de Salubridad General
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
FASSA	Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Ecuador)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Ecuador)
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (Ecuador)
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
LCF	Ley de Coordinación Fiscal
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LGCG	Ley General de Contabilidad Gubernamental
LGS	Ley General de Salud
MOPS	Modelo Operativo de Promoción de la Salud



MSP	Ministerio de Salud Pública (Ecuador)
ODM	Objetivos del Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Colombia)
PE	Plan Estratégico del 2014-2019. Desarrollo sostenible y equidad
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNBV	Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 (Ecuador)
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Sistemas Estatales de Salud
SESAS	Servicios Estatales de Salud
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SISPRO	Sistema de Información en Salud (Colombia)
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
SNIES	Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (Ecuador)
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguro Popular en Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud
SSC	Seguro Social Campesino (Ecuador)
STDS	Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud (Chile)



RESUMEN

La sanidad ha evolucionado durante los últimos 20 años en los países miembros de la OMS, estos han adaptado su concepción de la salubridad más allá de la falta de enfermedad, para concebirla como una justicia para sus ciudadanos. México no ha sido la excepción adaptando este derecho en su carta magna. A lo largo de las administraciones federales se ha articulado una serie de políticas sanitarias que han aumentado la esperanza de vida nacional. Esta investigación se planteó el objetivo de identificar los principales factores que incidieron con el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020. Para este fin, se analizaron a las entidades federativas y Ciudad de México (anteriormente Distrito Federal), por medio de un modelo econométrico de datos de panel de mínimos cuadrados dinámicos, estudiando las unidades muestrales (Estados) y sus fluctuaciones a lo largo de 21 años. Se realizaron los cálculos del Índice de Salud Estatal mediante la metodología del PNUD como indicador del bienestar sanitario. Se analizaron datos de la Dirección General de Evaluación al Desempeño de los Sistemas de Salud para las variables independientes. Los resultados arrojaron que existe una relación al largo plazo de las variables: a) intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes, b) número de médicos familiares por cada mil habitantes, c) promedio diario de consultas médicas, d) Incidencia de desnutrición infantil en niños menores de 5 años y e) gasto público en salud como porcentaje del gasto total. Las variables a y b son las más significativas, mostrando la importancia del personal médico en la salud en México y sus las instalaciones quirúrgicas para poder alcanzar el bienestar sanitario en México.

Palabras clave: Bienestar sanitario, políticas públicas, sistemas de salud, Índice de Salud Estatal y datos de panel.



ABSTRACT

Health has evolved during the last 20 years in the member countries of the WHO, they have adapted their conception of health beyond the lack of disease, to conceive it as justice for their citizens. Mexico has not been the exception in adapting this right in its magna carta. Throughout the federal administrations, a series of health policies have been articulated that have increased the national life expectancy. This research set out the objective of identifying the main factors that affected health and well-being in Mexico from the period 2000-2020. To this end, the states and Mexico City (formerly the Federal District) were analyzed using an econometric model of dynamic least squares panel data, studying the sample units (States) and their fluctuations over 21 years. The calculations of the State Health Index were made using the UNDP methodology as an indicator of health well-being. Data from the General Directorate for Health Systems Performance Evaluation were analyzed for the independent variables. The results showed that there is a long-term relationship between the variables: a) surgical interventions per thousand inhabitants, b) the number of family doctors per thousand inhabitants, c) the daily average of medical consultations, d) incidence of infant malnutrition in children under 5 years of age and e) public spending on health as a percentage of total spending. Variables a and b are the most significant, showing the importance of medical personnel in health in Mexico and their surgical facilities in order to achieve health and well-being in Mexico.

Keywords: health wellness, public politics, Systems of health, State Health Index and Data Panel.



INTRODUCCIÓN.

Hablar de la salud pública nos remonta al siglo XVIII. Durante este periodo se desarrollaron una serie de epidemias como la viruela, el tifus, la malaria y el cólera. Dichos padecimientos se extendieron a lo largo de varios años trayendo consigo la muerte de muchos sujetos alrededor del mundo. Lo anterior generó una reflexión mundial sobre la problemática de estas enfermedades y los contagios generados por la movilidad de los sujetos entre los distintos Estados. Una alimentación defectuosa, la expansión creciente de las urbes, el hacinamiento en las ciudades y los residuos biológicos que se generaban por desechos fecales, la basura generada por las personas y el inexistente control de sus desechos, apoyaban el contagio y padecimiento de afecciones (Fierros, 2014).

Estas preocupaciones trajeron consigo investigaciones y un mayor conocimiento científico que serviría como fundamento para la concepción de materiales médicos, que contaban con la capacidad de medir y cuidar los aspectos principales de la salud de los individuos. Una muestra de dichos avances instrumentales son el termómetro y la mejora en los microscopios, mismos que facilitaron el cuidado de la sanidad. Durante esta época los monarcas generaban una gran influencia en la salubridad impulsando la creación de hospitales cuyo fin principal era el progreso social (Fierros, 2014). El primer gran hospital se edificó por mandato del archiduque austriaco José II en el año 1784: El Hospital General de Viena (Porter, 2004).

Otros estados buscaron emular al hospital de Viena ayudados por la iniciativa privada, principalmente por las subvenciones de gente adinerada, motivada por tres factores: el primero, la caridad, la cual denotaba el tratar de liberar del sufrimiento a las personas; el segundo se realizaba para mostrar un poderío económico de los individuos que donaban y el tercero que se motivaba por los conceptos de la ilustración, es decir, mejorando la calidad de vida de los individuos (Fierros, 2014). La ilustración influyó en todos los ámbitos sociales, públicos y privados, estas ideas buscaban promover el bien común, se pretendía que la población pudiese sobreponerse a las enfermedades



mediante el análisis racional de cómo influyen la naturaleza en la salud social. En palabras de Anne Staples (2008) este busca: “la felicidad del pueblo, vencer las enfermedades y recurrir a la razón para entender los fenómenos naturales” (p. 17) es así como la ilustración “tuvo un impacto notable en el significado que se le daba a la salud y a la higiene que la propiciaba” (Staples, 2008, p. 17).

La ilustración trajo consigo una serie de cambios importantes, a la par que marcaba un antes y un después en las relaciones entre el Estado y la comunidad. Teniendo como punto de partida la transformación al actual Estado-nación, donde se preste atención en la limpieza de las ciudades que prevengan las enfermedades que afectaban a la sociedad. Resulta evidente la relevancia que tuvo la rebelión francesa, dado que uno de sus principales postulados es el bienestar de la colectividad. Durante el periodo de la revolución y aun en el posterior Consulado, se dieron pasos reformistas, de estos podemos destacar las de salubridad pública. Estas reformas fueron cristalizándose en los nuevos Estados como legislaciones que impactaban a la vida de los ciudadanos hasta su muerte. Este tipo de intervención Estatal no se dio de la noche a la mañana, por el contrario, se dan de forma paulatina y prácticamente imperceptible debido a los cambios culturales que venían realizándose en estos periodos (Foucault, 1966).

La evolución resultante del periodo posterior a la revolución francesa se incrusta en los Estados-nación, un ejemplo lo encontramos en la Alemania de Otto von Bismark, quien en 1883 instauró un seguro médico auspiciado por el Estado. Esta concepción se sustentaba en la metamorfosis social derivada de la revolución industrial en la sociedad alemana, generando cambios radicales en la estructuración de las ciudades con la construcción de drenajes y alumbrados públicos en las urbes que apoyaron al cuidado de la salud en la Alemania del siglo XIX (Fierros, 2014).

No fue sino hasta el año de 1945 que las políticas sanitarias comenzar a tomar un énfasis internacional al buscar que un organismo internacional apoye en el cuidado de la salud. Lo anterior, se materializó en 1948 con la creación de la Organización Mundial de la Salud. Este organismo se planteo como propósito el facilitar que las las naciones



proporcionen a la población el bienestar físico y mental. Esto mediante el empleo de investigaciones científicas.

La sanidad ha tenido un antes y un después con la aparición de este organismo, prueba de ello son la vacuna contra la Poliomielitis, los trasplantes de órganos hasta llegar al que es considerado el mayor de sus logros la erradicación de la viruela.

Sin embargo, este naciente organismo encontró ciertas problemáticas en cada nación. La carencia principal se da en el financiamiento a los sistemas de salud que limitan la cantidad de nosocomios, el número de personal en contacto con el paciente y la cantidad de servicios que pueda otorgar. Lo anteriormente descrito, resulta en una problemática grave que limita el bienestar social.

Esto motivó a la Organización Mundial de la Salud a instaurar una institución que analice estos problemas para tratar de resolverlos. En este tenor, nace la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud que estudió las desigualdades sanitarias y sus efectos adversos en la sociedad. La comisión concluye que el problema principal es la desigual distribución de factores como el poder, los bienes, los ingresos, al igual que el acceso a los servicios sanitarios, educativos y de acceso a la vivienda. Todo esto en su conjunto, restringe a la sociedad a conseguir el adecuado nivel de vida.

Una vez identificadas las problemáticas que limitan al bienestar, se requiere un parámetro que permita establecer los avances entre las naciones el más usado es el propuesto por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En este sentido, el PNUD considera al desarrollo humano como una serie de pasos mediante los que se pretende aumentar las oportunidades a las que puedan acceder los individuos.

El PNUD tiene presente las diferentes concepciones del bienestar, sin embargo, considera indispensable tres conceptos: el goce de una vida larga y saludable, el contar con conocimientos y el que los individuos puedan contar con recursos económicos que le permitan alcanzar un nivel de vida digno. Conforme a este planteamiento el desarrollo humano busca la creación de las capacidades de los humanos (como el mejoramiento de la salud, la obtención de conocimientos y la ampliación de habilidades) y el fomentar que



las personas puedan emplear estas capacidades que se verán plasmadas en tareas sociales o políticas (PNUD, 1990).

Si bien el PNUD nos proporciona los parámetros que permiten parametrizar el bienestar, hace falta entender este concepto de forma teórica. Iniciaremos con la definición que Samuelson y Nordhaus (2005), quienes sostienen que la economía analiza la manera en la que los grupos de la sociedad emplean los recursos con que cuentan para generar bienes para asignarlos entre los miembros colectivos.

Hablando en específico de la economía del bienestar, esta tiene sus inicios con la teoría de Adam Smith y su influencia filosófica. Smith no establece una definición de un bienestar general, su visión hedonista de la vida si implicaba que cuando los individuos buscan su propio beneficio indirectamente se estará alcanzando el beneficio social.

El bienestar social tiene parte de la estabilidad económica, y por ende se entiende que para tener esta estabilidad económica se debe pensar en la distribución de la riqueza en la sociedad, existen también otros factores como el monto de los salarios devengado por sus labores en su trabajo, los peligros que sufre el trabajador ejercer sus labores en las fábricas. Por lo que el bienestar económico reemplaza la escasez patrimonial de las personas y garantizando el confort y las mejoras que este bienestar económico da. La orientación del bienestar parte de una perspectiva que combina distintas acciones entre los individuos, en dichas actividades el nivel de vida puede valorarse bajo los términos del talento para alcanzar los resultados planteados (Duarte y Jiménez, 2007).

La teoría del bienestar puede concentrarse en su manera de pensar en dos grandes ramas, los marginalistas y los dualistas. Los economistas marginalistas o neoliberales tienen inconformidad con las políticas que plantean realizar una redistribución, puesto que en su percepción estas no garantizan que se obtenga un óptimo de Pareto. Por otro lado, se encuentran los economistas dualistas quienes están a favor de las políticas redistributivas que harán más justa la distribución de la riqueza, ellos sostienen que la utilidad de un bien no puede cuantificarse de manera tradicional, sino que, se pueden generar aproximaciones de las utilidades por mediciones cardinales que permitirían generar un acomodo equitativo de la riqueza en la población (Agafonow, 2004).



El bienestar de las personas requiere distintos factores que cambian dependiendo de la aportación que ofrecen cada uno al bienestar. Independientemente de los distintos factores que se puedan establecer, existen coincidencias entre los diferentes autores: que los individuos puedan estar bien nutridos, que cuenten con una buena salud, un acceso a una educación adecuada y residir en una vivienda digna (Barr, 1992; Hills, 2001; Duarte y Jiménez, 2007; Cattaneo et al., 2009).

El desarrollo humano resulta importante en la salud debido a que esta perspectiva dota de un mayor conocimiento de la salud y, por ende, una base teórica de cómo entender la salud y los principales fines de esta: tener una mayor esperanza de vida y una vida con la mayor calidad de salud posible.

Sen (1999) nos habla que:

“El mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo. Los que preguntan si una mejor salud es un buen instrumento del desarrollo quizá pasen por alto el elemento de diagnóstico más fundamental: que ‘la salud forma parte integrante de un buen desarrollo’” (p. 8).

En este sentido Amartya (1999), abunda más en este tema al sostener que:

“La buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. Una persona sana podrá más fácilmente obtener ingresos, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana” (p. 8).

Todas estas premisas muestran la importancia que la salud tiene en la sociedad, por esta razón se necesita una investigación relativa al bienestar en México y cómo este puede lograrse teniendo como eje rector a la salud. Tenemos frente a nosotros una problemática que debe ser abordada mediante el método científico, existen diversos



autores que hablan de cómo iniciar una investigación. Para el presente trabajo se emplearán las estructuras de Kerlinger, debido a que este autor presenta las mejores estructuras para el estudio de las problemáticas sociales.

Kerlinger (1975) establece que ninguna problemática (previamente identificada), puede obtener una solución científica si no es planteada como una hipótesis, debido a que las situaciones problemáticas comúnmente muestran diversos factores que impiden abordarlos de manera directa.

Al mismo tiempo, Kerlinger (1975) hace énfasis en definir con claridad la naturaleza de la problemática a investigar, ya que de no hacerlo se puede incurrir en errores frecuentes, por lo que el investigador deberá considerar:

1. Un problema científico no debe plantearse como un cuestionamiento ético o moral; de plantearse así la pregunta pretendería responder juicios de valor que son imposibles de responder por la ciencia.
2. En la redacción del problema se realizan catalogando elementos metodológicos, así cómo, estructurar el problema como una sub-problemática, pudiéndose identificar si:
 - a) No se trata de un problema esencial que se origine del problema básico
 - b) Se encuentra estrechamente relacionado con métodos, mediciones, técnicas o análisis

En resumen, el problema requiere ser mostrado como un cuestionamiento y omitir palabras que impliquen medir, comprobar, establecer etc.

Una vez planteados correctamente los problemas de investigación resulta conveniente establecer una o varias preguntas, que se convertirán en el problema a estudiar en la investigación. Al realizar una pregunta tiene la ventaja de que se establecerá de manera clara y precisa evitando las ambigüedades; en resumen, la pregunta representa el ¿qué? se investigará (Christensen, 2006).

Resulta común que la pregunta de investigación no presente la totalidad del problema de investigación, es decir mostrando todo el contenido de esta. En ocasiones estas solo se formulan para generar el estudio. Sin embargo, los cuestionamientos



requieren presentar en forma de síntesis los procedimientos que deberán realizarse en la investigación. Las preguntas generales requieren clarificarse y acotarse para indicar el sector en el que se implanta la situación problemática y proponer acciones idóneas para la investigación (Ferman y Levin, 1979).

Preguntas de investigación.

Siguiendo esta lógica, esta investigación se plantea la pregunta general:

¿Cuáles fueron los principales factores que incidieron con el bienestar sanitario en México en el periodo 2000-2020?

Así mismo, se formulan tres preguntas específicas de investigación:

1. ¿De qué manera la desnutrición influyo en el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020?
2. ¿Cuál es el nivel de influencia que la atención sanitaria tuvo en el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020?
3. ¿Cómo incide el gasto público sobre al bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020?

Los objetivos presentados en una de investigación se plantean a fin de determinar y estipular las labores a ejecutar por el investigador. En los objetivos se señalan las variables que intervienen en el trabajo de investigación (Hernández, 1986).

Kerlinger (1975) establece que el conocimiento científico trata de entender de una manera sistemática los fenómenos estudiados, y se preocupa, en gran medida, por examinar y probar teorías e hipótesis. Lo que refleja la relevancia de un planteamiento claro de los objetivos y las hipótesis en una investigación científica.

Objetivos de investigación.

Con esto en mente, se definirá el objetivo general de la investigación:

Identificar los principales factores que incidieron con el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020.

Siguiendo esta sintonía, se presentan los objetivos específicos:



1. Determinar la manera en la que la desnutrición influyo en el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020.
2. Establecer el nivel de influencia que la atención sanitaria tuvo en el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020.
3. Demostrar la incidencia del gasto público sobre el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020.

Una vez establecidas las preguntas y los objetivos, se hace necesario formular las hipótesis. Para Hernández Sampieri (2010): se tratan de las pautas a seguir en la investigación, aquí se especifica aquello que se pretende demostrar al tiempo que se formula como un argumento temporal de la problemática bajo investigación. Las hipótesis tienen su raíz en principios teóricos existentes y cuya estructura debe realizarse como una afirmación.

Hipótesis de investigación

Por lo que para esta investigación se plantea la hipótesis general:

La desnutrición, el sistema de atención sanitaria y el gasto público son los principales factores que incidieron con el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020.

Por último, se requiere definir las hipótesis específicas las cuales son:

1. La desnutrición influyo negativamente en el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020.
2. La atención sanitaria influye positivamente al bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020.
3. El gasto público incide de manera positiva al bienestar sanitario en México del 2000-2020.

Las investigaciones científicas pretenden encontrar las relaciones causales entre variables que interactúan en el fenómeno a investigar. En este sentido, la investigación puede emplear un concepto o constructo los que suelen confundirse. Un concepto transmite un conocimiento teórico generalizado emanado de eventos particulares;



mientras que un constructo se refiere a una definición adicional inherente que se le ha inferido con fines científicos (Kerlinger, 1975).

Ahora bien, una variable para Kerlinger (1975) se trata de una simbología a la que le fueran conferidos cifras numéricas; bajo esta idea el autor considera tres diferentes clases de variables. A) Las independientes y dependientes; B) activas y atributos y; C) continuas y categóricas. Cada una de estas clasificaciones tienen sus características, pero para los fines de esta investigación serán empleada la clase A, debido que esta establece que las variables independientes son aquellas que genera los cambios en la variable dependiente mostrando una relación causal. Esta investigación considera las siguientes variables:

Variable dependiente.

Como variable dependiente para esta investigación “Y” se tiene al bienestar sanitario. Para los fines de esta investigación se considerará al componente de salud del Índice de Desarrollo Humano como el representante del bienestar sanitario, dado que, este índice ha sido empleado por los estados como un indicador social que cuenta con una aceptación internacional importante. El estado de bienestar facilita el que los individuos cuenten con las capacidades suficientes para alcanzar su pleno desarrollo y que les permita lograr una vida prolongada gozando de un estado de salud adecuado (PNUD, 1990).

El índice de salud se calcula y publica de manera anual por parte del PNUD, en sus informes anuales del desarrollo humano con la finalidad de mostrar los avances en materia de salud, educación y capacidad económica a lo largo de los años. Sin embargo, este indicador únicamente se presenta a nivel país, lo cual resulta insuficiente puesto que esta investigación busca analizar al estado mexicano mediante cada una de las entidades federativas.

La última vez que el PNUD publicó los datos de los estados fue en el año 2015, donde se presentó el Índice de Salud para los años 2008, 2010 y 2012. Se aprecia que los años son insuficientes para realizar un análisis al largo plazo. Por todo lo anterior en



esta investigación se procedió a calcular todos y cada uno de los índices para los años de 2001 al 2020.

Se realizaron los cálculos mediante la metodología propuesta por el PNUD. Con la finalidad de corroborar que se han efectuado los indicadores correctamente se compararon los datos publicados en el informe del 2015, no existiendo diferencias entre los obtenidos en esta investigación.

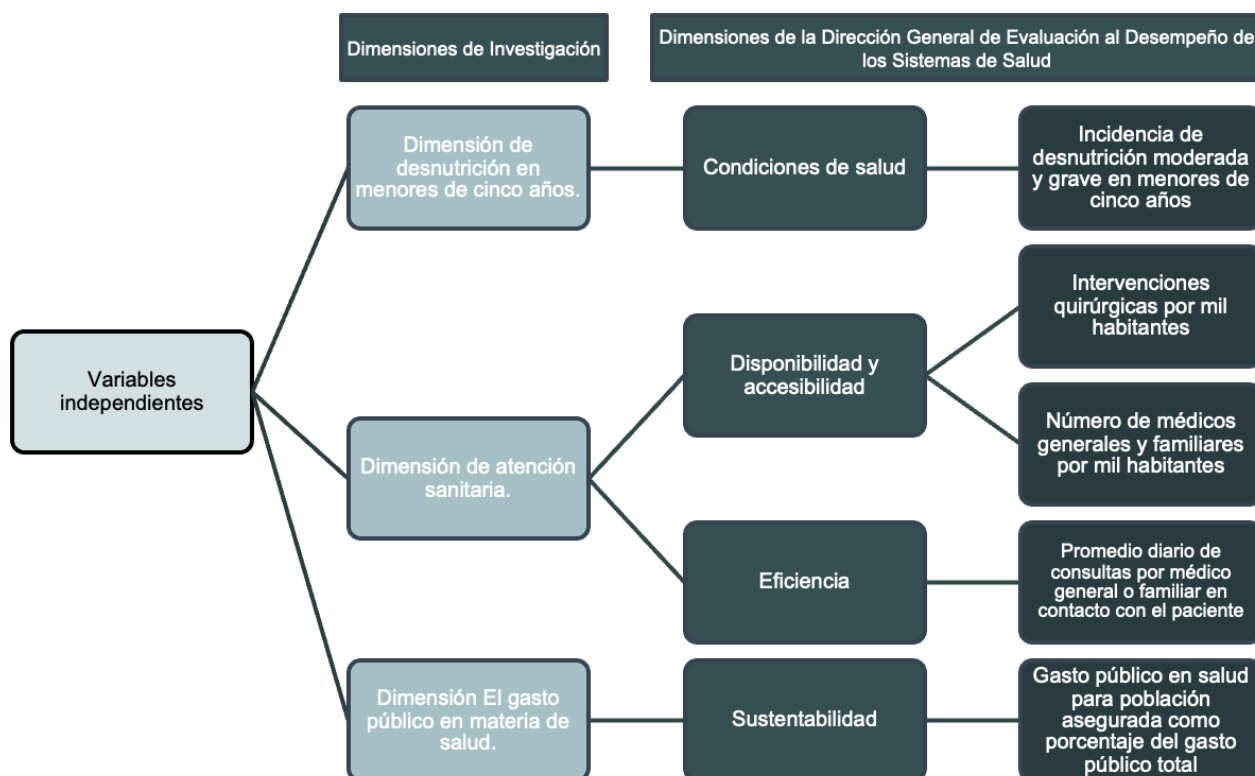
Es así como se pudieron obtener los valores del índice de salud por 21 años al cual se le denominó Índice de Salud Estatal. Esta investigación aportará este parámetro para futuras investigaciones y permitirán establecer las correlaciones entre variables.

Variables independientes.

Por otro lado, se encuentran las variables independientes. Esta investigación propone el manejo de las siguientes variables independientes o “X” a: 1- El sistema de atención sanitaria; 2 – la desnutrición y 3 – el gasto público. Estas variables fueron analizadas por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), en la que se establecen las principales limitantes para alcanzar una equitativa sanidad, apoyándose en los determinantes sociales de la salud. Como variables independientes fueron tomadas de los indicadores calculados por la Dirección General de Evaluación al Desempeño de los Sistemas de Salud. La conformación de cada variable se muestra en la figura siguiente:



Figura 1. Conformación de las variables de investigación.



Fuente: Elaboración propia.

Se puede apreciar las dimensiones tanto las de investigación como las de la dirección general de evaluación al desempeño de los sistemas de salud (DGEDSS), en las que se encuentran las variables empleadas en el modelo. Sin embargo, merece una mención específica el promedio diario de las consultas, dado que, se emplea como un parámetro de eficiencia. La OCDE considera que este indicador no debe emplearse para medir la eficiencia de los servicios dados por los médicos.

Este parámetro resulta oscilante dependiendo el tipo de retribución monetaria que se tenga el personal sanitario, puesto que en estados donde se remunera mediante honorarios presentan parámetros mayores al promedio y donde se contrata subordinadamente, muestran promedios inferiores a la media. Hasta este punto, pareciese que las variaciones se pueden atribuir a la situación laboral de los médicos, sin embargo, países como Estados Unidos donde se paga por honorarios cuentan con cifras



inferiores al promedio, evidenciando que existen múltiples factores que influyen en este índice, lo que hace difícil medir la eficiencia con este parámetro (OCDE, 2013).

Esta investigación considera este parámetro como una forma de medir la cantidad de servicios prestados por cada médico, más no como un parámetro de eficiencia aun y cuando esta sea la propuesta de la DGEDSS.

Metodología.

Una vez establecidos las preguntas de investigación, objetivos, hipótesis y variables, el siguiente paso es seleccionar la metodología que se empleará para medir las relaciones entre las variables. Se trata de una investigación correlacional por lo cual se empleará un modelo de datos de panel, que permite analizar a las unidades muestrales a lo largo de los años para así conocer como afectan las variables independientes a la variable dependiente.

En lo particular se empleó un Modelo de Mínimos Cuadrados Dinámicos (DOLS), propuesto por Stock y Watson en el año de 1993. Esta investigación servirá para conocer cuáles de los factores modelados generan una mejoría en el índice de salud, que en consecuencia hará evidentes aquellos factores que deberán promoverse para mejorar el bienestar en salud para la sociedad mexicana. Resulta fundamental el salvaguardar el derecho social de acceso a los servicios sanitarios que el artículo 4 de la carta magna mexicana. Aquí se desprende que el Estado mexicano está obligado a garantizar y proteger la sanidad de los ciudadanos, ofreciendo prestaciones y/o medios suficientes para satisfacer el derecho a la salud.

Propuesta de índices para la política en salud de México.

Al obtener los resultados de las variables modeladas y comparar los indicadores de la política de salud incluidas en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, no se encontraron índices que permitan dar seguimiento a las variables más significativas.

El estado requiere identificar los reclamos sociales que serán la pauta por seguir para integrar la agenda pública. Al interior de esta agenda se plasmarán programas,

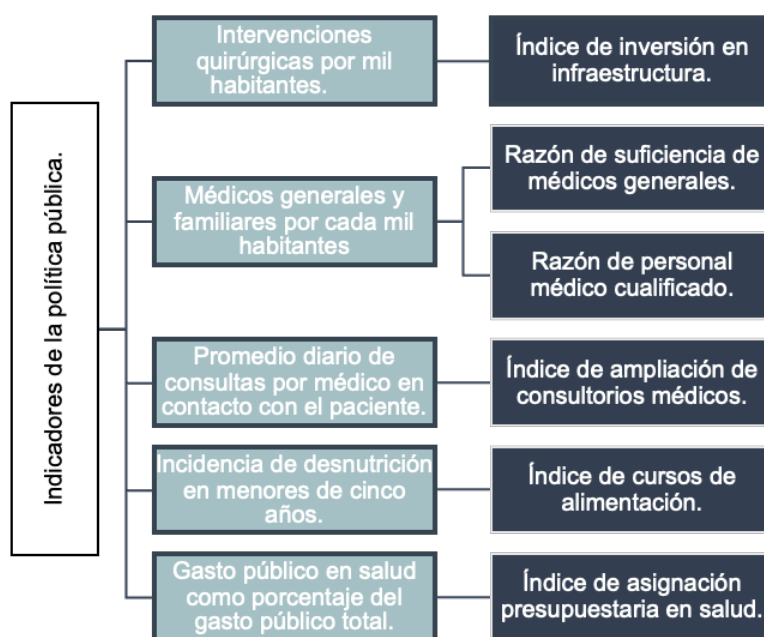


acciones, metas e indicadores. Los indicadores permitirán conocer si las acciones han impactado en la mitigación de la problemática que se aborda (Corzo, 2020).

Dunn (2014), sostiene que las políticas deben evaluarse con el propósito de obtener respuestas a cuestionamientos de valoración ¿qué tan valiosa es? Derivado de lo anterior y con base en los resultados obtenidos de la regresión DOLS, se proponen 6 nuevos indicadores que permitirán dar seguimiento a la política sanitaria en México.

Los indicadores propuestos surgen de cada una de las variables independientes y tienen como objetivo el potencializar el bienestar en México. Los indicadores propuestos se muestran en la figura siguiente:

Figura 2. Propuesta de indicadores sanitarios.



Fuente: Elaboración propia.

Contenido capítular.

En el capítulo primero, se presenta la visión que internacionalmente se tiene respecto a la salud, esta perspectiva destaca el cambio del estudio de la salubridad más allá de la enfermedad. Aquí también se describen las características que deben guardar los sistemas sanitarios, sus atribuciones e implementaciones de políticas. Por último, se



aborda la visión de los determinantes sociales de la salud y cómo esta ha incidido directamente en las políticas sanitarias en Latinoamérica.

En el capítulo segundo, se muestran las políticas públicas en materia de salud que México ha implementado lo largo de las últimas cinco administraciones federales. Se tendrá como punto de partida la administración de Ernesto Zedillo, llegando a la de Andrés Manuel López Obrador. Se presentan los principales cambios al sistema de salud mexicano, tanto del IMSS, ISSSTE, secretarías de salud estatales, como en el sector privado. Por último, se exponen las dificultades por las que ha pasado el Sistema Nacional de Salud en México y los cambios en materia legal que dicho sistema ha vivido en las últimas décadas.

El capítulo tercero presenta diversos enfoques teóricos del bienestar. Aquí se muestran los inicios de esta teoría y se presenta la relación que se ha venido dando en los últimos años de esta con la salud. Se exponen los principios teóricos que acompañan al índice de desarrollo humano y la interacción de este desarrollo y la salubridad.

El capítulo cuarto presenta los principales enfoques de las políticas públicas. Se da una atención especial a lo concerniente a la evaluación de los programas públicos y de cómo este examen puede realizarse tanto ex ante, como ex post a su implementación. Lo que permite al encargado de la política modificar las acciones que se vienen realizando para alcanzar los objetivos más favorables para los beneficiarios de estos.

El capítulo quinto cuenta con un conglomerado de las principales investigaciones relativas al desarrollo humano y la salud. Se hizo énfasis en las investigaciones que emplean el modelo econométrico de datos de panel, a fin de conocer sus principales resultados y las variables modeladas con el propósito de establecer cuáles de estas pudiesen ser empleadas en esta investigación. Del mismo modo, se analizan las investigaciones nacionales de la salud que en su mayoría denotan la carencia de indicadores subnacionales que permitan realizar investigaciones a este nivel.

Partiendo de las investigaciones analizadas, se decidió emplear los indicadores generados por la Dirección General de Evaluación al Desempeño de los Sistemas de Salud, puesto que, el fin principal de estos indicadores es la evaluación del sistema de



salud. Del mismo modo, esta dirección realiza sus evaluaciones por entidad federativa, haciendo a estos datos ideales para el modelaje econométrico mediante datos de panel.

El capítulo sexto se aborda brevemente lo concerniente a los modelos econométricos, hasta llegar al modelo de datos de panel y en específico al modelo de mínimos cuadrados dinámicos. Se presenta la formulación general, así como los supuestos que deben cumplirse para modelar las variables.

Se seleccionó para esta investigación el panel de datos, este permite analizar diversas unidades de muestra a lo largo de un periodo de tiempo, a fin de conocer las fluctuaciones que las variables muestran. Esta investigación se realizó con 512 observaciones, 32 grupos en el periodo de tiempo del año 2000 al 2020.

El capítulo séptimo contiene el modelo de mínimos cuadrados dinámicos que esta investigación propone. Se pueden encontrar las pruebas requeridas para la realización del modelo, así como, el modelo econométrico y sus principales resultados.

El capítulo octavo propone una modificación a los indicadores establecidos en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Estos indicadores propuestos buscan facilitar la evaluación de la política sanitaria, impulsando al máximo las variables más significativas del modelo econométrico realizado. Se busca ampliar el seguimiento de las políticas sanitarias en México, debido a que los indicadores actuales no permiten dar seguimiento a las variables modeladas.

Estos indicadores también permitirán incidir en la agenda pública y el uso de recursos públicos, tanto humanos como financieros, de forma transversal generando una sinergia en la política de salud en México. Lo anterior viene en concordancia al incrementalismo propuesto por Lindblom para modificar las metas de los programas para maximizar los beneficios sociales.

Por último, el capítulo noveno contiene las principales conclusiones, recomendaciones y futuras investigaciones. Destacando como futura línea de investigación, el identificar los efectos que la pandemia del COVID-19 ha tenido en la reducción en la esperanza de vida desde el 2020 y en los indicadores que esta investigación identificó como promotores del bienestar.



CAPÍTULO 1.- LA SALUD EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.

En este primer capítulo se presenta la historia de la salud que llevó a la creación de los organismos internacionales encargados de velar por los estudios de la salud, los que empearon el conocimiento científico con la finalidad de guiar a las naciones en busca de la salud para todos los ciudadanos.

Del mismo modo, se muestra de forma didáctica los diferentes modelos de los determinantes sociales de la salud. Exponiendo 4 diferentes visiones mediante las que se han efectuado análisis de las desigualdades sanitarias que muestran las problemáticas en materia de salud en la sociedad. Posteriormente, se presentan las diferentes políticas latinoamericanas en salud que buscaron adaptar las recomendaciones de la CDSS. Por último, se describen los diferentes modelos de los sistemas de salud, pasando por sus funciones y hasta llegar a sus principales obligaciones.

1.1.- La historia de la sanidad internacional.

Esta investigación presenta los diversos puntos de vista relacionados con la sanidad. Comenzaremos con una revisión histórica de la sanidad y el avance que se ha venido generando, desde una perspectiva internacional, con el fin de identificar los distintos medios empleados para atenuar estas problemáticas. Por un lado, encontramos los organismos supranacionales y su percepción de la salud cuyo eje central son las desigualdades que no permiten alcanzar una sociedad saludable.

La evolución resultante del periodo posterior a la revolución francesa se incrusta en los Estados-nación, un ejemplo lo encontramos en la Alemania de Otto von Bismark, quien en 1883 instauró un seguro médico auspiciado por el Estado. Esta concepción se sustentaba en la metamorfosis social derivada de la revolución industrial en la sociedad alemana, generando cambios radicales en la estructuración de las ciudades con la construcción de drenajes y alumbrados públicos en las urbes que apoyaron al cuidado de la salud en la Alemania del siglo XIX (Fierros, 2014).



La conceptualización de la salud pública ha venido evolucionando a lo largo de los años, ya que durante el siglo XVIII y el siglo XIX muestran distintas variaciones. En sus inicios la salud pública tomaba en cuenta al número de individuos aglomerados en un mismo sitio (hacinamiento), así como del cuidado de pordioseros que se encontraban en las ciudades. Se llegó a considerar dentro de sus atribuciones de la sanidad pública el cuidado, manejo y distribución del agua. En resumen, en sus inicios este concepto de salud pública incluyó todos los factores que permitían a los ciudadanos un cuidado y protección de su estado de salud en busca de alcanzar un bienestar social.

Las complejidades para lograr el bienestar social impulsaron la creación de organismos supranacionales, que pudiesen homogeneizar las conceptualizaciones de sanidad, al tiempo que, guiaran las actividades de las naciones en busca del bien común en la sociedad. A continuación, se analizará a la Organización Mundial de la Salud (OMS) mostrando los caminos esta ha impulsado en las políticas de los Estados. Describiremos brevemente sus principales retos y logros y cómo se han marcado las directrices de las políticas en salud en todos sus países miembros.

Durante el año 1945 se reunieron diplomáticos de los distintos países en la ciudad de San Francisco a fin de dar vida a la Organización de las Naciones Unidas. En esta nueva agrupación se acuerda la creación de un organismo encargado de velar por la salud internacional, es en este contexto que el día 7 de abril de 1948, se vio nacer a la OMS¹ (OMS, 2006).

La OMS es una entidad supranacional cuyo objetivo principal es que las diferentes naciones alcancen su máximo potencial en sanidad. La constitución de la OMS considera a la salud como el completo bienestar en su aspecto social, mental y físico, por lo que esto va más allá de la no existencia de enfermedades. La búsqueda de la salubridad ha sido una de las principales preocupaciones en el seno de las sociedades a lo largo de la historia, motivando a los distintos estados a fundar un organismo internacional que se encargase de velar por la salud y el bienestar social en el mundo.

¹ Es por esta razón que se considera este día del año como de Día Mundial de la Salud.



La OMS es una entidad supranacional supeditada a las Naciones Unidas, tiene a su cargo la elaboración de normativas internacionales, asimismo, la orientación a sus miembros respecto de sus acciones de salubridad pública. A la par de lo anterior, este organismo genera conocimiento científico, ya sea promoviendo o apoyando las investigaciones sanitarias. Es así como los Estados asociados pueden confiar en esta organización para hacer frente a sus problemáticas sociales en salud, mejorando el bienestar de las familias (OMS, 2006).

En la primera asamblea de la OMS (en 1948), se establecieron los principales campos de acción en los que se concentrarían sus esfuerzos: el paludismo, la salud materno infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental. Las directrices primarias de este organismo han venido evolucionando a lo largo de las décadas, a fin de hacer frente a problemas sanitarios que en 1948 no se habían considerado, ejemplo de estos casos son el del VIH/SIDA (OMS, 2006).

Desde su nacimiento, la OMS ha logrado importantes avances sanitarios², uno de los objetivos más importantes se estableció en 1978, poniéndose como meta la de dotar a toda la población mundial de servicios sanitarios de calidad. Esta organización ha encontrado distintas barreras que le han impedido la consecución de este objetivo. Existen diversas limitantes, sin embargo, una de las principales problemáticas radica en que los Estados no cuentan con recursos suficientes, consecuentemente dan origen a un pequeño número de hospitales, clínicas inadecuadas, falta de medicamentos esenciales y escasos, y la falta de personal médico en todas sus vertientes. Estas carencias llegan a un grado tal que en muchos países el personal de salud muere a causa de las mismas enfermedades que intentan prevenir y tratar (OMS, 2006).

Estas limitaciones son evidentes, sin embargo, las causas de estas no lo son. Esto motivó a la OMS a crear la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), y así visualizar los factores tanto en la estructura como en el modo de vida que generan

² En 1948 inician la clasificación internacional de enfermedades, fungiendo como guía internacional epidemiológica. En 1952 crean la vacuna contra la Poliomielitis. En 1967 se realizó el primer trasplante de corazón. En 1977 Genera la primera lista de medicamentos esenciales. En 1979 se erradica la viruela. En 1983 se identifica el VIH. En 1988 se busca erradicar la Poliomielitis (OMS, 2006)



las desigualdades sanitarias (OMS, 2008). La CDSS pretende ser una guía internacional en la que los Estados puedan basarse para mitigar las inequidades que se dan en los servicios sanitarios en los diferentes países.

Para la OMS, los determinantes sociales son un grupo de elementos económicos, políticos, culturales, sociales y ambientales, que inciden directamente en la situación de salud de los individuos. En otras palabras, la OMS entiende que los problemas sanitarios son multifactoriales e interrelacionados, que pueden causar la pérdida de salud en la sociedad (OMS, 2008).

La CDSS realizó un trabajo exhaustivo en conjunto con varios países y organizaciones civiles a lo largo de un trienio. De dicho trabajo se obtuvo un amplio informe mediante el cual, se pretende incidir directamente en los problemas sociales que influyen en la salud y la equidad sanitaria (OMS, 2005).

En el informe se recopilan los conocimientos de cientos de especialistas con relación a los determinantes sociales de la salud, mediante la literatura de los investigadores, así como, por la retroalimentación generada por los gobiernos participantes; tanto en los casos de éxito como en los de fracaso. Todo conocimiento señala como la causa principal la desigual distribución de factores como el poder, los bienes, los ingresos, al igual que el acceso a los servicios (tanto a la salud, a la educación y la vivienda), que limitan que un individuo pueda alcanzar un buen nivel de vida. Este informe concluye que estas desigualdades son consecuencia de una intervención inadecuada del Estado, debido a que, articulan políticas que no impactan positivamente en la mitigación de las desigualdades (OMS, 2005).

Esta comisión considera que se requiere atender principalmente los tres grandes obstáculos. a) Acrecentar la calidad de vida de los ciudadanos para que estos puedan desarrollar su máximo potencial desde su nacimiento hasta su envejecimiento, pasando por su desarrollo laboral; b) enfrentar las desigualdades no naturales tales como los recursos monetarios y de poder en donde se necesitan políticas públicas redistributivas y; c) dar seguimiento tanto a las problemáticas como a las intervenciones estatales de



manera abierta, que permita a la sociedad civil, participar de manera organizada con el gobierno para alcanzar los máximos beneficios (OMS, 2005).

La CDSS muestra la gran complejidad que deben enfrentar las políticas públicas para asegurar el bienestar de los individuos. El concentrarse únicamente en ampliar coberturas sanitarias no basta para garantizar el derecho humano a la salud. En la búsqueda del bienestar, la ONU propuso una forma de medir a nivel internacional el desarrollo de las personas.

Resulta evidente la importancia que la OMS detenta en los Estados y las políticas públicas que estos implementan. La articulación por parte de los estados con miras de dotar a sus ciudadanos de una mayor esperanza y calidad de vida pretende desarrollar sus capacidades y fomentar el ejercicio de sus derechos, en específico el de la sanidad. Para la OMS la salubridad es un derecho de cualquier ciudadano, en este sentido, debemos conocer el cómo se alcanzó dicho estatus.

Previamente, se habló del nacimiento de la OMS, sin embargo, este organismo fue impulsado por la normatividad internacional tendiente a reconocimiento de los derechos humanos. El derecho a la sanidad debe percibirse como un logro social obtenido por las demandas ciudadanas al Estado. Todo esto hace necesario mostrar la evolución de estas garantías, así como, la relación de estos con la salud y el bienestar de la sociedad.

Anterior a la conceptualización de la salubridad como derecho, los organismos supranacionales se enfocaban a curar los padecimientos, por lo que los gobiernos encaminaban sus esfuerzos en un simple tratamiento curativo mediante donativos de personas de manera altruista. Es a partir de que se percibe a la salud como una potestad, que se ha pasado de una acción curativa a una prevención de las enfermedades, en este punto, se precisa acotar lo que esta justicia considera. Internacionalmente, uno de los primeros instrumentos se encuentra en la Declaración Universal de los Derechos Humanos [DUDH] (1948). En la DUDH se establece un objetivo similar entre las naciones el que las instituciones y los individuos promuevan los derechos humanos, así como, las libertades que estos conllevan.



La génesis de los derechos sanitarios lo encontramos en el artículo 25 de la DUDH. Aquí se configura el derecho de los individuos a disfrutar de condiciones de vida con la que pueda desarrollar una alimentación apropiada, acceder a una vivienda adecuada y que esté en posibilidades de ser beneficiado por los servicios sociales que el gobierno brinda. Dentro de la calidad de vida se encuentra la sanidad como eje medular del bienestar del individuo, debido a que, de no disponer de un buen estado sanitario, no se tienen la probabilidad de desarrollarse en la sociedad (ONU, 1948). En este mismo articulado se considera una justicia de los trabajadores a contar con una seguridad en caso de enfermarse, de perder el empleo, de sufrir algún riesgo de trabajo que limiten la obtención de recursos monetarios, así mismo, garantizar una longevidad digna para aquellos que por su falta o disminución de salud merme sus medios de subsistencia (Montiel, 2004).

En términos generales, la DUDH solo menciona que las personas deben disfrutar de un estado de salud, sin que se establecieran los límites o la manera en la que este derecho debería ejercerse. Se podría pensar, por lo tanto, que la DUDH es el punto de partida para la generación de instrumentos internacionales para llenar estos vacíos. Uno de los documentos es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Aquí se establece en el artículo 12, el reconocimiento de los Estados miembros a reconocer el derecho de los individuos a gozar de una salud mental y física (ONU: Asamblea General, 1966). Esta garantía insta la obligatoriedad de los países miembros a procurar el más alto nivel de salud posible. En este orden de ideas, el párrafo segundo también obliga a los Estados asociados a realizar una serie de pasos para garantizar la salud: reducir la mortalidad infantil y la mortinatalidad³; incrementar la higiene en el área de trabajo y buscar un medio ambiente saludable; atender las enfermedades que se desarrollen en el país y promover la prevención de estas y establecer los medios que permitan el acceso a los servicios sanitarios a todos los ciudadanos.

Aun y cuando el PIDESC trató de ir más allá de lo que la DUDH, aun no se cuenta con la profundidad suficiente del derecho sanitario, dado que, se omite el cómo se debería

³ Se trata de la muerte producida antes del parto y hasta la semana 22 posteriores al alumbramiento.



articular esta garantía. Es hasta que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales generó la observación general número 14 (2000), en la que se precisaron los conceptos anteriormente descritos, con el fin de clarificar el alcance, características e implicaciones derivadas del Derecho a la Salud, convirtiéndose en los parámetros a seguir por los Estados miembros.

La primera de las precisiones se da por la confusión que hasta ese momento existía. Hasta ese momento se pensaba que el derecho a la salud era similar a ser saludable. En palabras del comité: “El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos” (ONU Consejo Económico y Social, 2000, p. 3); en las libertades se destacan la de controlar la salud y el cuerpo. Así mismo, los derechos destacan el no ser sometido a torturas y experimentos médicos no consensuales. En resumen, un sistema sanitario que proteja la salud deberá aportar igualdad de oportunidades a las personas, a fin de que, estas puedan beneficiarse del nivel sanitario más alto posible (ONU Consejo Económico y Social, 2000).

Aunado a lo anterior, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el párrafo 9 de la observación general número 14, clarifica otro concepto que había quedado ambiguo: “más alto nivel posible de salud”⁴. Esta magnitud de salubridad resulta obtusa debido a que se deben considerar factores biológicos y socioeconómicos de las personas, así como, los recursos con los que cuenta el Estado. Pero en términos generales debemos considerar que ningún país tiene la capacidad de brindar amparo contra la totalidad de los distintos agentes que pudiesen generar una mala salud (ONU Consejo Económico y Social, 2000).

Autores como Lucía Montiel (2004), menciona que el derecho a la salud debe analizar un gran número de piezas, sin embargo, la selección de estos componentes es opaca, lo que genera confusiones haciendo difícil alcanzar este derecho. Lucía profundiza más al considerar que la elección de los elementos puede conllevar a que los Estados vulneren dicha garantía intencionalmente o por omisión.

⁴ Se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)



Los componentes a los que Montiel guardan cierta similitud con los que plasma el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su párrafo 12. Aquí se describen los elementos en los diferentes niveles dependiendo de cada Estado, siendo estos: a) Disponibilidad, se alude al número de instalaciones físicas y humanas suficientes para atender las necesidades sanitarias, b) Accesibilidad, se refiere a la capacidad de los demandantes de servicios sanitarios a las instalaciones y servicios sanitarios sin ninguna limitante. c) Aceptabilidad, considera que en las instalaciones físicas los demandantes deberán recibir un trato justo y respetuoso sin perjuicio de sus creencias o etnia y d) Calidad, considera que tanto las instalaciones como el personal médico deben contar con los servicios que les permitan desempeñar sus labores bajo los más altos estándares (ONU Consejo Económico y Social, 2000).

La anuencia internacional va encaminada en todo momento a reconocer la importancia de la sanidad de los individuos, a gozar de un estado físico y mental adecuados, para que puedan desarrollarse plenamente en el interior de la sociedad. Sin embargo, no basta con que la gente no tenga una enfermedad para considerar que las políticas en salud inciden positivamente en el bienestar de las personas. Se necesitan accesos a servicio de calidad, con personal capacitado y con los instrumentos suficientes para cuidar y promover la salubridad.

Hablando en específico de los organismos encargados de la salud en primera instancia encontramos a la OMS. Sin embargo, resulta evidente que este no cuenta con la capacidad suficiente para identificar y combatir de manera más efectiva las problemáticas regionales. Una de las preocupaciones principales en materia de salud es la detección e incidencia directa en los determinantes sociales de la salud en las distintas regiones del mundo. Estas premisas son en las que se sustenta la conformación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyo propósito es el mejoramiento de la salud en los habitantes de la región de las Américas, pasando este fin en el Plan Estratégico del 2014-2019, bajo el nombre en pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad (PE) (OPS, 2017).



En este plan se apuesta a la búsqueda de una vida sana y el bienestar, mediante el esfuerzo de los Estados para reducir las disparidades sanitarias presentes en la región de América Latina. El PE muestra concordancia con las problemáticas detectadas por la CDSS y sus recomendaciones, donde se busca generar una visión multisectorial cuyo principal eje rector sea la inclusión de la salud en cada una de las políticas que se pretenden implementar (OPS, 2017).

La OPS aspira estimular a los Estados para articular políticas de salubridad universal, que permita a sus ciudadanos gozar de estas funciones sin importar su situación económica. Esta universalidad sanitaria deberá considerar tanto el acceso a los servicios sanitarios, al igual que, a la cobertura de salud por todos los individuos de la sociedad. El impulso de ambos puntos traerá como consecuencia un control más eficiente de las afecciones transmisibles, del mismo modo que, la reducción de padecimientos de enfermedades crónicas y degenerativas (OPS, 2017).

Resulta evidente el fomento al desarrollo regional basado en el acceso a la salud y a la cobertura de los beneficiarios a mayores intervenciones sanitarias. La OPS sentó las bases para que Estados como México comenzaran a implementar políticas cuya finalidad sea dotar de sanidad a toda la población, independientemente de su situación laboral.

Otro de los planes impulsados por organismos supranacionales es propuesto por la OPS. Este órgano asume una serie de obligaciones para el desarrollo sostenible en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030). La ASSA2030 recupera los temas inconclusos de los ODM y de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. En la ASSA2030 se estipulan compromisos encaminados al logro de 1.- El derecho al goce máximo de salud; 2.- La solidaridad panamericana; 3.- La equidad en la salud; 4.- La universalidad y; 5.- La inclusión social. En resumen, la agenda pretende que los países miembros puedan alcanzar un desarrollo sostenible para que no se deje a nadie atrás en materia de salud (OPS, 2017).

A la par de las investigaciones llevadas a cabo por la CDSS, la ONU promovió en el 2000 los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) en los que se busca cumplir con 8 objetivos: mitigación de la pobreza, lograr una educación básica en la población, por



nombrar algunos. En específico, en el rubro sanitario los ODM buscaron frenar la propagación del VIH, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.

Al interior de los ODM se puede encontrar el objetivo 1 denominado: “erradicar la pobreza extrema y el hambre”. En específico la meta tercera plantea reducir el hambre a la mitad. Aquí se busca aumentar el consumo proteico en los infantes menores a 5 años. Estos objetivos buscan mejorar las condiciones de vida en diversos aspectos que buscan desarrollar las capacidades de los miembros de la sociedad (CEPAL, 2023).

El último de los planes internacionales es la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe. Esta agenda fue firmada en el 2015 bajo el nombre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), consta de 17 objetivos y 169 metas, el objetivo número 3 habla de la salud y el bienestar. El objetivo tercero consta de 12 metas, para los fines de esta investigación se hacen hincapié en la 3.2 donde se busca la reducción de la mortalidad infantil; la 3.8 maneja la cobertura de los servicios sanitarios y, por último, la meta 3.c busca incrementar el personal sanitario. Estos objetivos han marcado las políticas nacionales en América Latina y México (CEPAL, 2023).

Se requiere dar una visión de la salud y la relación que esta tiene con los problemas económico de la región. La problemática causada por la crisis económica de los 80 en América Latina, orillaron a estos Estados a solicitar un conjunto de préstamos financieros para sanear sus finanzas. Esta “ayuda” de organismos supranacionales se convirtió en la puerta de entrada de una serie de cambios estructurales, económicos, políticos y de salud.

En América Latina a partir de la crisis de pago de la deuda externa de la década de los ochenta, se inició una serie de reformas al sector sanitario que formaron parte de las políticas encaminadas a modernizar los Estados, dichas transformaciones se impulsaron por organismos supranacionales como una condicionante para otorgar los créditos suficientes para hacer frente a las deudas contraídas por los diferentes países. Es en este contexto se enfatiza la protección financiera como principal impulsor del acceso a la salud en Latinoamérica (Uribe y Abrantes, 2013).

Es en esta coyuntura que el Banco Mundial (BM) mostró un interés en la sanidad de América Latina realizando en 1987 un informe titulado: El financiamiento de los



servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Aquí se categorizan las diferentes utilidades que se pueden obtener de la atención sanitaria privada y pública. El BM define la atención privada como aquella en la que los beneficios a la salud son únicamente para la persona que los reciben⁵, se puede decir que este tipo de atenciones es considerado como curativa. Por otro lado, la atención de salud pública es aquella en la que todos los miembros de la sociedad se ven beneficiados por su aplicación⁶, este tipo de atención es considerado de tipo preventiva (World Bank, 1987).

Del mismo modo, este informe menciona las problemáticas que los sistemas sanitarios deberán enfrentarse: 1) Asignación: montos asignados insuficientes para las labores de salubridad y erogaciones ineficaces con relación a sus costos; 2) Ineficiencia interna de los programas públicos y; 3) Distribución inequitativa de los resultados positivos obtenidos por servicios sanitarios. La problemática de asignación sostiene que el simple uso de recursos públicos no será suficiente para financiar las actividades mínimas de salud en un contexto universal. En este mismo tenor, la complicación de la ineficiencia señalada por el BM establece que los gastos en actividades de salud como la compra de medicamentos y mantenimiento genera ineficiencias en la impartición de salud. Por último, en el problema de la desigualdad en la repartición de los beneficios en salud, el BM señala que el acceso a la salud es muy distinto entre las personas con ingresos superiores que pueden acceder a servicios de salud privados y aquellas que tienen bajos recursos y deben acudir a los servicios gubernamentales ineficientes (World Bank, 1987).

Con las premisas anteriormente señaladas, el BM fija una postura con relación a las políticas públicas que los países en vías de desarrollo deberán implementar. El BM genera una serie de propuestas que giran en torno de cuatro ejes principales: el primero se trata del cobro de aranceles a los usuarios; bajo esta idea los gravámenes cobrados ayudarían a los gobiernos a hacerse llegar de medios financieros que podrían emplearse en programas a los que actualmente no se les aplican los recursos suficientes. Esto traería

⁵ Un ejemplo de esto sería una aspirina tomada para calmar el dolor de cabeza.

⁶ Un ejemplo de esto sería la fumigación en la que toda la sociedad se beneficia.



como resultado una mejorara en la calidad, una mayor eficiencia y un mayor acceso a los servicios de salud (World Bank, 1987).

El eje segundo propuesto por el BM (1987) se denomina como “provisión de seguro u otra protección frente a riesgos” (p. 701). Esta recomendación del BM considera la creación de un seguro para la salud con el fin de mover recursos públicos al sector salud para así proteger a las familias de las posibles pérdidas financieras que las enfermedades pudiesen causar debido a sus altos costos de tratamiento. El eje tercero es el “empleo eficiente de los recursos no gubernamentales” (p. 702). En este eje, el BM pretende fomentar al sector privado como las asociaciones sin fines de lucro, los médicos privados, las farmacéuticas, etc.; con el fin de que sean estos los que amplíen la oferta de servicios de salud, esta acción traería consigo una reducción en los costos al punto en el que los demandantes estén dispuestos a pagar para hacer uso de estos servicios. El eje cuarto se enfoca en la “Descentralización de los servicios de salud gubernamentales” (p. 703). En esta recomendación el BM busca dotar a los institutos subnacionales de autonomía, con esta autonomía los institutos subnacionales nacientes estarían en capacidad de recaudar los recursos de las cuotas cobradas a los usuarios, los que se verán reflejados en una mayor modernización de los sistemas, así como, un empleo eficiente de los recursos públicos.

Esta propuesta del BM buscaba implementarse juntamente con otras iniciativas a finales de los años setenta por instituciones como la Fundación Rockefeller. Esta fundación sostenía que la salud debía darse por medio de la atención primaria selectiva a fin de concentrar la salud a los grupos de alto riesgo que pudieran generar mayores problemáticas sociales. Este punto de vista resulta contrario al propuesto por Alma Ata en 1978 quien se enfocaba más en un modelo de salud integral (Uribe y Abrantes, 2013).

Durante la década de los ochenta los Estados latinoamericanos comenzaron a implementar las recomendaciones del BM, dándoles acceso a los créditos necesarios para sanear sus finanzas. Estas recomendaciones harían cambios estructurales importantes en la salud latinoamericana tendientes a dos vertientes principales: el fomento de la iniciativa privada como oferente de servicios de salud y a la descentralización de los



servicios de salud del sector gubernamental; todo esto bajo la excusa de modernización y eficiencia en la salud.

Podemos considerar que la evolución de la salud como un derecho ha sufrido una serie de modificaciones que han venido ampliando la conceptualización de la sanidad. Sin embargo, la salud es una interacción entre diversos factores, sociales, culturales, políticos y económicos haciendo más complejo el instaurar políticas sanitarias.

Aunado a lo anterior, los organismos internacionales han venido influyendo en las naciones respecto a cómo deben brindarse los servicios sanitarios y llegando al punto de proponer las directrices financieras de los sistemas de salud. Todo esto con la finalidad de dotar a la población del derecho a la salud.

Todo lo anterior requiere de una medición capaz de establecer de forma cuantitativa los avances en el bienestar sanitario que se obtiene por la implementación de los programas públicos. Es en este punto que se adopta el Índice de Desarrollo Humano, mismo que será abordado en el numeral siguiente.

1.1.1.- La medición del bienestar en salud.

A lo largo de los años, la salud comenzó a tomar relevancia para los organismos internacionales y al interior de los países, llegando a considerarse un derecho de los individuos trayendo consigo un problema: ¿cómo cuantificar los avances en el desarrollo de la población? Para el año de 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), propone una métrica para el desarrollo humano entre las diferentes naciones: el Índice de Desarrollo Humano (IDH) con el objeto de generar una parametrización de esta. En este sentido, el PNUD considera al desarrollo humano como un procedimiento mediante el cual se dan opciones a los sujetos para que cuenten con mayores oportunidades para alcanzar una vida productiva (PNUD, 1990).

El PNUD considera que la manera más exacta para medir el desarrollo humano debería incluir un gran número de variables, a fin de ampliar la visión de los analistas, sin embargo, en la década de los 90 no existían datos estadísticos comparables entre los



Estados que lo permitiese. A fin de simplificar las mediciones y la comparabilidad entre naciones, este organismo propone el uso de tres variables básicas: la longevidad, los niveles de vida dignos y el grado de conocimiento (PNUD, 1990).

Se pretendió instaurar indicadores simples, por lo que la longevidad se obtiene por medio de la esperanza de vida al nacer. Aquí se busca ponderar la valía que los individuos le asignan a un largo y buen vivir, de manera intrínseca este indicador conlleva una buena salud y un nivel de nutrimentos adecuados, que permita prolongar sus años de vida (PNUD, 1990).

El segundo indicador del desarrollo es el grado de conocimiento, el cual se conoce mediante el alfabetismo. Este índice mide llanamente el acceso de los individuos a la educación, debido a que un sujeto educado es capaz de desenvolverse adecuadamente en el mercado laboral, al tiempo que el aprender a leer y escribir permite a cualquier individuo hacerse llegar de mayores conocimientos y desarrollar sus potenciales (PNUD, 1990).

El último de los componentes se refiere a los niveles de vida dignos, su determinación conlleva una gran complejidad en su cálculo, puesto que requiere determinar el acceso a la tierra, dado que, es aquí donde se puede generar la riqueza. El crédito pretende cuantificar la facilidad para la obtención de un financiamiento para desarrollarse; así como el recurso monetario, por señalar algunos. Pese a que no se cuenta con el suficiente conocimiento de estos indicadores el PNUD opta por emplear el indicador de fondos. El indicativo de ingreso del que se tiene más información es el ingreso per cápita. Sin embargo, este índice limita la comparabilidad entre naciones, debido a diversas anomalías como las tasas de cambio, las tasas impositivas; por nombrar algunas. Estas limitaciones pueden servir para los fines comparativos que se pretenden usando las cifras reales del PIB per cápita ajustado al poder adquisitivo. Este ajuste, permite aproximar la comparación del poder adquisitivo y así medir la cantidad monetaria necesaria para adquirir los bienes que le permitan obtener un nivel de vida decente (PNUD, 1990).



El IDH presenta ciertas limitaciones, puesto que no es capaz de englobar robustamente aquellos indicadores que muestren una expansión de forma analítica. Sin embargo, permite establecer un parámetro de comparación entre los diferentes estados a lo largo de los años respecto al desarrollo humano alcanzado. Podemos apreciar la importancia que tiene la salubridad para el progreso de la sociedad y de cómo los organismos supranacionales han impulsado las ideas del bienestar, no solo como una simple ampliación financiera. La salud funge como la bisagra que conecta al desarrollo personal de los individuos y el crecimiento económico; debido a que, no se puede generar el máximo potencial de las personas si estas no cuentan con un estado de sanidad bueno.

1.2.- Los determinantes sociales de la salud.

Se hace necesario establecer ¿qué es un estudio en materia sanitaria? El Foro mundial para la investigación en salud da respuesta a este cuestionamiento estableciéndola como la acción realizada por cualquier campo de estudio, en la que se pretenda: a) entender el impacto en la salud de las políticas, los programas, las acciones o los eventos originados en cualquier sector y abarcando los determinantes de la salud; b) dar apoyo al desarrollo de intervenciones que ayuden a prevenir o mitigar los efectos de estas, y c) contribuir al objetivo de la equidad y mejoras sanitarias para todas las personas (Burke y Matlin, 2008).

Una de las conclusiones principales del estudio fue la desigual. Esta se ha convertido en uno de los principales tópicos en las pesquisas ciencias sanitarias. La disparidad desde una perspectiva de salubridad se genera por una distribución de los determinantes sociales de la salud lo que conlleva a generar las desigualdades en salud (Graham, 2004). Con la finalidad de tener la capacidad de intervenir en las desigualdades se requiere tener unas bases empíricas suficientes relativas a los determinantes sociales y así como de la morfología que esta conceptualización ha sufrido a lo largo de los años, junto con el conocimiento del engranaje que crean y duplican las desigualdades en salud y sobre las intervenciones para reducirlas. La evidencia empírica estará influida por otro



tipo de circunstancias tales como la cultura, la historia o la política que son únicas para cada grupo social en un país determinado. Se hace necesario conocer los distintos enfoques multidisciplinarios y las distintas metodologías que cada uno de los mismos emplea para responder esta problemática (Kelly et al., 2007).

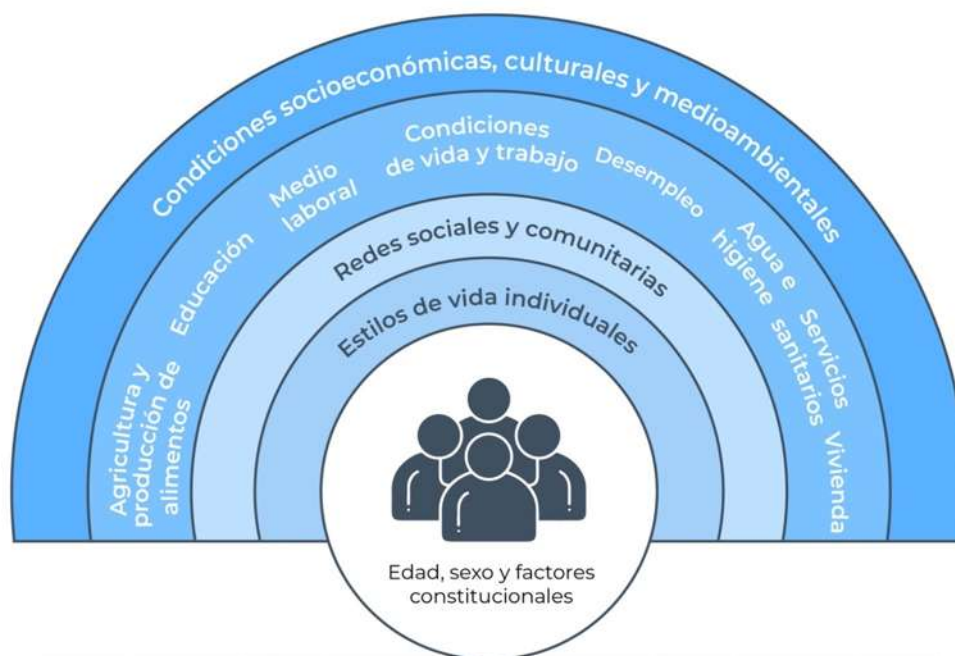
1.3.- Marcos conceptuales

Existen diversas visiones relacionadas con la conceptualización de la sanidad de los individuos. El siguiente apartado muestra los distintos marcos conceptuales mediante los que se abordan las investigaciones entorno de las desigualdades en salud, y de cómo estas limitan el desarrollo de los miembros de la sociedad. Se requiere conocer los mecanismos y los procesos causales que intervienen en cada uno de ellos. A continuación, se presentarán cuatro modelos conceptuales:

1.3.1.- Modelo de Dalghren y Whitehead.

En primer, lugar se analiza el modelo de Dalghren y Whitehead (1991). Esta visión es la más usada a nivel mundial y busca establecer una métrica de los determinantes sociales de la salud. Se pueden encontrar a los determinantes de la salud mediante capas concéntricas, que parten desde la percepción de determinantes estructurales (capa externa), hasta llegar a la capa de estilos de vida individuales (capa interna). En el centro del modelo se encuentran las características de los individuos que no son susceptibles de modificarse, tales como la edad, el sexo o los factores constitucionales. Por su uso tan generalizado se ha empleado en diversos Estados para el diseño de políticas de salud y poder incidir positivamente en la salud de la ciudadanía (Borrell y Malmusi, 2010).

Figura 3. Determinantes de la salud de Dalghren y Whitehead



Fuente: Elaboración propia con base en Borrell y Malmusi (2010)

1.3.2.- Modelo de Solar e Irwin.

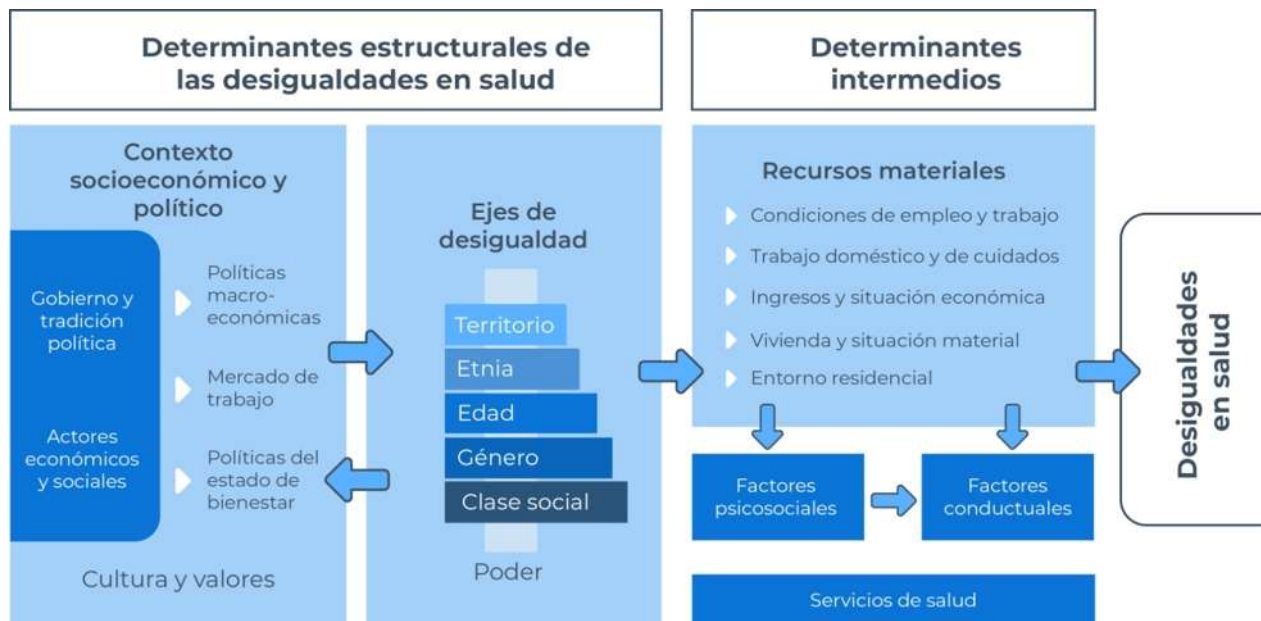
En segundo lugar, se presenta el modelo de Besel que ha adoptado la Comisión para Reducirlas Desigualdades en Salud en España (CRDSSE, 2015). Se toma como punto de partida la modelación realizada por Solar e Irwin que fungen como guía para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (Solar y Irwin, 2010). La estructura de este modelo es la siguiente:

- 1) El contexto socioeconómico y político: se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella.
- 2) La estructura social: incluye los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad, como son: la clase social, el género, la edad, la etnia o raza y el territorio.



3) Los determinantes intermedios: la estructura social determina desigualdades en los recursos materiales, que a su vez influyen en procesos psicosociales y conductas, los cuales determinan las desigualdades en salud.

Figura 4. Modelo de los Determinantes Sociales en Salud de Solar e Irwin.



Fuente: Elaboración propia con base en Borrell y Malmusi (2010).

1.3.3.- Modelos de Arber y modelo de Sen y Östlin.

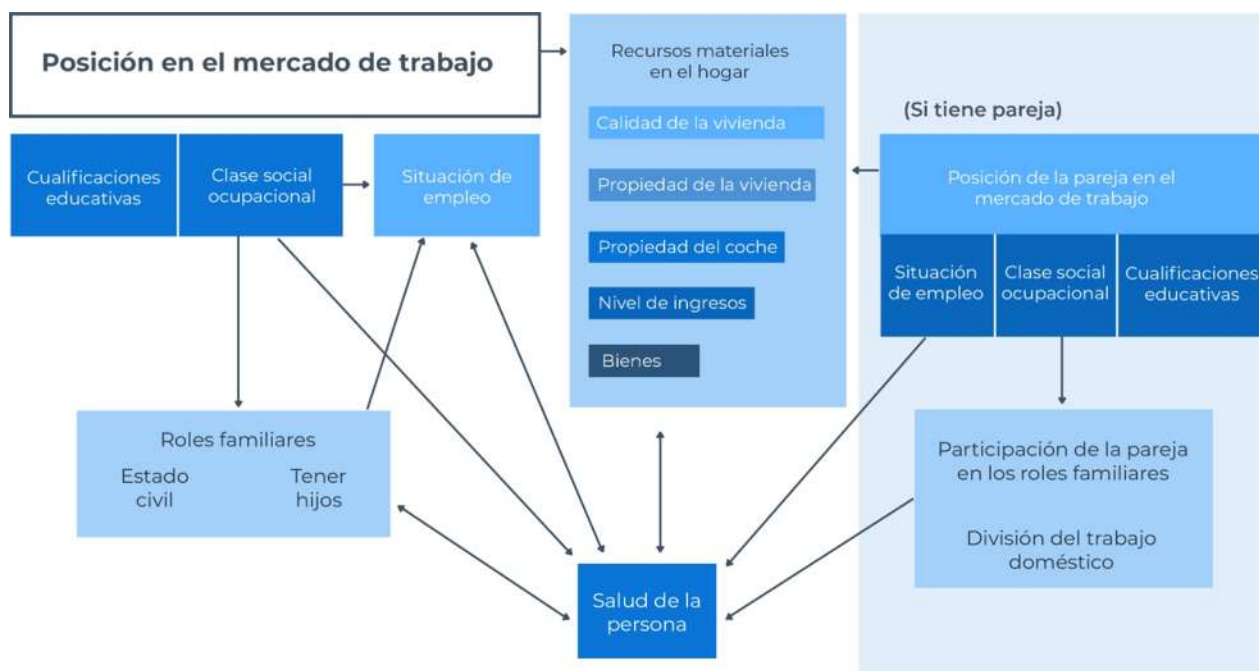
Existen otras modelaciones que permiten otras visiones de las desigualdades. Uno de estos es el propuesto por Krieger (2008), en el cual, se inserta una nueva conceptualización llamada “incorporación” (*embodiment*). Este nuevo concepto muestra una visión biológica de los individuos en la sociedad desde el momento de su gestación hasta su deceso.

Bajo esta idea modelos como los propuestos por Arber y Sara en 1997 aportan un nuevo campo de visión al considerar a las inequidades sanitarias según el género. Arber y Sara (1997) (Figura 5) detalla la incidencia de la condición laboral, los elementos materiales y el papel que desempeñan las mujeres en las familias y cómo estos afecta su



salud. En esta propuesta se incluye la condición laboral que goza su pareja y de la participación de este en las tareas domésticas al interior del hogar.

Figura 5. Factores que influyen en la salud de la mujer según Arber.



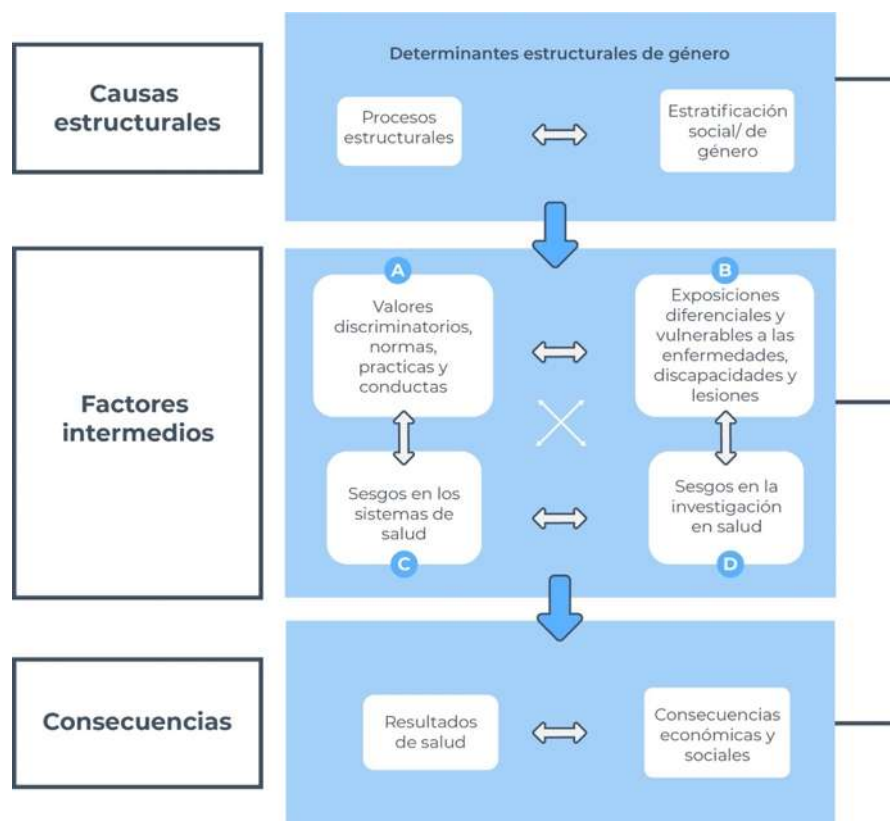
Fuente: Elaboración propia con base en Borrell y Malmusi (2010)

Por otro lado, el modelo propuesto por Sen y Östlin (2007) (Figura 6), va más adelante al considerar al género como responsable de estratificar a los individuos en las sociedades. Así mismo, considera que factores como las clases sociales, la ascendencia o descendencia, conforman a los determinantes estructurales de género. Los autores sostienen que estos no son los únicos causantes de estos determinantes, aquí convergen afectaciones a la mujer derivadas de su grado educativo, el abuso de estas en tareas del hogar y la falta de integración de estas en el interior de la sociedad que les permita influir en la toma de decisiones, todos estos por nombrar algunos. Esta propuesta tiene en cuenta causas intermedias que usualmente afectan al sexo femenino como lo es la discriminación, las discapacidades, las orientaciones de las políticas sanitarias y de



investigaciones al priorizar mayormente al sexo masculino. Lo que en su conjunto merma la salud de este género específico de la sociedad.

Figura 6. Rol del género como determinante Sen Östlin



Fuente: Elaboración propia con base en Borrell y Malmusi (2010)

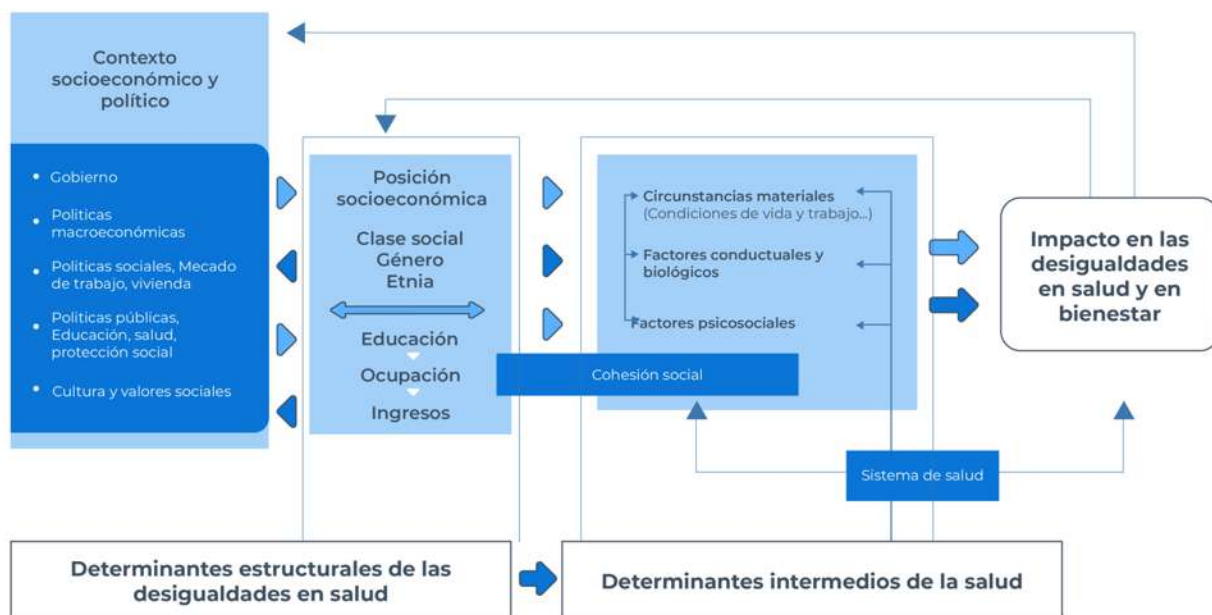
Estos modelos presentan diversas visiones de los determinantes sociales en salud, permitiendo considerar a la salubridad más allá de un simple estado de falta de salud, para cambiar a un análisis integral. La salud no es una simplificación sencilla, debido a que los factores externos e internos influyen en la salud de los individuos.

Así como la pobreza o el bienestar requieren una visión completa de las problemáticas alrededor de las que se debe actuar para mitigar sus efectos negativos. Del mismo modo, la salud no puede enfrentarse si no se analiza de una manera integral para estimular el que las personas puedan potencializar sus capacidades y su desarrollo integral.

1.3.4.- Modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Al hablar de desigualdades en materia de salud se referencia al medio por el cual se distribuyen tanto los padecimientos como la sanidad en un grupo social, presentado la manera en la que ambos se ven afectados por los determinantes sociales como la educación, el nivel de ingresos, el tipo de ocupación que se tiene, el grupo etnográfico, el lugar en el que se reside (rural o urbano) y las características con las que cuentan sus viviendas (Palomino et al., 2014). Este modelo interactúa de la siguiente manera:

Figura 7. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Elaboración propia con base en Solar e Irwin (2010, p. 6)

En este modelo se pueden apreciar tres grandes divisiones que muestran la complejidad que se tienen al tratar de explicar cómo son generadas las inequidades en salud que limitan alcanzar el bienestar social. En este sentido, se identifican tres mecanismos estratificados en salud:



- A. El contexto socioeconómico y político. Aquí se describen las estructuras sociales que influyen significativamente la estructura social. En este contexto se incluyen:
- a) El gobierno. Es el lugar donde se abordan las políticas económicas, políticas y sociales. Aquí se analizan las relaciones entre los distintos gremios sindicales, la corrupción, así como la transparencia, etc.
 - b) Las políticas macroeconómicas. Se trata de los diferentes caminos por medio de los que el Estado busca influir en la economía de la nación, tales como, la política fiscal o las regulaciones del mercado laboral, etc.
 - c) Políticas sociales. Se trata de políticas que pueden modificar al mercado de trabajo, mismas que inciden directamente en el Estado de Bienestar, la vivienda, etc.
 - d) Políticas públicas. Estas se refieren en específico a las políticas que inciden directamente a un tema en específico como la educación y la atención sanitaria.
 - e) La cultura y valores sociales. Se refiere a como se percibe socialmente la salud y al modelo empleado para la prestación de servicios de salud (Borrell y Artazcoz, 2008).
- B. Posición socioeconómica. En este punto se encuentran aquellos factores estructurales que generan una brecha sanitaria. Estos determinantes abordan las estructuras sociales tales como: el estrato social, el género, grupo étnico y el nivel socioeconómico que tienen cada uno de los miembros sociales en el país en el que habitan. Partiendo de la combinación de estos factores se pueden determinar las opciones para alcanzar una buena salud, lo cual hace evidente la existencia de desigualdades en salud. Estas desigualdades se dan por la capacidad de acceder a los recursos y las jerarquías sociales que existen; la forma en la que se combinan ambos factores tiene como efecto una disparidad entre las clases sociales, haciendo que los más privilegiados obtengan mejores servicios en salud (Marmot, 2007).
- C. Los determinantes intermedios. Estos se refieren a la conformación de la estructura de la sociedad que genera desequilibrios en los elementos intermediarios, que consecuentemente generarán disparidades en salud. Los factores intermediarios son:
- a) Circunstancias materiales. Estas se refieren a la categoría económica, las



condiciones de empleo, tipo de vivienda y el lugar de residencia. Según investigaciones de Lynch et al. (2000), concluyen que los procesos políticos y económicos pueden generar desigualdad en los ingresos que repercuten en la escolaridad, la atención médica, el bienestar social y las condiciones de trabajo; por lo que se requieren intervenciones gubernamentales que permitan una distribución más equitativa de los recursos para reducir las desigualdades en salud.

b) Las circunstancias psicosociales. De conformidad a Marmot y Wilkinson (2001), el lugar de trabajo el bajo apoyo social, la hostilidad, la depresión y la ansiedad inciden directamente con las enfermedades coronarias sufridas por los trabajadores.

c) Los factores conductuales y biológicos. Estos se refieren a los distintos estilos de vida que perjudican la salud.

d) El sistema de salud. Si bien los servicios de salud per se no son auxiliares en la mitigación de las desigualdades que un individuo o sus familias no pueda acceder a sus servicios, en especial a las familias menos favorecidas, tendrán como resultado una desigualdad en salud. Aunado a lo anterior, debemos considerar que los gastos que las familias hacen para la obtención de estos servicios pueden generar un efecto empobrecedor que agudiza la problemática sanitaria.

En concordancia con este modelo se han generado un gran número de investigaciones científicas de las desigualdades en salud, lo que conlleva a una excesiva cantidad de muertes y un gran número de personas que se enferman (mortalidad y morbilidad, respectivamente). Estas desigualdades en salud llevan efectos más negativos que las enfermedades en sí y estas pueden percibirse en los países más igualitarios y en aquellos que cuentan con ingresos altos; sin embargo, al contar con más ventajas en la sociedad, traerán como resultado una mayor esperanza de vida y mejores niveles de salud (Bernach, 1997).

Por otro lado, investigaciones científicas sostienen que las desigualdades en salud pueden atenuarse en los Estados siempre que en los mismos se hagan políticas públicas



sociales y sanitarias que se adecuen a los entornos políticos y sociales de cada país (Whitehead y Dahlgren, 2006).

Este modelo presenta una propuesta multifactorial que permite a los hacedores de políticas a considerar diversas aristas para acabar con las inequidades sanitarias que causan más efectos nocivos que las enfermedades.

1.4.- Los sistemas de salud

Tanto la salud como la enfermedad son conceptos que se utilizan frecuentemente, pero que cada persona, grupo o sector le asigna un significado diferente. Estos contrastes conceptuales son el resultado de las distintas experiencias y formas de apreciar al mundo. Los conocimientos que cada sociedad posee relativos a la realidad y la salud-enfermedad resultan fundamentales, debido a que es a partir de éstos que se modelan las respuestas sociales, las estrategias y las prácticas de intervención de un sistema de salud (Granada, 1992).

Actualmente la conceptualización más significativa en la que se han erguido diversos sistemas de salud es aquella que en sus inicios se planteó la Organización Mundial de la Salud (1948), donde considera que la salud “no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad” (p. 1). Navarro (1998), considera que la anterior definición genera un gran progreso al considerar que la salud no solo es un fenómeno somático (biológico) y psicológico puesto que incide en aspectos sociales como lo son la producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, por citar algunas. Lo anterior dio pie a movilizaciones políticas internacionales.

Si bien esta nueva conceptualización resulta progresista, a la par se hace ambigua por la falta de precisión de los conceptos físico, mental y social, pudiendo propiciar una formulación inalcanzable del bienestar, debido a que la OMS no enmarca este concepto, además de que no reconoce el carácter sociohistórico al plantearlo como universal (Verdugo et al., 2002).



Por lo anterior es necesario generar un análisis de las diferentes teorías que permitan la construcción de un sistema universal de servicios de salud. Armando Arredondo (1992) sostiene que: “el ejercicio de la medicina está estrechamente relacionado con la manera de abordar la realidad y con la aplicación del conocimiento científico” (p. 254). Por otro lado, Terrist (1975) parte de la idea de que no es posible separar la salud y la enfermedad, por lo que esta relación puede describirse más como un continuo que posee distintos niveles de equilibrio, que como un distanciamiento o separación de la salud y la enfermedad.

En este sentido, Arredondo (1992) plantea un análisis partiendo de once diferentes modelos teóricos que abordan el estudio del proceso salud-enfermedad, con un punto de vista ecléctico con ayuda de diferentes disciplinas, siendo estos:

1. **Modelo mágico-religioso.** En este modelo la enfermedad es resultado de intervenciones espirituales, las cuales se pueden considerar como un castigo divino. Estos espíritus (benignos y malignos), tienen efectos importantes en la salud o enfermedad de un individuo o sociedad. Tiene como desventaja el limitar al conocimiento científico, haciendo al hombre un ser receptivo y pasivo al estado de enfermedad como un castigo. Este modelo se percibe en distintos grupos sociales, y si bien es cierto se presenta principalmente en las sociedades primitivas, en la actualidad aún se pueden percibir algunos esbozos de esta creencia (Piña, 1990).
2. **Modelo sanitarista.** Este modelo percibe la salud-enfermedad basada en las condiciones de insalubridad en las que se desenvuelve el individuo, por lo que las condiciones medioambientales son el principal determinante de la salud o enfermedad en la sociedad. Su desventaja es que no considera a la sociedad como un promotor de estas condiciones insalubres. El modelo se desarrolla principalmente en la revolución industrial en Europa y la evolución industrial en las colonias (Piña, 1990).
3. **Modelo Social.** Este modelo analiza la salud-enfermedad desde las condiciones de trabajo y de vida de las personas. Este estudio considera nuevas variables como el estilo de vida, factores ambientales y del agente. Privilegiando los elementos



sociales como principal detonante para explicar los demás factores. Su mayor limitación está en lo complejo que resulta analizar la problemática de las relaciones sociales. Los representantes de este modelo son Peter Frank, Rudolph Virchow y Ramazzini, del siglo XIX (Piña, 1990).

4. **Modelo unicausal.** Este modelo analiza la salud-enfermedad como respuesta de factores exógenos, por lo que el causante principal es el agente biológico quien hace que se pierda la salud del individuo. Este modelo fomentó investigaciones de fármacos como medidas de control a fin de dar un tratamiento individual a cada enfermo. Su principal limitación es que no explica porque un mismo agente no siempre detona una misma enfermedad. Este modelo se presenta durante la segunda mitad del siglo XIX y hasta principios del siglo XX; impulsado principalmente por los estudios y alcances de Luis Pasteur y Koch (Pasteur, 1946).
5. **Modelo Multicausal.** El modelo percibe la salud-enfermedad mediante la influencia al unísono de factores que corresponden al agente, el ambiente y el huésped⁷, son estos factores los que determinan la salud de individuo. Este modelo permite encontrar más de un factor, a fin de actuar sobre ellos y prevenir sus efectos adversos. Su limitante se encuentra en que no determina cuál de los factores inciden mayormente en la falta de salud. Este modelo se desarrolló durante la segunda mitad del siglo XX, sus principales promotores fueron Leavell y Clark al proponer el uso de la “historia natural de la enfermedad” (Leavell y Clark, 1953; Noble, 1988).
6. **Modelo epidemiológico.** Este modelo estudia la salud enfermedad de una manera multicausal introduciendo una red de causalidades, en la que el principal elemento consiste en identificar los factores de riesgo, esto constituye la principal ventaja de este modelo. Su limitante es la asignación de valores a los factores de riesgo, ya que, este depende del tamaño y la distancia de los efectos que propicie en la red

⁷ Agente: Se refiere al causante de la enfermedad, pudiendo ser este cualquiera actividad, situación, microorganismo o sustancia capaz de incidir en el organismo. El Huésped se refiere al ser humano capaz de contagiarse con alguna enfermedad. Ambiente Se refiere al universo externo al individuo que lo rodea, interactuando con el tanto de manera positiva como negativa.



de causalidades. Este modelo surge en la década de los 60's teniendo como representantes a MacMahon y Pugh (1975).

7. **Modelo Ecológico.** Este modelo analiza la salud-enfermedad como la interacción entre el agente-huésped-ambiente, en el que se encuentran las relaciones como los factores causales entre ellos y las relaciones directas con los efectos. Su principal limitación está en que no se explica el origen de los distintos perfiles de salud-enfermedad. Su principal promotor es Susser (1972).
8. **Modelo histórico-social.** El análisis de la salud-enfermedad propone la existencia de diferentes perfiles para cada grupo social. Se proponen cinco variables para el estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción. La principal aportación se da al incorporar la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, se proponen algunas categorías de análisis y a la par que cuestionan la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad dejando intactas las relaciones de explotación. Surge en la década de los 70's y sus principales representantes son Berlinguer, Laurell y Breilh (Breilh y Granada, 1988; Laurell, 1985; Bloch, 1985; Laurell y Noriega, 1987; Martins, Alvarenga, Siqueira, Szarjara, y Lima, 1987; Ciari y Siqueira, 1976).
9. **Modelo geográfico.** Este modelo considera la enfermedad como resultado de la interacción de factores patológicos y propios del ambiente geográfico. Considera al ambiente geográfico como principal factor del proceso salud-enfermedad, dándole una menor relevancia a los factores sociales. Este modelo se generó en los años 50's y está representado por Jaques May y Voronov (May, 1977).
10. **Modelo económico.** Este modelo considera al capital humano como factor determinante de la salud-enfermedad, establece que la salud puede ser un bien de inversión y de consumo. En este sentido el ingreso, los patrones de consumo, el estilo de vida, nivel educativo y riesgos ocupacionales son los factores determinantes de la salud. Su limitación reside en que se analiza la salud solo como un factor económico, en el que se expresa que el individuo tiene una racionalidad



en sus decisiones. Esta se generó a la par que la economía de la salud (1970-1980); sus principales autores son Anne Mills, Gilson y Mushkin (Mills y Gilson, 1988; Mushkin, 1962).

11. **Modelo interdisciplinario.** Este modelo percibe la salud-enfermedad, en un nivel individual, así como, a nivel colectivo. La salud es el resultado de la interacción de distintos factores, los cuales son investigados de manera interdisciplinaria, estos operan jerárquicamente en distintos niveles de determinación. Este método propone determinantes básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etcétera), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismos de redistribución de la riqueza, etcétera), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud), y a nivel individual. El modelo surge en la década de 1990, sus principales representantes son Julio Frenk, y Pedro Luis Castellanos (Frenk et al., 1991; Arredondo, 1992).

Una vez visto lo anterior, se aprecian distintas teorías en cuanto a los sistemas de salud, como las que priorizan al factor económico, o las que ponderan lo social, o hasta las que consideran los medicamentos como camino hacia la salud. Sin embargo, en palabras de Laurell (1976), la medicina no ha logrado resolver ni teórica ni prácticamente los principales problemas de salud, aun cuando la inversión ha aumentado de forma considerable.

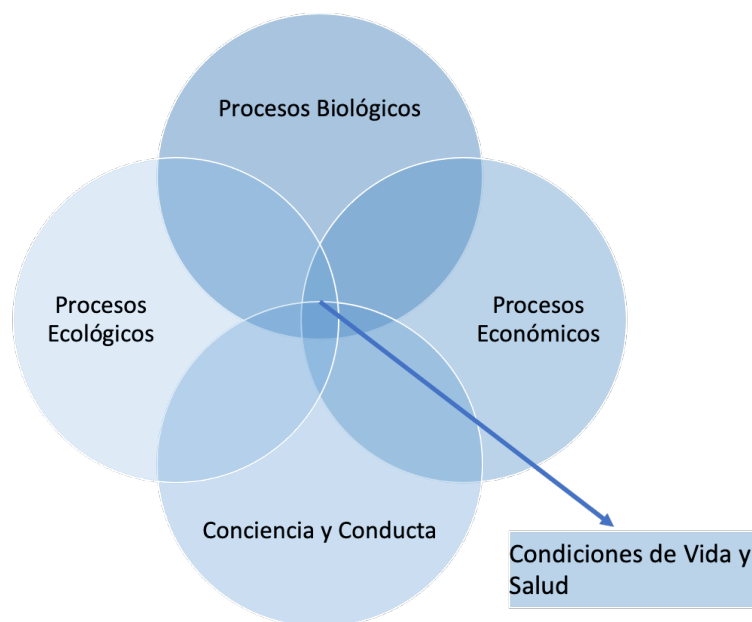
En el centro de las discusiones relacionadas a la salud-enfermedad se encuentra en identificar si el problema es predominantemente biológico o social. Aquí se discute si la búsqueda de la salud debe realizarse desde el plano individual o colectivo (Hernández, 2007).

Tratando de resolver esta discusión Castellanos plantea la reproducción social como una categoría para comprender la salud-enfermedad. Esta propuesta establece cuatro dimensiones: los procesos predominantemente biológicos, los procesos predominantemente ecológicos, los procesos predominantemente psicológicos y culturales, y los procesos económicos. Estas dimensiones muestran procesos conflictivos,



favorables o desfavorables a la existencia y realización de los proyectos de la sociedad, sus grupos e individuos (Hernández, 2007). La interacción de estos procesos hace posible la persistencia, deterioro, avance y transformación de las sociedades y grupos, por lo que la situación de salud resultante de estos procesos pueden mejorarla o perjudicarla, con relación a las modificaciones que se den en las dimensiones de la reproducción social. En la práctica, estos procesos deben constituir ámbitos de acción de la salud pública y de los sistemas de salud (Castellanos, 1998).

Figura 8. Determinación de las dimensiones de la reproducción social de las condiciones de vida y salud.



Fuente: Elaboración propia con base en Castellanos (1998).

En la actualidad, se perciben una serie de reformas a los sistemas de salud. Las corrientes economicistas de la salud buscan dar el tratamiento al sector salud como un gran mercado, por ende, las reformas de salud necesitan acotarse únicamente a corregir las fallas inherentes a este mercado (Acosta, 2003). Lo que señala Acosta viene en sentido con algunas teorías liberales, en las que se dice que la salud no puede ser considerada como un derecho, puesto que la enfermedad es algo natural, por ende, no



puede controlarse. En concordancia con el enfoque liberal, el Estado no debe ni puede hacerse responsable de la salud; ya que deberá ser el mercado el que asuma la responsabilidad de ofrecer bienes y servicios de salud (Montiel, 2004).

Así mismo, corrientes como la Medicina Social o la Salud Colectiva, consideran que la salud está relacionada con la preservación de la vida y con el desarrollo de capacidades humanas, por lo que resulta imprescindible la conservación de la salud como una necesidad humana básica. Por lo que, todo ser humano debe tener derecho a la satisfacción óptima de esta necesidad, la cual puede ser garantizada únicamente a través de la acción pública (Laurell, 1994).

1.4.1.- Las funciones de los sistemas de salud.

Sin importar como los sistemas de salud se estructuren, como sean diseñados, o el desempeño que tengan, estos tienen funciones generales que ejercer: a) prestación de servicios, b) financiamiento, c) generación de recursos, y d) rectoría (Murray y Frenk, 2000; Figueras et al., 2002).

a. Prestación de servicios

La prestación de servicios se refiere a la manera en la que se combinan los insumos, en un proceso de producción que tiene como producto final una serie de intervenciones. Estos servicios de salud pueden darse de manera personal o no personal. Los servicios personales son los que reciben de manera directa los individuos, independientemente de que estos sean preventivos, de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación. Los servicios de salud no personales son los que se aplican a una colectividad como las campañas de educación para la salud, o sobre componentes no humanos del entorno como un programa de saneamiento (Murray y Frenk, 2000).



b. Financiamiento

Este comprende los procesos por los que se obtienen ingresos independientemente de donde provengan, ya sean ingresos de fuentes primarias (hogares y empresas) o secundarias (gobiernos y organismos donantes), los cuales son acumulados en fondos mancomunados (a excepción de los gastos de bolsillo), para su posterior asignación en la prestación de servicios de salud (compra y remuneración a los proveedores). En este sentido, se pueden establecer ocho mecanismos básicos para la recaudación de fondos: pagos en efectivo, seguro voluntario en función de los ingresos, seguro voluntario en función del riesgo, seguro obligatorio, impuestos generales, impuestos específicos, donaciones de organizaciones no gubernamentales y transferencias de organismos donantes (Murray y Frenk, 2000; Gómez-Camelo, 2005).

c. Generación de recursos

Los sistemas de salud pueden buscar recursos más allá de las instituciones que financian o prestan servicios, ya que es necesario buscar a organizaciones que producen insumos para esos servicios pudiendo ser la infraestructura hospitalaria, el capital humano, el equipamiento instalado con que se cuenta, generación epistemológica y la generación y transmisión de información. Estos últimos se conforman por las universidades y otras instituciones de formación, centros de investigación y empresas que producen tecnologías específicas (productos farmacéuticos, dispositivos y equipo). (Murray y Frenk, 2000; Gómez-Camelo, 2005).

d. Rectoría

Esta función busca establecer una definición de las políticas, o reglas de juego, en las que se deberá desempeñar el sistema en su conjunto. Una parte de esta actividad se encuentra en la regulación, en el aspecto financiero (incluyendo los seguros), como en la calidad asistencial (control de protocolos y errores médicos), incluyendo también la capacitación o recertificación de los profesionales. La rectoría debe considerarse como la



función más crucial en dos sentidos. Uno de los sentidos está en entender que al implementar sus actividades estas incidirán directa o indirectamente en los objetivos planteados en los sistemas de salud. El otro sentido muestra la función irrenunciable del Estado, aun cuando contribuyan las organizaciones médicas y de profesionales, o las de defensa del consumidor y los pacientes (Figueras et al., 2002; Frenk, 2003).

1.4.2.- La intervención estatal, base de una clasificación: Frenk y Donabedian

La clasificación de los sistemas de salud puede ser muy diversas, para Julio Frenk y Avedis Donabedian esta esquematización presenta ciertos límites. El más significativo de estos se encuentra al tratar de incluir en una categoría única a sistemas totales de salud. En otras palabras, las clasificaciones y tipologías suponen a los países como unidades de análisis. En este punto Frenk y Donabedian proponen sustentar el tipo de sistemas de salud hasta un grado analítico de agregación inferior al del país entero, utilizando el término modalidad de organización de la atención (Hernández, 2007).

Los autores consideran al Estado como vehículo mediador del sistema de salud, generando distintos niveles de control mediante el financiamiento, la prestación y la regulación. En este sentido se puede percibir que la tipología propuesta por los autores se fundamenta en dos dimensiones: el grado de control sobre la producción de los servicios (en este se perciben las relaciones entre los prestadores de servicios y el Estado), y los principios de acceso (aquí se presenta las interacciones entre los usuarios potenciales o reales y el Estado). Para entender mejor esta tipología se describe a continuación estas dos dimensiones:

- **Grado de control:** Aquí se muestra la relación que se tiene con los prestadores de servicios. En este punto es importante el no confundir la regulación pública con el control del Estado. En este orden de ideas se considera que el Estado cuenta con tres diferentes mecanismos con los cuales influir en la atención a la salud, la regulación es uno de estos instrumentos. El gobierno puede entonces ser un actor preponderante en el financiamiento de los servicios obtenidos por los privados,



puede también contratar personal como empleados públicos para que sean estos quienes realicen las atenciones médicas y, puede también hacerse de instalaciones médicas para prestar servicios. Es así como, mediante estas medidas el Estado se convertirá en un productor de estos servicios. Sin embargo, el control estatal va más allá del simple financiamiento, y el financiamiento tiene un mayor control que la sola regulación. En otras palabras, el nivel de control del gobierno se encuentra directamente relacionado con la cuantía y la clase de actividades que realiza. El grado de injerencia del Estado no se trata de un juego de total o nula participación, del mismo modo que en la vida cotidiana resulta excepcional encontrar situaciones como esas, el gobierno no debe ponerse en el supuesto de entregar a los privados la salud o de tomar en sus manos todos los servicios sanitarios (Hernández, 2007).

- **Principios de acceso:** Aquí se muestra la interrelación con la población. La participación del Estado en la atención a la salud busca como finalidad, el dotar de un acceso a la salud de distintos grupos sociales, para que estos se beneficien de la atención. Este acceso de los grupos sociales establece la justicia en el uso de los servicios, considerando en todo momento las prioridades en la distribución de los recursos de salud. Existen cuatro principios alternos para la accesibilidad a los servicios sanitarios. El primero de ellos es el poder de compra, en este se establece en que grado puede el sector privado participar en la prestación de servicios de salud, por consiguiente, se considera que estos servicios pueden comprarse y venderse en el mercado privado, por lo que será el mercado el que establece los parámetros de regulación de acceso. El segundo principio trata la pobreza, en este se considera que la atención médica y de salud deberá enfocarse en personas en situaciones precarias ya sea por indigencia o necesidad financiera; es posible percibir este principio en instituciones de asistencia pública o ministerios de salud. El tercer principio hace referencia a priorización que se tiene de la sociedad, aquí se busca focalizar los esfuerzos hacia los grupos vulnerables que son definidos por el Estado como prioritarios, ya sea porque tienen algún mérito especial o porque



ocupan una posición estratégica como los empleados en las industrias, los servidores públicos o los miembros de las fuerzas armadas, por nombrar algunos ejemplos. El cuarto principio se refiere a la ciudadanía, aquí se visualiza como una propagación a los derechos sociales de los individuos, así como a los políticos que rigen en materia social. Conforme a este enfoque, la sanidad es percibida como un derecho de la sociedad y no como un privilegio o un simple artículo que se encuentra en el mercado al mejor postor (Hernández, 2007).

1.4.3.- La Organización Mundial de la Salud como promotor de la universalidad en los servicios de sanitarios.

Para la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005), “la justicia social es una cuestión de vida o muerte” (p. 3), conforme a esta idea se hace hincapié en que cada uno de los Estados cuentan con sistemas sanitarios únicos debido a que estos se relacionan con las desigualdades en la sociedad. La OMS señala que las diferenciaciones entre las naciones y en el interior de estos no debe existir. Buscando combatir estas desigualdades la OMS inicia en 2005 una Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, para así poder analizar el problema de las desigualdades de una manera más científica.

Esta comisión generó un informe en el que plasma los principales obstáculos a vencer, resumiendo estos en tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida. Se refiere a mejorar la manera en la que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Este punto pretende reformar los factores estructurales en la que se sustenta el nivel de vida internacional, nacional y subnacional.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Esta recomendación tiene como objeto el profundizar en la problemática sanitaria para crear un nuevo conocimiento promovido por el personal científico con el conocimiento sanitario y la experiencia suficiente para establecer las problemáticas con base en los determinantes sociales. (OMS, 2005).



Resulta fundamental la consecución de una Atención Universal de Salud debido a que los sistemas de salud por sí mismos son tanto un determinante en salud, como un factor que incide directamente en los determinantes estructurales o intermedios de la salud (OMS, 2005); En esencia se establece la importancia de los sistemas de salud para generar un desarrollo de la sociedad.

Sans Soins de Santé, expresa que “Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán” (OMS, 2005, p. 12) la OMS (2005) considera importante lograr una equidad de los sistemas sanitarios; esto queda de manifiesto al expresar que “Los sistemas sanitarios donde las prestaciones son parciales o no son equitativas no permiten instaurar sistemas de salud universal en nombre de la justicia social” (p. 12). A partir de las problemáticas detectadas por la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, esta recomienda:

La Comisión recomienda financiar el sistema sanitario mediante impuestos o un seguro universal obligatorio. En todos los países, se ha visto que el gasto de la salud pública está basado en un sistema redistributivo. Los datos de que se dispone parecen estar firmemente a favor de un sistema de salud financiado con fondos públicos. (...) es fundamental reducir al mínimo el pago directo de los servicios de salud. En los países de ingresos bajos y medianos, las políticas que imponen al usuario el pago directo de los servicios de salud han tenido por consecuencia una reducción generalizada de su uso y el empeoramiento de los resultados sanitarios (OMS, 2005, p. 12).

Una de las mayores recomendaciones por parte de la OMS está en buscar un sistema universal sanitario, debido a que, este sistema logrará un efecto positivo en la vida social del país. Generando un verdadero desarrollo que facilitará a los países alcanzar su máximo potencial, dotando a los miembros de la sociedad de mayores libertades para alcanzar el nivel de vida que estos elijan.



1.5.- Las visiones latinoamericanas sanitarias.

En este apartado se presentan las experiencias que distintos países de Latinoamérica compartieron en la conferencia y reunión del área de salud en el EurosociAL. Se trata de un programa destinado a conseguir la cohesión social en América Latina. En las intervenciones se presentan tres secciones: el diagnóstico, los avances y el apoyo que EurosociAL presta a cada país.

Se abordan las experiencias de las naciones más representativas de Latinoamérica a fin de mostrar las diversidades entre los sistemas de salud y la visión que se tiene respecto de los Determinantes Sociales de la Salud.

1.5.1.- Colombia

Tomado como base el artículo 13⁸ de la Constitución Política de 1991, Colombia buscó implementar las recomendaciones de la OMS. Motivados por este precepto legal se generan las herramientas necesarias para trabajar bajo los principios de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (figura 9), para lo cual crearon un marco conceptual mediante el que se pretenden establecer las políticas públicas tendientes a la reducción de estos DSS. Partiendo de estos principios conceptuales y legislativos, el gobierno incluye en sus normatividades valores como la equidad, la calidad, la universalidad y la solidaridad. Estos principios se vieron reflejados al interior de su Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021. En el PDSP se tiene como objetivo alcanzar los siguientes fines:

- A. Alcanzar la equidad en salud.
- B. Mejorar los DSS de Colombia
- C. Reducir los efectos negativos de las enfermedades en la esperanza de vida al nacer (Programa EUROsociAL, 2015).

⁸ En este artículo se establece el derecho a la igualdad, por lo que se prohíbe la discriminación en cualquiera de las formas de esta.



Figura 9. Marco conceptual DSS adaptados en el PDSP 2012-2021 Colombia.



Fuente: Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social (2013, p. 51)

En la búsqueda de alcanzar los objetivos plasmados en el PDSP 2012-2021, Colombia articula sus políticas con la finalidad de influir positivamente en los indicadores de los DSS, al mismo tiempo Colombia pretende construir las capacidades locales y mantener las evidencias de estas metas se alcancen mediante:

1. Creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) para incidir políticamente en el PDSP.
2. Análisis de Situación de Salud ASIS como herramienta para fortalecer la toma de decisiones territorialmente.
3. Observatorio de Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud-ODES Colombia, para generar mayor evidencia y análisis de profundidad que permita actuar sobre los DSS de forma efectiva.



4. Estrategia PASE A LA EQUIDAD en salud para el desarrollo de capacidades a nivel local (Programa EUROsociAL, 2015, p. 72).

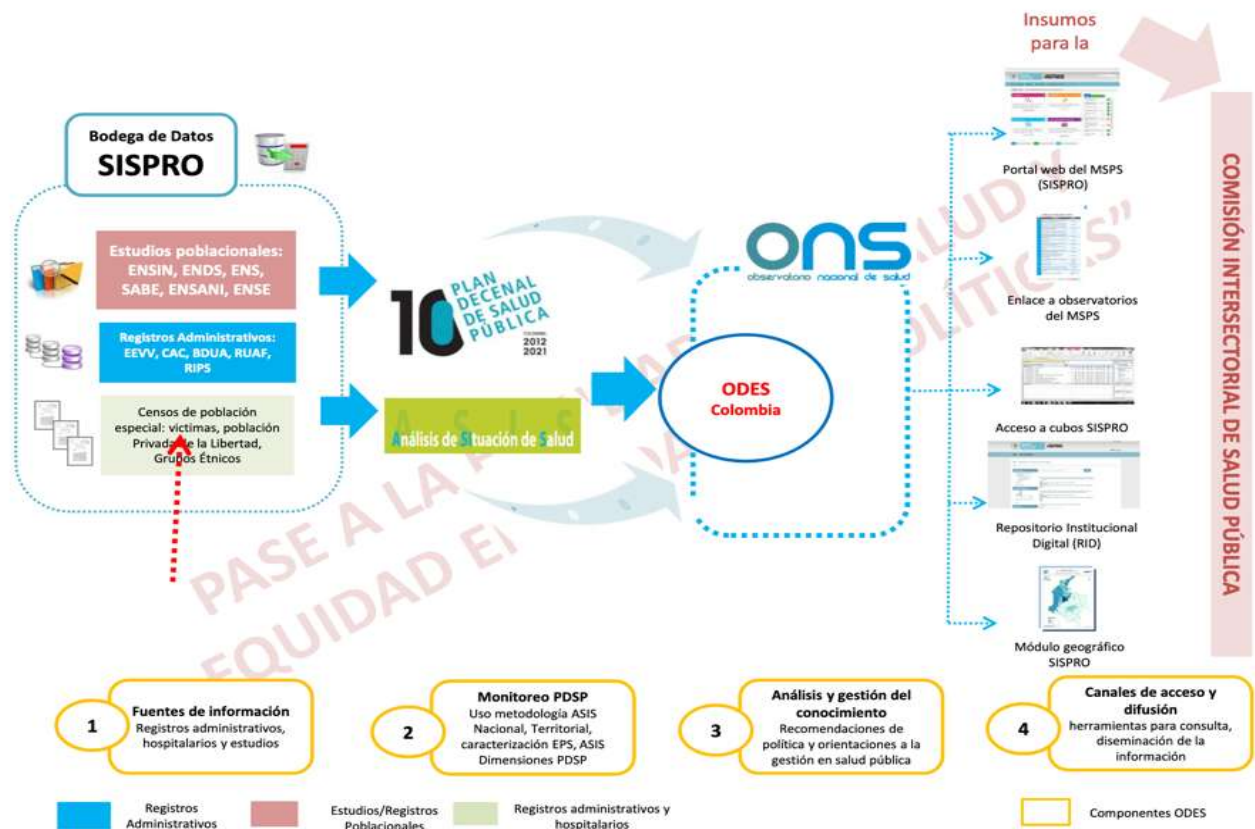
Para la primera meta el gobierno de Colombia creó un reglamento de la CISP para que cumpliera con un par de planes: a) verificar que tan efectivo es el PDSP y, b) vigilar las acciones de gobierno enfocadas en los DSS. La CISP busca, como fin principal, el tener una mayor equidad en salud, mediante el impulso de los DSS donde el estado jugará un papel de facilitador entre los distintos actores (el gobierno, la sociedad y la academia). Esta Comisión es la primera en Latinoamérica que sigue las recomendaciones de la OPS debido a que se muestra de acuerdo en que las influencias dadas entre salud, bienestar, equidad y desarrollo económico requieren la atención e inclusión en las agendas públicas de todos los países (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En su segunda meta se busca articular un Análisis de Situación de Salud (ASIS), con el objetivo de generar las mediciones de la desigualdad en Colombia. A partir de que se realizó este análisis el Estado pudo conocer tanto las principales enfermedades de su población, como las inequidades y las brechas en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En su tercer meta se establece la justificación para realizar las mediciones de las desigualdades, que traerán como resultado avanzar en la equidad social. Mujica (2014), considera que no existe otro medio para influir en los DSS que aquel que se da por medio de la batalla a las inequidades, haciéndose necesario identificarlas, explicarlas y conocerlas mediante un monitoreo de la salud de la población. Es en este entorno que el observatorio genera investigaciones que expliquen las desigualdades y las implicaciones que estas tienen en el bienestar de las personas (Mujica, 2014). La articulación de este observatorio se presenta en la figura siguiente:



Figura 10. Observatorio para medición de las desigualdades y análisis de equidad en salud Colombia.



Fuente: Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social (2013, p. 69)

La cuarta meta tiene como propósito la implementación de una estrategia que haga posible relacionar los diferentes procesos que facilitan al Estado el controlar, evaluar, implementar y monitorear el Plan Territorial de Salud. Este proceso tiene por nombre PASE. Por medio de PASE se emplean las tecnologías de la información convirtiéndose en una plataforma informática que dota de información al Sistema de Información en Salud (SISPRO), completando así el sistema de evaluación y monitoreo del PDSS (Programa EUROsociAL, 2015).

Se hacen evidentes los grandes avances en las políticas de salud colombiana. No solo por la adopción de las recomendaciones de la OPS; sino por sus avances metodológicos, teóricos y por sobre todo las evaluaciones e interacciones con la ciudadanía. La forma en la que se hacen llegar información es mediante entrevistas y un



análisis minucioso de la salud plasmados en su Decenal de Salud Pública 2012-2021, en donde se establecen las distintas políticas gubernamentales y como interactuarán estas para reducir al máximo la desigualdad en salud de Colombia.

1.5.2.- Costa Rica

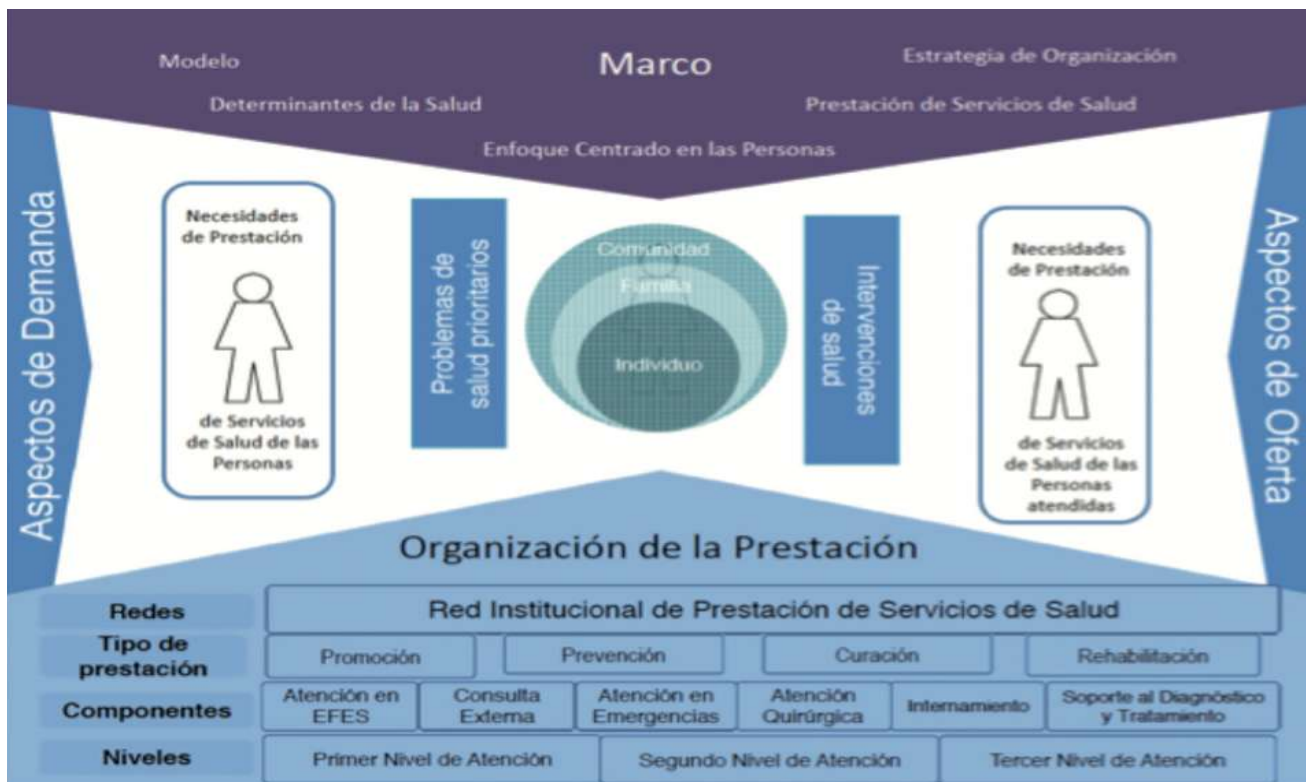
Para la mitad del siglo XX este país comenzó a visualizar sus políticas sociales bajo un enfoque de universalidad y solidaridad, teniendo como premisa el reconocimiento de los derechos sociales. Se concibe al Estado como esa entidad capaz de garantizar los intereses de la ciudadanía. Lo referente a la seguridad social en Costa Rica, este Estado sustenta sus esfuerzos en una tríada de principios:

- a) Cobertura universal en salud. Se trata de establecer un sistema que dota a la ciudadanía de los servicios de salud sin limitación alguna (social, económica, cultural, geográfica, etc.); a fin de que la ciudadanía pueda gozar plenamente de su derecho en salud.
- b) Equidad del acceso en salud. Este principio busca la reducción de la inequidad en salud de los ciudadanos a fin de que el nivel socioeconómico, su lugar de residencia o etnia. Para Costa Rica la conceptualización de equidad se considera como un acceso igualitario a la salud de una forma eficiente, de calidad y oportuna para todos.
- c) Solidaridad en el financiamiento. Se concentra en que cada beneficiario de la salud contribuya de manera proporcional y equitativa en un fondo común, este fondo fue creado de manera obligatoria en la constitución de Costa Rica (Programa EUROsociAL, 2015).

Costa Rica busca que los servicios sanitarios que brinda a la población se enfoquen en satisfacer la demanda de sus usuarios, llegando al punto de cubrir las perspectivas de estos. Busca la reducción de las inequidades prestando servicios de calidad, a la par, se busca salvaguardar las capacidades de los usuarios presentes sin comprometer las de los futuros usuarios; su esquema en salud se presenta en la figura siguiente:



Figura 11. Modelo de prestación de servicios de salud públicos.



Fuente: Tomado de Gamboa y Ferrell (2015, p. 84)

Resulta evidente que Costa Rica viene apostando a los servicios universales a fin de satisfacer las necesidades de sus ciudadanos. Considera estas exigencias como derechos que se han plasmado en su carta magna. Dicho precepto legal crea un fondo general para mantener el financiamiento y dotación de servicios de salud sin restricción alguna. Si bien es cierto este reconocimiento genera un avance, considero que la mayor aportación de este país se da en el modo mediante el que se financian los servicios de sanitarios al crear un fondo obligatorio.



1.5.3.- Chile

Chile es una nación que bajo la perspectiva del Banco Mundial puede ser considerado como de altos ingresos. Chile cuenta con un ingreso per cápita en 2021 de 16 mil 265 dólares americanos (Banco Mundial, 2023). Lo anterior se debe a las políticas económicas de este país que priorizan el desarrollo económico bajo una idea de libertad de mercado. Por el lado de la salud de la población el Estado viene comportándose en el mismo sentido que sus indicadores económicos, puesto que han mejorado al amparo de grupos vulnerables y se han articulado políticas públicas tendientes a mejorar el acceso, cobertura y desarrollo del sistema sanitario chileno. Pese a todos estos aspectos positivos Chile es un Estado que tiene grandes desigualdades. Los mayores gradientes de salud para este país se dan en las enfermedades crónico-degenerativas, en las que sobresalen la hipertensión arterial y la diabetes mellitas tipo 2; haciéndose más evidente esta problemática en grupos sociales con menores niveles educativos (Martorell et al., 2015).

Ante este panorama de desigualdades en salud, Chile busca mitigar las inequidades que vive la sociedad en materia de salud, por lo que, durante los años de 2002 y 2005, la protección social chilena se fundamentó en la estrategia Chile solidario. Mediante esta estrategia se brindaban apoyos focalizados a grupos sociales en situación de pobreza, así como a grupos vulnerables mediante transferencias monetarias, permitiéndoles acceso directo a diversos programas sociales. Es en el año de 2008 que se funda la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud (STDS), dependiente del Ministerio de Salud. Esta secretaría trabajó hasta el año 2010 bajo la directriz denominada “13 pasos hacia la equidad en salud en Chile”. Esta directriz establecía como objetivo el mejoramiento de la salud de los chilenos por medio de una visión basada en los determinantes sociales de la salud sugeridos por la OMS. El Estado Chileno se ciñe a la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 como órgano rector para el combate a la inequidad en salud, en esta se puede analizar como las estrategias para combatir las inequidades estructurales (que busca estrechar más las desigualdades sociales y económicas que existen en los quintiles); disminuir las inequidades sociales y



del entorno (se busca mejorar la calidad de vida de los chilenos); y la reducción los factores personales de riesgo (Martorell et al., 2015).

La STDS nace, entre otras prerrogativas, con la finalidad de realizar una visión de equidad en salud en la que el Estado tiene la responsiva de reducir los posibles factores de riesgo que limiten el goce efectivo de la salud. Lo anterior, por medio de políticas que concienticen la relevancia de los determinantes Sociales de la Salud, interactuando como se muestra en la figura 12. Este sistema permite obtener información de los beneficiarios, facilitando un monitoreo y evaluación que faciliten tanto la introducción de nuevas políticas en salud como sus posibles modificaciones y ajustes, ayudando así a las distintas etapas de las políticas públicas (Martorell et al., 2015).

Figura 12. Secretaría técnica de equidad de los Determinantes Sociales de la Salud Chile



Fuente: Elaboración propia con base en Riquelme y Ferrelli (2015).

Chile es el país latinoamericano que ha mostrado reducciones en sus índices de pobreza y pobreza extrema, muestra una madurez en la estructura política y en la forma en la que sus políticas se articulan. Tal es el caso de la manera en la que las



desigualdades en salud se abordan, ya que se busca atacar estas de manera multidimensional, tal y como se conceptualiza la pobreza, para la obtención de los mismos resultados, bajo la premisa de que sus políticas reductoras de la pobreza han funcionado pretenden aplicar estas mismas ideas en el plano de la salud; por lo que me parecen buenos avances pero que aún les falta mayor formalidad como la que Colombia ha dado en este tema.

1.5.4.- Ecuador

El gobierno de Ecuador da inicio en el 2008 a su camino para mejoramiento en la calidad de vida de sus ciudadanos, es en este año que se promulga una nueva constitución en la cual se le da nacimiento al Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 (PNBV), marco legal que da nacimiento al Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (SNIES). Ecuador ha buscado alinear los objetivos en salud desde un punto de vista conjunto de los DSS y un reconocimiento de los derechos humanos. Ecuador tiene su parteaguas más importante en salud en el periodo comprendido entre 2006 y 2010, es aquí donde se comienza a formalizar sus instituciones y los enfoques de estas. Si bien en 2008 se inician las políticas en salud con la constitución de 2008, y con la posterior creación del SNIES, el Estado aumenta la asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública de Ecuador de manera sustantiva (3 millones 433 mil dólares americanos entre 2007 y 2010), pero este avance no se limitó a un aumento en la inversión en salud, ya que en este mismo periodo comenzó un enfoque de carácter universalista y gratuito de los servicios de salud y de la entrega de medicamentos a la ciudadanía ecuatoriana (Esparza et al., 2015).

El PNBV sienta las bases para dar la rectoría de la salud a la naciente Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública), del Sistema Nacional de Salud. Este sistema se sustenta en los principios de calidad, pluralidad, solidaridad, participación, equidad y universalidad. El plan de Ecuador para consolidar la salud en un único sistema consiste en laborar bajo una red de prestadores públicos que serán los encargados de



implementar un sistema integral de atención sanitaria que presten la atención primaria de la población y que promueva la prevención en salud, pero cuidando en todo momento una duplicidad de actividades entre los integrantes de la red. Resulta importante conocer la conformación de dicha red, en la cual participan instituciones sanitarias de diferentes sistemas de seguro como son: “Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Seguro Social Campesino (SSC), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)”, la integración de esta red se presenta a continuación (Esparza et al., 2015, p. 95):

Figura 13. Integración de la red pública integral de salud de Ecuador.



Fuente: Tomado del Ministerio de Salud Pública del Gobierno Nacional de la República del Ecuador (2020)

En este periodo de tiempo Ecuador estableció, mediante el Ministerio de Salud, un sistema de salud denominado Modelo de Atención Integral a la Salud. El cual tiene un Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS), este modelo centro sus esfuerzos en los Equipos Básicos de Atención a la Salud (EBAS), mediante estas acciones se busca



reforzar los servicios sanitarios en su atención primaria, la cual se concentra en la capacidad de evitar las enfermedades logrando una sociedad saludable. Si bien el MAIS mostraba un enfoque innovador para mejorar la salud de los ecuatorianos, este modelo tiene problemáticas al momento de implementarlas, uno problema fue por no contar con los enfoques suficientes para que los EBAS llegasen a los centros de salud que los requerían, pero por, sobre todo, no se contaba con un sistema único de evaluación al desempeño por el que pudiese cuantificarse debidamente los alcances de esta política (Programa EUROsociAL, 2015)

Ante la problemática para evaluar las políticas el Ecuador acudió al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), para que se pudieran articular de manera organizada la información que se generaba relativa a los indicadores sociales, debido a que estos no se podían acceder de manera sencilla por su dispersión, creándose el Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), es en esta etapa en la que el SIISE conjunta los datos y permite a las personas que lo requieran acceder a los indicadores sociales incluyendo al Estado quien puede emplearlos para generar evaluaciones de las políticas sociales y las de salud (Esparza et al., 2015).

Tabla 1. Indicadores sociales que procesa el SIISE.

SECTOR	INDICADOR	FUENTE	MEDIDA
Población	Población	CENSO	Número
	Tasa de crecimiento poblacional	CENSO	Porcentaje
Educación	Analfabetismo	ENEMDU	Porcentaje
	Escolaridad	ENEMDU	Año promedio
Salud	Tasa de mortalidad general	Estadísticos vitales	Tasa por 1000 hab
	Tasa de mortalidad infantil	Estadísticos vitales	Tasa por 1000 nacidos vivos
	Tasa global de fecundidad	CPV	Promedio de hijos
Vivienda	Agua entubada por red pública	ENEMDU	Porcentaje
	Red de alcantarillado	ENEMDU	Porcentaje
	Personas por hogar	ENEMDU	Número de personas



SECTOR	INDICADOR	FUENTE	MEDIDA
Empleo	Población Económicamente Activa (PEA)	ENEMDU	Número
	PEA como porcentaje de la población en edad de trabajar	ENEMDU	Porcentaje
	Tasa de desempleo	ENEMDU	Porcentaje
	Tasa de ocupados plenos	ENEMDU	Porcentaje
	Tasa de subempleo	ENEMDU	Porcentaje
Desarrollo infantil	Desnutrición crónica infantil	DEIN	Porcentaje
	Niños que trabajan	ENEMDU	Porcentaje
Desigualdad	Pobreza por NBI	ENEMDU	Porcentaje
	Extrema pobreza por NBI	ENEMDU	Porcentaje
	Pobreza por ingreso	ENEMDU	Porcentaje
	Extrema pobreza por ingresos	ENEMDU	Porcentaje
	Distribución del ingreso Coeficiente de GINI	ENEMDU	0 = Equidad 1 = Inequidad
Acción social	Madres beneficiarias del BDH	RIPS-MCDS	Número
	Pensión asistencial Adultos Mayores	RIPS-MCDS	Número
	Pensión asistencial discapacitados	RIPS-MCDS	Número
	Niños que asisten a un centro de desarrollo infantil público	ENEMDU	Porcentaje
Inversión social	PGE como porcentaje del PIB	e-Sigef.BCE	Porcentaje
	Inversión social como porcentaje del PIB	e-Sigef.BCE	Porcentaje
Macroeconómico	Inflación mensual del IPC	BCE	Porcentaje
	Crecimiento anual del PIB	BCE	Porcentaje
	Salario Básico Unificado	MRL	Dólares Americanos
	Salario Básico Familiar	INEC	Dólares Americanos

Fuente: Elaboración propia con base en Esparza, et al. (2015)

Se puede apreciar que el gobierno de Ecuador va iniciando con sus modelos de atención a la salud mediante el enfoque de los DSS. En este momento los esfuerzos del Estado se están enfocándose en una atención médica universalista y sin costo para los beneficiarios. Como se puede apreciar Ecuador esta restructurándose en sus aspectos políticos, sociales y los de salud. Una evidencia de lo anterior se percibe en que la



generación de información de los indicadores sociales se encontraban dispersos y poco accesibles. Se están realizando grandes esfuerzos para mitigar los impactos negativos los DSS que generan las desigualdades.

Pudimos conocer la visión que se tienen en los países latinoamericanos y la forma en la que ellos han afrontado su problemática sanitaria y los pasos que han seguido para tener un enfoque holístico de su sistema sanitario.

Estas ideas plasmaron los marcos normativos a los que los países miembros deberán ceñirse a fin de reducir las inequidades en salud de sus ciudadanos, a continuación, se hará un análisis de cómo México mediante el Consejo Nacional de Evaluación conceptualiza las políticas de desarrollo nacionales.

1.6.- La salud y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

En México el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), aborda el tema de salud por medio de la pobreza, CONEVAL establece que:

“La medición de la pobreza considera las dimensiones asociadas a los derechos sociales (rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, acceso a la alimentación, calidad y espacios de la vivienda, así como servicios básicos en la vivienda) y la dimensión asociada al espacio del bienestar económico (ingreso corriente por persona)” (CONEVAL, 2014, p. 14)

Esta conceptualización viene alineada a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); ambas instituciones consideran las propuestas teóricas del PNUD y por ende de Amartya Sen, esto queda reforzado en lo que CONEVAL expresa:



“En México, el derecho a la salud forma parte de los derechos sociales, lo que obliga al Estado a garantizarlo y protegerlo ofreciendo una serie de prestaciones y medios necesarios para satisfacer las necesidades relativas a dicho derecho; es decir, el Estado interviene a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de que el derecho a la salud pueda ejercerse plenamente” (CONEVAL, 2014, p. 18).

El acceso y uso efectivo a la salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría. De acuerdo con la OMS, el acceso a los servicios de salud puede medirse a través de la utilización de los servicios de salud por parte de los individuos, lo cual, a su vez, es influido por la estructura del sistema de servicios (disponibilidad de servicios, organización y financiamiento) y por la naturaleza de los requerimientos (recursos para los consumidores potenciales) (OPS, 2000).

Se puede apreciar que nuestro país se alinea a los parámetros que la OMS y la OPS establecen por un lado el de poder acceder a los servicios de salud y por el otro el de cuidar el posible efecto empobrecedor que el cuidado a la salud puede generar en las familias desprotegidas.

Es en este punto que se considera para esta investigación se empleará las teorías de Amartya Sen (1999) en el sentido de que “el mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo” (p. 8); ya que es este autor quien sostiene que mejorar la “salud es un buen instrumento del desarrollo”, debido a que “la salud forma parte integrante de un buen desarrollo” (p. 8); tomando en cuenta que “una persona sana podrá más fácilmente obtener ingresos, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana” (p. 8).



CAPÍTULO 2.- LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN MÉXICO.

En este capítulo se presentan dos grandes rubros: el primero mostrará a México y las últimas reformas en materia de salud, el nacimiento del Instituto Nacional del Bienestar, el cual, a la fecha del presente texto no se ha podido obtener mayores datos que los aquí presentados.

El segundo rubro se realiza un análisis a profundidad de las políticas en materia de salud para el gobierno de Andrés Manuel López Obrador. Se abordan los cambios legales a la Ley General de Salud que dan fundamento al Instituto de Salud para el Bienestar. Por último, se analiza cada una de las metas e indicadores que el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 proponen como ejes fundamentales de la política y los indicadores de seguimiento a estos ejes.

2.1.- Las políticas públicas de salud en México.

En este primer apartado se describe de manera general la evolución al sistema de salud mexicano. Se hará una recapitulación respecto de los eventos más significativos en la historia de la salubridad. El mostrar esta progresión brindará un entendimiento relativo a los cambios que se fueron gestando desde los años 80, y que dieron de forma al sistema de salud con el que se cuenta en la actualidad, cabe hacer mención que el desarrollo sanitario se implementó de manera descontrolada y en muchos casos, este proceso quedo inconcluso.

2.1.1.- El periodo de 1994-2000 y las reformas en salud.

Los cambios al sistema sanitario de México que comenzaron en 1982 y avanzaron a lo largo del sexenio salinista de 1988-1994, continuaron en la subsecuente



administración federal de Ernesto Zedillo. Durante la administración zedillista se generan cambios profundos en dos elementos: a) modificaciones legales a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a fin de mutar la seguridad social y b) la reestructura de los servicios que se venían dando a la población que no contaba con un servicio de salud. Ambos cambios se pueden apreciar en el programa de Reforma del Sector Salud (SSA, 1996).

Lo que concierne a las reformas legales al IMSS encontramos que la administración federal eliminó el rol que hasta ese momento tenía el IMSS como administrador del fondo de los trabajadores para el retiro, al tiempo que, se le retiraba la función como ente responsable de pago de pensiones a los trabajadores que tenían derecho a percibirlas. Estas funciones le fueron transferidas a las recientemente creadas Administradoras de Fondos de Retiro (Afores), así como a las aseguradoras especializadas en estos temas. Las reformas legales a la Ley del IMSS se convierten en el punto de partida para un traspaso masivo de recursos financieros al sector privado. Este traspaso trajo consigo una serie de causas, por un lado, el fortalecimiento de las instituciones financieras privadas al inyectar recursos monetarios y, por el otro, una mercantilización sobre las pensiones de los trabajadores en México (Ulloa, 1996).

Continuando con la reforma legal a la Ley del IMSS, se buscó realizar modificaciones de las cuotas que los entes privados aportaban, bajo esta propuesta, se pretendía que el seguro público retribuyese económicamente a las industrias que dotaran a su personal de una atención médica otorgada por el sector privado. Esta reforma pretendía fomentar la mercantilización de los servicios de salud al promover la migración de los grandes contribuyentes del IMSS al sector privado. Este éxodo pretendía que el 20% de los contribuyentes que hacían llegar de alrededor del 45% de los recursos financieros aportados por los trabajadores no pagase sus cuotas obrero-patronales (Laurell, 1996).

La migración hacia el sector privado traería como consecuencia una falta de financiamiento al IMSS, debido a que no obtendría las aportaciones de los trabajadores de las grandes industrias. Aunado a lo anterior, el IMSS estaría a cargo de atender a los



trabajadores que aportan una menor cuota debido a sus ingresos inferiores, pero que, por el desarrollo de sus actividades tendrán mayores riesgos de sufrir accidentes. Además, el IMSS debería atender los casos en los que la iniciativa privada no considere redituables ya sea por su complejidad, por los elevados costos que la atención de estos conlleva, así como, los padecimientos crónicos degenerativos (Barreiro, 1996). Las reformas a la Ley del IMSS pretendían substituir los preceptos constitucionales solidarios e integrales mediante los que se debería garantizar a los ciudadanos de seguridad social, por un sistema que pretende la privatización de estos servicios (De Buen, 1996).

En lo relativo a la reestructuración de los servicios de salud, durante la administración zedillista se complementó el proceso de segmentación de los servicios sanitarios al tiempo que, se generaban los fundamentos que sustentaran la mercantilización en la prestación de los servicios de salud. En esta administración se agilizan la construcción de una nueva organización médico-sanitaria en el interior de las dependencias públicas, que se encargaría de atender aquellos que no contaban con ningún aseguramiento. Al interior de las dependencias públicas se expone que los recursos presupuestarios asignados deben ser canalizados exclusivamente a la prestación de los servicios básicos de salud, con la finalidad de facilitar la instauración de mercados en la que puedan satisfacerse las demandas en materia de salud por medio de los entes privados (Laurell y López, 1996).

Todos estos cambios a la estructura quedaron plasmados en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. En este programa se impulsó la descentralización de los sistemas sanitarios al tiempo que, en dichos sistemas se implementaría un paquete en el que se enlistan los servicios que se proporcionarían a las personas no aseguradas conocidos como paquete de servicios básicos (SSA, 1996). El programa de reforma del sector salud propone de manera medular la transferencia de las unidades médicas pertenecientes a la SSA, así como las pertenecientes al recientemente creado Programa IMSS-Solidaridad a las entidades federativas, a fin de que, la fusión de ambas entidades dé nacimiento a los Sistemas Estatales de Salud (SESA). La administración de Ernesto Zedillo retoma la idea de descentralizar exhibiendo las bondades y las necesidades que



este proceso traería consigo, reemprendiendo las justificaciones expresadas en la administración de De la Madrid. Únicamente se habla de los posibles aspectos positivos de la descentralización y se deja de lado las problemáticas que sufrieron los 14 Estados de la república mexicana que iniciaron este proceso (durante los años 1985 a 1987), y en las que únicamente se generaron desconcentraciones operativas que trajeron consigo nuevos problemas a los sectores estatales de salud (López, 1996).

En la década de los 90's en México se caracterizó por el uso de políticas públicas en materia de sanidad con una perspectiva de atenciones primarias a ciertos grupos o sectores de la población (Walsh y Warren, 1979), esta visión fue impulsada por organismos supranacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Estos organismos sostienen que se necesita ejercer los recursos estatales en acciones de bajo coste, pero con una fuerte injerencia en la mortalidad. Lo anterior implica que los gobiernos únicamente financiarían un grupo limitado de atenciones de salud dirigidas a los sectores de la población más vulnerable (Banco Mundial, 1993).

La administración federal plasma las recomendaciones de los organismos financieros internacionales a fin de invertir en un pequeño número de atenciones en materia de salud. Al inicio se establecieron 12 diferentes acciones gubernamentales que conforman un paquete básico de servicios. Este paquete buscó atender a la prevención en salud mediante: capacitar a las familias en materia de salud, fomento del ejercicio físico para mejorar la salud, establecer una educación sobre la nutrición y la salud escolar. Se propone atención a las distintas etapas del ciclo de vida: en lo referente a la salud infantil, control y manejo de enfermedades mediante la vacunación, control y protección de enfermedades diarreicas, así como de las enfermedades de las vías respiratorias. En materia de salud reproductiva: la planificación familiar, reducción de enfermedades preconceptuales, control y detección de cáncer en las mujeres y control y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH (SSA, 1996).

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 mostró una visión selectiva de la salud de conformidad con la planteada por la OMS en su estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), convirtiéndose en el sustento teórico mediante el cual se crea



el Programa IMSS-Solidaridad. La propuesta zedillista en materia de salud, parte de la idea de considerar que el estado físico saludable es un efecto directo de las condiciones de vida en las que el individuo se desenvuelve, así como el clima laboral social existente. Bajo esta percepción se busca generar un cambio en estas por medio de las acciones sanitarias y de la transformación de la sociedad en su conjunto (López-Arellano y Blanco-Gil, 2001).

El periodo administrativo de Ernesto Zedillo impulsó fuertemente una reorganización de las entidades públicas encargadas de la salud en México, implementado en estas instituciones con una visión económica de corte neoliberal. Así cómo, de inserción de las recomendaciones de organismos supranacionales (El Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y Organización Mundial de la Salud), respecto a la focalización en el uso de los recursos públicos a los grupos marginados. A la par se les ofrece a estos grupos únicamente un paquete básico de servicios alejándose así de la perspectiva anterior de alcanzar la salud para todos. Para Laurell y López (1996), el emplear los recursos públicos exclusivamente al financiamiento de intervenciones seleccionadas como básicas por parte del estado, tienen como finalidad la desarticulación del “monopolio” en salud con el cual el estado contaba, para dar paso a una competencia de “libre mercado” por parte de los particulares que hasta este momento se habían visto limitados en sus inversiones para lograr un lucro.

El discurso zedillista relativo a la transformación de la salud como el de la evaluación de las exigencias sanitarias, se sustentan bajo percepciones económicas de costo-beneficio a fin de establecer prioridades de acción. Sin embargo, este fundamento se emplea como un argumento justificatorio, mediante el que se puedan excluir atenciones médicas a los grupos más vulnerables, al tiempo que, se sustentan las posiciones oficiales del gobierno relativas al estado de salud o enfermedad en las que se manifiesta que la falta de salud se origina por comportamientos individuales y/o familiares poco saludables, reduciendo este problema a una visión de eficiencia técnica y de racionalidad administrativa (Blanco et al., 1998).



2.1.2.- El Seguro Popular la propuesta del periodo 2000-2006.

En México, durante los primeros años de la década de los ochenta, comenzaron a mostrarse las intenciones del gobierno mexicano para que mediante la vinculación al interior de las entidades que conforman el SNS se convirtieran los servicios sanitarios. No obstante, esta iniciativa no pudo tener éxito debido a que IMSS (que se erguía como la institución sanitaria con más peso), no cooperó con el ministerio de salud en esta propuesta (Tamez y Eibenschutz, 2008).

Durante el sexenio Salinista, se dio inicio al inexorable trámite de disolución de la seguridad social en México, al suprimir el rol que el IMSS venía realizando como encargado del manejo y resguardo de los recursos financieros empleados para el pago de las pensiones a las que tenían derecho el personal asalariado. Esta tarea le fue encomendada a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) y a las aseguradoras, poniendo en marcha el control y administración por parte de la iniciativa privada de los fondos de pensiones en nuestro país. Causando una oleada de transferencias de recursos financieros de las arcas públicas hacia las empresas privadas, potencializando al sector financiero y conduciendo al mecanismo de retiro a una mercantilización supeditada a los intereses privados (Laurell, 1997).

En mismo sexenio, se perfeccionaron los procesos de enfoque de recursos públicos destinados al combate a la pobreza, destacando en este sentido las tareas sanitarias, que por la naturaleza de las políticas públicas se encontraban supeditadas a las directrices que impusiera el presidente de la república. A la entrada de la nueva administración pública de Ernesto Zedillo, donde se materializó a rajatablas las sugerencias dictadas al estado mexicano por el Banco Interamericano de Desarrollo y del BM, relativas al sector salud (Tamez y Eibenschutz, 2008).

A inicios del año 2000, la administración federal de Vicente Fox implementa su Programa Nacional de Salud 2001-2006. En este programa, se da continuidad a las políticas privatizadoras del sexenio anterior. Al interior del Programa, se expone la



conveniencia de ajustar la política fiscal con las acciones sanitarias, por medio de la dinamización del prepago para la posterior obtención de atención médica (SSA, 2001).

Aunado a lo anterior, de forma paralela, se da inicio en México una actualización legislativa adicionando a la carta magna una garantía en materia de salud en el año de 1983. Para el siguiente año, se publica la Ley General de Salud (LGS) y la subsecuente armonización legislativa estatal llegando a acumularse un número superior a 300 normativas sanitarias.

Al iniciar el 2001, quedaron de manifiesto las problemáticas sistémicas al interior del SNS, en lo concerniente a la obtención de recursos financieros destinados al cuidado médico, para aquellos que no contaban con una afiliación a alguna entidad de seguridad social en México. Lo anterior, queda de manifiesto en la gran cantidad de dinero que las familias gastan en salud, al cual se le denomina como gasto de bolsillo. Cuando dicho gasto realizado por las familias llega a ser de una cuantía elevada se le denomina como gastos catastróficos. Se les denomina así debido a que estas erogaciones dejan en vulnerabilidad la potestad financiera que las familias tienen ante padecimientos de enfermedad de alta cuantía (FUNSALUD, 2013).

Existen investigaciones que sustentan la relación entre los gastos catastróficos, realizados por las familias para el cuidado de su salud y el incremento en los índices de pobreza nacionales. Esto impulsó reformas al Sistema Sanitario, que permitieron dotar de seguridad social a las familias que no contaban con afiliación al sistema de salud, mediante un régimen de protección social de salud. La propuesta fue impulsada por la SSA, misma que fue secundada por el Congreso de la Unión. Para la primavera de 2003, este régimen obtiene el arropo de la mayoría de las fracciones partidistas para reformar la LGS, la que dio nacimiento al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y a la entidad ejecutora denominada Seguro Popular en Salud (SP) (FUNSALUD, 2013).

Una vez promulgadas las modificaciones a la LGS, se pone en operación al Consejo de Protección Social en Salud, quien se encargaría de orientar las actividades que llevarían a cabo los SPSS. Generando opiniones relativas a los recursos financieros de estos sistemas al tiempo que, sugiere actividades que perfeccionen el funcionar de los



sistemas. La ejecución de las acciones de los estados de la república y el Distrito Federal corren a cargo de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), mismos que se encuentran articulados en principio por la SSA. Los REPSS son encargados del ejercicio y salvaguarda de los recursos financieros de carácter público, la incorporación de beneficiarios y la dotación de los servicios sanitarios a la población beneficiaria (FUNSALUD, 2011).

El diseño sobre el cual se establecen los medios financieros del SP, tienen como entrada los recursos necesarios para realizar la atención sanitaria comunitaria, teniendo inmersas las actividades de sanidad pública, en los que se consideran la atención médica de ciertas patologías estipuladas en un paquete de intervenciones (tabla 2).

Tabla 2. Relación entre tipo de bienes y fondos en el Sistema de Protección Social en Salud, México.

Tipo de bien	Bienes de la salud	Fondo
Bienes públicos de salud	Rectoría	Presupuesto de la Secretaría de Salud
	Información, evaluación, investigación, desarrollo de recursos humanos	
	Servicios de salud a la comunidad	Fondo de aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad
Servicios Personales de Salud (Seguro Popular)	Servicios esenciales de salud (atención de primer y segundo nivel)	Fondo para Servicios Personales de Salud
	Servicios de salud de tercer nivel de alta especialización asociados con gastos catastróficos	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Fuente: Elaboración propia con base en Frenk, et al. (2003).

La principal fuente de financiación se obtiene mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud de la Comunidad, cuyo monto es determinado anualmente por la SSA, y distribuido a cada uno de los estados teniendo como sustento la cantidad personas que habitan en su respectivo territorio, al cual se le aplicaría un coeficiente calculado a partir de los riesgos para preservar la sanidad. Estos recursos posibilitan implementar las acciones nacionales de salud como: las de inmunización a los infantes,



el seguimiento de las políticas públicas sanitarias, la conservación del medio ambiente, el cuidado de los posibles peligros a la salud o la vida de las personas y dar respuesta a emergencias creadas por desastres naturales (FUNSALUD, 2011).

La fragmentación del sistema de salud mexicano, en instituciones de seguridad social contributivas y de atención asistencial, caracterizó al sistema de salud mexicano durante el último tercio del siglo XX. El sistema de Salud Mexicano obtiene su financiamiento mediante las cuotas obligatorias de trabajadores, patrones y Estado, siempre y cuando el beneficiario de estos servicios mantenga una relación laboral. Por otro lado, la asistencia de personas que no cuentan con un trabajo estable estaba supeditados a las cantidades presupuestales que el Congreso de la Unión le asigna a la SSA, así como, de la cantidad de recursos que los particulares pagasen como contraprestación de los servicios obtenidos. Así como, de la disponibilidad del servicio y recursos destinados específicamente a los diferentes establecimientos controlados directamente por la Secretaría Federal o los Sistemas Estatales de Salud (Chertorivski-Woldenberg, 2011).

El sistema de Salud basado en el financiamiento por cuotas obrero-patronales resultaba en tanto se diera un crecimiento económico del país, mismo que diera un pleno empleo, lo cual era un escenario factible. Esta estructura se fundamentó en el modelo que Otto von Bismarck instituyó en Alemania para la atención médica. Bajo este modelo tripartito (Estado, empleadores y trabajadores), aportaron montos que financiaron los servicios sanitarios. Este sistema consideraba una ampliación en la contratación que aumentarían la cobertura y la financiación de los sistemas de salud. En México, este círculo virtuoso se interrumpió en los inicios de la década de 1980, debido a los problemas económicos que sufría nuestro país, lo que a su vez ocasiono una rigidez en la generación de un mayor número de plazas asalariadas en el empleo formal. Por todo lo anterior, se percibieron las limitaciones del sistema de salud mexicano para avanzar hacia la cobertura universal en salud, bajo un esquema que vinculara el estatus laboral a la provisión de los servicios de salud. Las recurrentes crisis económicas hicieron igualmente visibles las desigualdades del sistema y los problemas estructurales (Segura, 2007).



El razonamiento que se sigue la segmentación en la subvención de los sistemas públicos de salud y los privados tienen como finalidad la protección de las acciones del Estado en materia de salud. Las actividades sanitarias estatales suelen sustentarse económicamente con subsidios que se relacionan directamente con la cantidad demandada por los individuos en los centros de salud (Restrepo y Rodríguez, 2005).

Los bienes públicos en materia sanitaria engloban una serie de funciones como la trazar el camino a seguir dentro del SNS. Estas incluyen la planificación, comunicación, evaluación, investigación científica y contratación, evolución del personal médico, incluyendo la prestación de atención médica en las comunidades. Todas estas actividades son sufragadas mediante las cantidades presupuestarias asignadas a la Secretaría de Salud. Para ampliar las capacidades financieras a nivel nacional y subnacional se creó un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (SSA, 2005).

El modo por el cual los sistemas estatales de salud obtienen recursos monetarios para sufragar sus actividades tienen como sustento la cantidad de personas dadas de alta en el padrón de beneficiarios. El SP contaba con dos grandes ramas para atender a la población, el primero de estos se trata de un grupo de atenciones sanitaria de primero y segundo nivel, estos servicios pueden darse de forma ambulatoria o en instalaciones de los hospitales generales. El segundo, se trata de una atención de alta y muy alta especialidad (tercer nivel) donde se da acceso a la población de atenciones quirúrgicas a la población sin seguridad pública, esta atención obtiene recursos mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) (SSA, 2005).

Todo parecía estar correctamente estructurado en concordancia con las políticas mercantilistas que las administraciones pasadas habían impulsado, sin embargo, el seguro popular presentaba problemas con el diseño, siendo estos:

A) El centralismo.

El seguro popular propone subsidiar las intervenciones médicas de las familias que no están protegidas por algún sistema de salud. Pero en la práctica, únicamente se prestaban atenciones médicas que se fijaban por parte del gobierno federal, convirtiendo a las entidades federativas en un ejecutor pasivo en esta política. Los sistemas de salud



estatales tenían la obligación de prestar los servicios médicos, que, a su vez, eran financiados con recursos de la SSA, que eran enviados a los estados conforme a 4 indicadores: I.- Número de familias beneficiarias, II.- Por el tipo de necesidades de los beneficiarios, III.- Por el monto aportado por el estado para este fin, IV.- Por el desempeño en la prestación de los servicios.

Por otro lado, el seguro popular fue concebido como un organismo autónomo con patrimonio propio. Bajo estos fundamentos estos organismos generan contrataciones de personal que engrosaban las nóminas estatales. La contratación de personal se daba mediante un régimen fiscal de honorarios en el corto plazo, pero que en el mediano plazo debían integrarse a las nóminas de los Servicios Estatales de Salud (SESAS). La integración del personal también estaba supeditada por escalafones establecidos directamente por la SSA, limitando la autonomía estatal en la fijación de los salarios al personal.

En una última instancia, la prestación de los servicios corre a cargo de los SESAS quienes a su vez “vendían” cada uno de estos servicios a la SSA, mediante presupuestos previamente establecidos por la federación. Por lo que, únicamente pueden solicitar el pago de las prestaciones establecidas y sus montos, haciendo imposible obtener cantidades monetarias iguales a los costos que se generaron para prestarlos.

B) Un paquete limitado de servicios.

El seguro popular estableció el Catálogo Universal de Servicios Esenciales el denominado CAUSES, al cual las entidades federativas, por medio de sus SESAS, estarían obligados a prestar. Los SESAS a su vez, cobrarían una cuota de recuperación por los servicios prestados a los beneficiarios. Esta implementación focalizada, establece una problemática de tipo jurídico, debido a que el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho que todas las personas tienen en materia de salud. De esta forma, los beneficiarios pagan por obtener un derecho plasmado en la carta magna y lo que es peor, estos CAUSES únicamente cubren un pequeño número de intervenciones, más no aquellas que causaban mayor número de decesos por enfermedad en México como son las enfermedades cardíacas, las relacionadas a los



tumores cancerígenos, los padecimientos derivados de la diabetes mellitus y las enfermedades hepáticas, dejando desprotegidos los derechos de los mexicanos.

C) La intervención del sector privado en los servicios médicos.

Las intervenciones médicas que prestaría el seguro popular podrían ser cubiertas también por el sector privado mediante un régimen en el cual el personal médico, los nosocomios, los laboratorios clínicos y las farmacéuticas puedan servir de apoyo en aquellos lugares en los que la infraestructura pública de salud sea limitada para satisfacer la demanda de los servicios a la población. Esta variante merma la capacidad de resolución de problemas que el SNS tiene para dotar a la población de los servicios de salud, debido a que el sector privado no cuenta con la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda que la sociedad mexicana requería (SSA, 2001).

Se puede apreciar que durante el gobierno foxista se intentó generar una nueva modalidad para satisfacer las necesidades en materia de salud. Sin embargo, el diseño de la política del seguro popular conlleva más problemáticas debido a que establece un control estrecho por parte de la federación y limita el campo de acción de las entidades federativas, al tiempo que pasan por alto los derechos constitucionales a la salud y obliga a los beneficiarios a pagar por las pequeñas intervenciones a las que la población no asegurada tiene acceso.

2.1.3.- El sexenio de Felipe Calderón Hinojosa del periodo 2006-2012.

Este sexenio se trata de la segunda administración federal del Partido Acción Nacional (PAN), en la que se tenían grandes expectativas de cambios en los distintos ámbitos políticos en México. Sin embargo, la política en materia social no se encuentra en una posición destacada en la agenda pública de este periodo, a excepción de lo concerniente al ejercicio transparente de los recursos públicos etiquetados para combatir a la pobreza.

Si bien es cierto, durante el sexenio de Vicente Fox se publicará la Ley General de Desarrollo Social en el año 2003. En esta ley se instaura el mandato por el cual, los



montos presupuestarios asignados al gasto social deberán ser mayores para cada ejercicio fiscal, aumentándose al menos en la misma proporción de la inflación. Durante el mandato foxista se crea el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, la que tiene como actividad principal el cuidado de un efectivo ejercicio de las políticas sociales con una transparencia y la participación ciudadana.

Debemos recordar que el Seguro Popular fue diseñado como una política descentralizada, permitiendo a las instancias ejecutoras del programa, las entidades federativas, sacar provecho de su infraestructura existente y de su conocimiento regional que les permitiría ampliar la cobertura médica de los residentes en México. El Seguro Popular es el resultado de las políticas de descentralización que comenzaron a finales de los años 80's y que, de manera particular, se plasmaron en el Acuerdo Nacional para Descentralización de Salud en 1996 (González-Block M. et al., 1989). Dicho de otra manera, el Seguro Popular fue pensado para operarse mediante un sistema coordinado intergubernamental en el cual, son empleados tanto la infraestructura como los procesos de cada Sistema Estatal de Salud.

Conforme a este diseño, la SSA tiene la responsabilidad de establecer una coordinación, de regular, supervisar y evaluar las actividades que cada uno de los SESA realizarían. Al mismo tiempo, se crearon en cada una de las entidades federativas un Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), quien sería el encargado del control y manejo de los recursos financieros, monitorear a quienes le prestan servicios de salud a los beneficiarios y principalmente generar las afiliaciones a los individuos que cumplieren con los requisitos de elegibilidad. Si bien es cierto, en sus inicios el Seguro Popular permitía la contratación de servicios de salud con las instituciones privadas, en la práctica la mayoría de los servicios prestados a los beneficiarios se daban por los SESA. Este cambio en la contratación de servicios probablemente se generó por el temor a “privatizar” los servicios sanitarios en México (Ortiz, 2006).

El gobierno calderonista dio continuidad a la mayoría de las políticas sociales y de salud de su predecesor. En este sentido, el Seguro Popular persiste como principal política en materia de salubridad, por lo que, retoma los principales elementos de la



protección social en salud establecidos en la reforma a la Ley General de Salud de 2003, buscando alcanzar una cobertura universal en México. Pero el gobierno federal añadió el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), la Estrategia Embarazo Saludable, así como un gran impulso al Programa Nacional de Cirugía Extramuros (CNPSS, 2007).

Cada una de las aportaciones al Seguro Popular por parte del gobierno de Calderón, presentan características importantes que debemos analizar. En primer lugar, encontramos al SMNG, mediante el cual se garantizaron los derechos a todos los infantes nacidos desde el 1 de diciembre de 2006, fecha en la que toma posesión de la administración federal Felipe Calderón, a contar con una cobertura médica de gran amplitud. Este SMNG consideraba la realización de intervenciones en la prevención, en la curación, así como, en la rehabilitación para las familias que hubiesen tenido un niño a partir del inicio de la administración calderonista. Al tiempo que, ofrecía estos servicios el SMNG inyectaba de recursos financieros a los REPSS, a fin de que estos pudiesen solventar los gastos que estas nuevas coberturas ofertadas (Flamand y Moreno-Jaimes, 2015). El SMNG pretendía dotar a los niños (que no gozaban de seguridad social) de atenciones médicas, así como otorgar de medicamentos que fuesen necesarios para preservar su salud, con la ventaja de que la atención se realizaría en su localidad. Para finales de la administración en el 2012, el informe de resultados presentaba las 12 principales atenciones atendidas por el SMNG de la siguiente manera:

Tabla 3. Principales padecimientos financiados mediante el SMNG.

Intervenciones financiadas por el SMNG	2008	2009	2010	2011	2012
Taquipnea transitoria del recién nacido	0	4,138	4,713	5,272	3,796
Ictericia neonatal por otras causas y las no especificadas	1,599	3,040	2,988	3,430	2,914
Asfixia al nacimiento	1,480	3,901	4,045	4,392	2,908
Retardo del crecimiento y desnutrición fetales	808	2,597	3,208	3,581	2,469
Septicemia, no especificada (incluye choque séptico)	0	1,848	594	948	745
Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas	0	1,510	1,929	2,528	2,000
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	445	1,133	1,343	1,457	1,131
Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	444	1,008	1,047	981	764



Intervenciones financiadas por el SMNG	2008	2009	2010	2011	2012
Ictericia neonatal debida a otras hemólisis excesivas	420	542	469	483	356
Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	410	1,107	1,239	1,332	993
Trastornos transitorios del metabolismo de los carbohidratos específicos del feto y del recién nacido	385	1,196	1,509	1,231	988
Síndromes de aspiración neonatal	0	1,069	1,100	1,196	862
Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer	0	647	675	937	1,130
Hipoxia intrauterina	235	515	515	489	312
Otras	2,930	6,585	8,435	11,808	9,588
Total (casos autorizados)	9,156	30,836	33,809	40,065	30,956

Fuente: Elaboración propia con base en el Informe de Resultados 2012 (2012, p. 60).

Otra de las aportaciones a las políticas sociales en salud, se encuentra en la llamada Estrategia Embarazo Saludable, mediante el que, asegura que las mujeres embarazadas y sus familias tengan derecho a la atención médica. La normatividad vigente señalaba que la familia que se afiliase al Seguro Popular ya podría beneficiarse de los servicios de salud el primer día del mes siguiente a su inscripción. Sin embargo, con la finalidad de que las mujeres embarazadas pudiesen acceder a las atenciones médicas, tanto en su periodo de gestación como para su atención para el parto se crea esta estrategia. Así mismo, Embarazo Saludable consideraban que la Cuota Familiar⁹ estaría exenta para los deciles I al VII. Con esta propuesta el gobierno busca garantizar los tratamientos de las mujeres embarazadas en todas sus etapas (SSA, 2012).

Una más de las aportaciones se encuentra en el Programa Nacional de Cirugía Extramuros, este programa esta focalizado para atender a población vulnerable que se encuentran en las zonas de atención prioritaria (de alta y muy alta marginación), y que no son beneficiarios de ningún servicio de salud, lo que nulifica el que puedan recibir servicios de cirugía. Este programa pretende que las familias más vulnerables en México puedan acceder a servicios generales de cirugía, servicios oftalmológicos, servicios ortopédicos, así como, poder realizarse cirugías reconstructivas, por nombrar algunas. Normalmente

⁹ Esta cuota se trata de la cuota de recuperación que las familias beneficiarias pagan por la contraprestación de los servicios de salud al Seguro Popular.



estos servicios representan una fuerte carga financiera que estas familias no pueden afrontar, por lo cual, esta propuesta pretende atender problemáticas específicas a un bajo costo. Dentro de estas atenciones están: cirugías de labio y paladar hendido, las cirugías oftalmológicas por cataratas o por el estrabismo, atenciones quirúrgicas para atender las quemaduras, por nombrar algunas (SSA, 2012).

Por último, tenemos al Componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades). La administración federal consideró oportuno que el Seguro Popular comenzara a implementar el programa Oportunidades. Por medio de este se pretendió impulsar el bienestar de los mexicanos, promoviendo una mayor igualdad en las familias, que les permitan vencer su situación de pobreza en la que se encuentran inmersos. Este componente, pretende que las familias aumenten sus capacidades en tres rubros: alimentación, educación y salud. Para finales de la administración calderonista Oportunidades contaba con una cobertura de 15.3 millones de beneficiarios (SSA, 2012).

Uno de los cambios más radicales en términos de salud se dio en el 2010, mediante una nueva reforma a la Ley General de Salud, en la que se estipularon nuevas fuentes de financiamiento con las que operaría el Seguro Popular. Hasta antes del 8 de diciembre, los recursos federalizados transferidos a las entidades federativas tenían como base el número de familias en el padrón de cada REPSS estatal. Conforme a la metodología anterior, se generaban sobre registros en los que una familia contaba con más de un afiliado por el simple hecho de tener más de 18 años, pese a que todos fuesen miembros de un mismo hogar, con el fin de percibir cantidades mayores por parte de la federación. Al percatarse de esta discrepancia se decide cambiar la base de cálculo, paso de ser por el número de familias a el número de personas afiliadas. Se buscaba que, con esta nueva metodología, se generaran trasferencias presupuestarias más justas y equitativas, puesto que, el esquema anterior facilitaba que una mayor cantidad de recursos fuesen distribuidos en las entidades más acomodadas, en las que existen hogares menores y se podían afiliar más de manera artificial (Knaul et al., 2013).

Igualmente, esta reforma instauró controles más rigurosos respecto a las erogaciones que podrían ejercer las entidades federativas con los recursos transferidos.



Desde el 2008, se fijó un techo presupuestal del capítulo 1000, sueldos y salarios, del 40% del monto total dispersado. Así mismo, se topó al 30% el monto para la compra de medicinas, materiales e insumos médicos. Pero el control no quedó un simple límite presupuestario, ya que, se generaron catálogos de precios en medicamentos, al cual las entidades federativas deberían sujetarse, dado que, de superar estos precios en más de un 20% no podrían comprometerse estas compras con financiamiento federal transferido (Knaul et al., 2013).

Si se analiza de esta forma la administración, en materia de salud, parecería que los resultados de sus políticas podrían revertir esas inequidades que se tenían en los sectores más pobres de México. Para algunos estudiosos las cosas no eran tan buenas como se describían en los informes oficiales. Para Gustavo Leal (2013), el llamado seguro popular no era ni seguro ni popular. Leal argumenta su dicho con los siguientes sustentos:

- 1) La gran rotación de los comisionados en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Héctor Hernández Llamas, sería el primer comisionado y estaría a cargo de lograr que los gobernadores se adhirieran al Seguro Popular. El segundo comisionado fue Juan Antonio Fernández Ortiz quien para el año 2007 resultaría culpable de un proceso llevado a cabo por la Secretaría de la Función Pública donde se encontraron irregularidades en los procesos de licitación para las credenciales del Seguro Popular. El tercer comisionado, fue Daniel Karam hasta 2011, y fue sucedido por el cuarto comisionado Salomón Chertorivski y por último el quinto comisionado David García Junco (Leal , 2013).
- 2) Los servicios no son mejores, pero se alcanzan las metas. Leal sostiene que las metas buscaban justificar el obtener una cobertura universal. Esto por medio de aumentar en número de afiliados, generando grandes erogaciones para aumentar a los beneficiarios, dejando de lado la mejora en los servicios, la promoción de la salud o la rehabilitación. Considera también, que el SMNG únicamente centró esfuerzos en ampliar el catálogo de intervenciones del SMNG, pero no se cuidó la calidad de estos (Leal , 2013).



- 3) La subrogación de los servicios de salud. Esto principalmente en el primer año del gobierno de Felipe Calderón, puesto que el SMNG no contaba con una partida presupuestaria, por lo que se reasignaron recursos etiquetados del IMSS e ISSSTE a las entidades federativas para que estas a su vez realizaran convenios para la prestación de servicios estipulados en el SMNG con el IMSS, ISSSTE y privados, sin mediar las modificaciones presupuestarias debidas (Leal , 2013).
- 4) Asignaciones presupuestales al Seguro Popular para prevención de la salud. El autor ejemplifica que el Programa Nacional de Cirugía Extramuros, consideraba que era necesario el impulsar los servicios preventivos y de promoción de la salud por parte del Seguro Popular, pese a que el Estado venía realizando estas funciones mediante la Línea de la Vida a cargo de la Secretaría de Salud, Prevenimss a cargo del IMSS y el Modelo Familiar Preventivo a cargo del ISSSTE, generando duplicidad de funciones y un derroche presupuestario sin sentido (Leal , 2013).
- 5) Fomento en la oferta de servicios privados de salud en México. Leal sostiene que, durante este periodo, se buscó que las instituciones públicas compartieran su infraestructura para satisfacer la demanda de servicios de salud, limitando la inversión en nueva infraestructura hospitalaria. Al tiempo que, se contrataba a instituciones privadas para satisfacer la demanda que por la falta de infraestructura no podía prestarse por los organismos públicos, fomentando la inversión privada y rezagando más al sector público (Leal , 2013).

Durante este periodo se erogaron grandes cantidades presupuestales al Seguro Popular, sin embargo, la mayor parte de estas se emplearon en capítulos contables que son considerados como gastos (capítulos 1000, 2000 y 3000), más no en infraestructura o equipamiento (capítulo 6000), en donde realmente pudieran quedar inversiones a largo plazo que sirvieran para el aumento de la oferta de salud nacional.



2.1.4.- Enrique Peña Nieto y su universalidad en salud del periodo 2012-2018.

La idea de la universalidad de los servicios de salud se destaca como una de las mayores propuestas que se tienen respecto a la salubridad en los estados. Este concepto es percibido como una forma de exigir una mejora en los servicios sanitarios, de manera expedita. En el periodo de campaña presidencial de Enrique Peña Nieto se prometió el establecimiento de un sistema universal de los servicios de salud. Cuando Enrique asume las riendas del ejecutivo federal el 1 de diciembre de 2012, es nombrada secretaria de salud Mercedes Juan López, quien inicio la instrumentalización del servicio universal en salud (Leal et al., 2016).

Mercedes Juan comenzó a generar una agenda en salud que contenía planes muy ambiciosos como los de establecer una fuente de financiamiento derivado de los impuestos generales, la creación de un fondo único, un principio de capitación (en la que los beneficiarios pagaran una cuota por los servicios obtenidos), y una competencia entre aquellas entidades que ofertan los servicios sanitarios (en esta propuesta se pretendía generar una mayor actividad del sector privado en particular a las aseguradoras), generar una libre elección de los usuarios respecto de donde y con quien atender sus demandas de salud (bajo el establecimiento de paquetes de salud), lo que implica una visión mercantilista de la salud (FUNSALUD, 2013).

Ya para el año 2013, se externaron opiniones relativas a la necesidad de generar cambios en el financiamiento de la salud en México, puesto que los recursos obtenidos mediante las cuotas obrero-patronales no eran suficientes para financiar los servicios. Esta idea viene muy relacionada con la propuesta que la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), propone para el financiamiento de la salud, en la que se busca construir un fondo único que funcionaria como amortiguador contra los gastos catastróficos. Este fondo serviría para financiar los servicios sanitarios establecidos en paquetes de intervenciones en los que se estipulan procedimientos de alta especialidad, así como, de intervenciones comunes a las que podrán acceder cualquier mexicano



independientemente del tipo de seguro con el que cuente, pudiendo elegir donde realizarse estas intervenciones en el sector público o privado (FUNSALUD, 2013).

La propuesta de la secretaría de salud de establecer un fondo único se ve cuartado, debido a que este ideal dependía de la aprobación de la reforma fiscal y dicha reforma no alcanzo el consenso necesario para su aprobación. En la propuesta se pretendía que se creara un fondo único y la desaparición de las cuotas obrero-patronales que hasta este momento venían financiando la seguridad social en México. Debido a estos acontecimientos, la secretaría de salud se vio en la necesidad de implementar planes alternos para articular sus ideas en salud, para estos fines, buscan reformar el artículo cuarto constitucional a fin de establecer en los sistemas sanitarios (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y PEMEX); 1) una serie de paquetes básicos en los que se puntualizan ciertos servicios y las condiciones mediante las que los beneficiarios pueden hacer uso de estas. 2) la homologación entre los sistemas de salud a fin de contar con procedimiento de atención y asignación de los costos de los paquetes básicos. 3) Realizar un aumento paulatino de las intervenciones básicas del punto 1. 4) Incluir a una nueva procuraduría que se encargue de garantizar que la población elegible obtenga la atención ya sea por los sistemas públicos o mediante el pago al canalizar al paciente a instituciones privadas para su atención. 5) Establecer como rector de todos los sistemas de salud a la Comisión Nacional de Salud Universal, para ejecutar los paquetes básicos y determinar los costes al interior de los sistemas, así como, de la portabilidad de estos (Leal et al., 2016).

Estas reformas tuvieron como efecto el centralizar nuevamente los recursos financieros con los que contaba el seguro popular y que llegaban a las haciendas estatales, a fin de financiar las intervenciones sanitarias, que si bien en cierto, no habían generado los resultados esperados en la mejora de estos servicios si mostraban un cierto nivel de descentralización. Esto se hace evidente en las reformas hechas a la Ley General de Salud (2014), y el Reglamento de la Ley General de Salud (2014), en los que se limita el papel de los REPSS a la promoción de la salud y la afiliación, puesto que la ejecución de los recursos se hará mediante convenios firmados por la federación. En estos convenios, se fijaron las acciones, montos y en algunos casos hasta proveedores de los



servicios, convirtiéndose en una entidad que en el mejor de los casos pagaría los servicios brindados.

Pareciera que la administración federal de Enrique Peña no dejó algún punto positivo en materia de salud. Pese a los cambios propuestos por la secretaría de salud que causaron un retroceso en el proceso descentralizador, este gobierno generó un programa de acción específico de la promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018 (SSA, 2014). Este programa, buscó maximizar los recursos dirigidos a las distintas secretarías de gobierno que afectan a los determinantes sociales de la salud, a fin de que, se puedan diseñar políticas públicas intersectoriales para alcanzar un estado óptimo de la salud de los mexicanos.

Mediante este programa específico se buscó el fortalecimiento de las acciones que hasta ese momento se venían realizando, enfocándose principalmente en las acciones que efectúen mayormente a los determinantes en salud. El gobierno de Peña propuso seis objetivos, seis estrategias y trece acciones en la que se buscaba promover la salud de los grupos más vulnerables (Programa de acción específico, 2014).

Para estos fines la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), creó el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS). Este modelo trabaja mediante un servicio integral de promoción de la salud caracterizadas por sus intervenciones se dan en un ámbito particular, alcanzado a las personas más vulnerables en México. Los 6 de conformidad al plan de acción específico son los siguientes:

1. Realizar la entrega de los servicios de Promoción de la Salud, con enfoque de determinantes de la salud.
2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integrada de línea de vida.
3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud.
4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado.
5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud.



6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del Programa (Programa de acción específico, 2014, p. 59)

El primer objetivo, establece una definición de los determinantes sociales en salud partiendo de lo que la comisión de determinantes en salud de la OMS. Estos determinantes se refieren a los entornos en los que los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Partiendo de esta idea, el objetivo 1 habla de la importancia de que el personal encargado de los servicios de salud sean personas capacitadas para otorgarlos. En otras palabras, se busca que cada individuo obtenga los servicios que demanden, mismos que deberán estar acordes a su edad y sexo, dejando de lado cualquier forma de discriminación como preferencia sexual, religión, condición social, etc. (Programa de acción específico, 2014).

El segundo objetivo, busca que el personal de salud tenga la capacidad de promover la salud desde el punto de vista de los determinantes en salud en los tres niveles de gobierno. Para lograr esta meta se requiere que tanto el personal de salud como los beneficiarios, deberán comprender como operan los servicios sanitarios y cuyo objetivo principal es el de conservar una buena salud de los mexicanos (Programa de acción específico, 2014).

El tercer objetivo, se trata del fomento a la capacitación del personal de salud que permita a estos dar respuesta a las demandas en salud que la sociedad requiera, fortaleciendo sus conocimientos y aumentando sus capacidades para un mejor ejercicio de sus actividades. Este objetivo considera que los encargados de la actualización del personal sanitario deberán ser de carácter interno e institucional, de esta forma se estará en posibilidades transmitir los conocimientos mediante talleres comunitarios para promover la salud (Programa de acción específico, 2014).

El cuarto objetivo, este objetivo pretende establecer un Sistema Nacional de Salud Universal, que será el encargado de la coordinación de la sociedad civil, las instituciones gubernamentales encargadas de satisfacer la demanda de servicios de salud y las políticas públicas, con una visión de los determinantes en salud. Este sistema buscará



incidir directamente en los sectores más vulnerables de la población para mejorar el estado de salud de los mexicanos (Programa de acción específico, 2014).

El quinto objetivo, pretende incidir en los hábitos de salud de las personas generando conductas más saludables que reduzcan las enfermedades no transmisibles que pueden llegar a convertirse en crónico degenerativas. Estas enfermedades causarán una disminución en la calidad de vida del individuo por lo que, al cambiar las costumbres, se puede mejorar la calidad de vida al tiempo que se pueden disminuir tanto el número de intervenciones médicas, como el coste que conlleva la atención de enfermedades crónico-degenerativas (Programa de acción específico, 2014)

Por último, el sexto objetivo plantea la evaluación de las políticas públicas, a fin de que los actores que intervienen en cada una de las etapas puedan conocer cómo se erogan los recursos financieros. Los ciudadanos podrán conocer y participar activamente en cada una de las diferentes etapas de la política y, por otro lado, el gobierno puede conocer los impactos reales de las políticas y el desempeño de estas (Programa de acción específico, 2014).

Este plan parece considerar muchos objetivos, por lo que su planteamiento se da de manera muy general, sin embargo, al analizar sus indicadores y sus metas podemos entender que los seis objetivos arriba señalados se ven muy reducidos a una simple “promoción de la salud” en la que se culpa a los individuos de que la falta de salud que viven se debe únicamente a malos hábitos en salud. Si bien es cierto el estilo de vida de una persona influye en su salud las externalidades que las industrias generan o la insalubridad del manejo de residuos por parte de los estados puede también incidir de manera negativa en la salud de las personas.

Encontramos en este plan los indicadores de: 1) Ferias de promoción de la salud dirigidas a migrantes; 2) Ferias de salud en municipios indígenas; 3) Escuela que promueven la salud; 4) Porcentaje de consultas en SESA en relación al padrón de la Comisión Nacional de Salud; 5) Cursos de capacitación a personal de salud de los SESA; 6) Promoción de la salud con hablantes de lenguas indígenas; 7) Talleres comunitarios



de promoción de la salud; 8) Materiales educativos con mercadotecnia social en salud; 9) Supervisión, monitoreo y evaluaciones (Programa de acción específico, 2014).

Estos indicadores de la política no van acordes a los planteamientos de alcanzar una universalidad en la salud. Estos indicadores buscan medir en número de promociones más no si estas generaron una reducción de las enfermedades, ni tampoco mide el desempeño de los trabajadores de la salud, tampoco considera una ampliación en la infraestructura en el sistema sanitario o la remodelación de estos, y lo concerniente a la evaluación las acciones son las de crear un mecanismo al seguimiento financiero a los programas y un fortalecimiento del registro de las operaciones para la toma de decisiones. Todos estos indicadores tienen un tinte mayormente administrativo, más que operativo y los indicadores operativos no miden la calidad sino la cantidad de los servicios prestados.

2.1.5.- Andrés Manuel López Obrador y el INSABI del periodo 2018-2024.

A finales del 2018 da inicio la administración de Andrés Manuel López Obrador, siendo esta la primera administración federal en la que el partido político Morena y sus aliados en coalición llevan las riendas del ejecutivo federal. Esta nueva administración pretende realizar la que ellos denominan como 4ta. Transformación de la historia independiente del país. Dentro de su plataforma de transformación se encuentra finalizar el proceso neoliberal que se venía realizando en México desde el año 1982, a fin de que el Estado cuente de nuevo con un papel preponderante en la articulación de las políticas. Se pretende que el Estado sea manejado a partir de una “austeridad republicana”, que busca el uso eficiente de los recursos públicos y el finalizar los privilegios de administraciones anteriores y combatir a la corrupción. Lo anterior se busca bajo el enfoque de una política de bienestar social en la que priorizará la atención a las personas más pobres de México (Tetelboin et al., 2020).

Desde un punto de vista de las instituciones de salubridad en México, así como, de las políticas públicas de salud, se da un análisis del estado de salud de la población mediante la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 (Shamah et al., 2020),



habla de que en 2018 en adultos mayores de 22 años el 10.3% equivalente a 8.6 millones de mexicanos, padecen de diabetes; así mismo el 18.4% equivalente a 15.2 millones de mexicanos, padecen de hipertensión arterial; ambos males están asociados al sobrepeso que padecen el 39.1% y la obesidad de guardan el 36.1% de los mexicanos.

El gobierno de López ha venido realizando críticas a los diferentes modelos de salud de las administraciones anteriores, esto se hace notorio desde 2019 en las conferencias mañaneras en específico las que se desarrollan los martes en un segmento de nombre “El pulso de la salud”. En específico en la conferencia del 21 de octubre de 2019¹⁰ donde el doctor Jorge Alcocer, presenta el proyecto del plan nacional de salud. En este destaca, en primer término, la importancia de reconocer el derecho de todos los mexicanos a la salud, sin embargo, considera que no se ha dado salvaguarda a este derecho de los ciudadanos. El Dr. Alcocer continúa su exposición con un diagnóstico del sistema de salubridad con que se cuenta, señala que se tienen instalaciones médicas en abandono o con poco o nulo mantenimiento y aquellas que se encuentran satisfaciendo la demanda de los servicios de salud tienen una carga excesiva. Continúa exponiendo la falta de personal médico, medicinas y materiales básicos para el desarrollo de las actividades. Lo anterior, dice Alcocer, tiene como resultado que el sistema de salud nacional otorgue servicios médicos en periodos de tiempo largo y con una atención deshumanizada, considera que el sistema actual al estar descentralizado se encuentra altamente fraccionado. Por último, destaca que, pese a la implementación del Seguro Popular por una década y media, no se pudo alcanzar una cobertura universal en salud, por lo que 20 millones de ciudadanos no cuentan con una cobertura de los servicios de salud (Tetelboin et al., 2020).

La declaración del Dr. Alcocer anteriormente descrita vienen en concordancia con lo que el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (2019), establece en su apartado “salud para toda la población”. Este plan expone que las administraciones anteriores haciendo uso de ideas de corte neoliberales buscaron privatizar los servicios sanitarios teniendo como resultado el crecimiento del sector privado de hospitales, al tiempo que los

¹⁰ Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=sLsUwudXK3k&t=34s> (consultado el 7 de julio 2021).



hospitales públicos sufren de corrupciones y recortes presupuestales. Lo anterior hace que no sea extraño que las personas que busquen atenciones deban: llevar consigo materiales de curación, esperar grandes periodos de tiempo para acceder a los servicios quirúrgicos, saturación de las salas quirúrgicas, encontrarse con equipos médicos insuficientes o descompuestos. Los mexicanos no pueden acceder a los servicios de salud ya sea por no contar con una afiliación a alguna institución de seguridad social o porque las coberturas estipuladas en el Seguro Popular no cubren las intervenciones que se requieren.

Una de las críticas que se tienen relativas al Seguro Popular se da bajo el argumento de que este no era “ni seguro, ni era popular”. Obrador considera que los recursos federalizados transferidos a las entidades federativas no eran empleados de forma adecuada, esto se manifiesta en un coste elevado en los medicamentos al tiempo que se cuenta con escasos de estos. Así mismo, el secretario de salud opina que el SP se convirtió en una herramienta en la cual ayudados por el capital privado se pretende obtener ganancias lucrando con las enfermedades, dejando de lado el propósito social para el cual se fundó el SP, el de garantizar una atención médica universal a los sectores más vulnerables. Alcocer sostiene que el acceso a los servicios sanitarios fue comercializado, mediante un paquete de servicios médicos a los que se les asigna una cuota de acuerdo con su nivel de ingresos (Tetelboin et al., 2020).

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), realizó un primer diagnóstico de nombre: “Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La Propuesta Metodológica y Operativa” (2019). En este diagnóstico se desarrolló mediante la visita física a las instalaciones sanitarias de los centros de salud, centros hospitalarios y clínicas¹¹. Este censo en su primer nivel se llevó a cabo en 8 entidades federativas ubicadas en el sur y sureste nacional, en los que se incluye a los cuatro estados con mayores niveles de pobreza. El objetivo de este análisis es el de generar un

¹¹ El censo al Primer Nivel de Atención capturó 850 observaciones; mientras que para el módulo de Segundo y Tercer Nivel de Atención se capturaron 1 mil 200 observaciones. Véase (SSA, 2019, p. 34).



plan mediante el que se asignarán los recursos necesarios para los centros de salud partiendo de las necesidades de cada Entidad Federativa.

Esta investigación arrojó diversos resultados relevantes, en lo relativo a las unidades médicas que no cumplen con la cartera de servicios mínimos, tenemos como el peor caso al estado de Oaxaca. En esta entidad se seleccionaron 757 unidades médicas, de este número 238 de ellas no contaban con el servicio de medicina preventiva, 7 no contaban con servicio de rayos X, 5 unidades más no tenían instalaciones de laboratorio y 7 unidades no tenían la capacidad de prestar servicios odontológicos. Así mismo, en lo que compete a los daños en la infraestructura hospitalaria, se destaca la entidad federativa de Yucatán. En Yucatán se revisaron 154 unidades médicas y en 136, es decir el 88% de ellas presentaron daños a la infraestructura (SSA, 2019).

En lo referente a los servicios de agua potable, servicio de drenaje y servicio de energía eléctrica, del universo seleccionado de 3 mil 892 unidades médicas, en 2 mil 51 de ellas (el 52.7%), no se tenían servicios básicos en las instalaciones. En términos generales las condiciones de infraestructura 2 mil 914 unidades (es decir el 75%), presentan algún tipo de daño en la infraestructura, de estas 2,914 unidades 390 reportan tener daños estructurales severos, así mismo 1,051 unidades (de las 2,914), informan que los daños a la estructura se deben a desastres naturales y 205 de estos daños por desastres naturales son considerados severos, así mismo, 2 mil 133 unidades (de las 2,914), equivalentes al 73%, pese a haber reportado daños estructurales no han recibido mantenimiento en los pasados 5 años (SSA, 2019).

El estudio consideró en su censo la problemática en el mobiliario en las 3 mil 892 unidades médicas, necesitan de 5 mil 411 botiquines de urgencia, 3 mil 488 contenedores para residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI); 2 mil 185 básculas para medición de peso a los pacientes, 2 mil 285 unidades de lavabos, 1 mil 443 mesas de exploración a pacientes y 1 mil 344 escritorios, por nombrar algunos. Sin embargo, se reportan también carencias en los equipos médicos que son empleados para la revisión de los pacientes, 3 mil 177 estetoscopios de pinard, 2 mil 364 Esfigmomanómetro para la



medición de la presión arterial, 2 mil 296 estuches de diagnóstico, 2 mil 74 estetoscopios, 1 mil 875 lámparas con haz médicos y 1 mil 785 negatoscopios (SSA, 2019).

También se presentaron las distintas necesidades de las unidades médicas por biológicos siendo estos los siguientes:

Tabla 4. Necesidades de biológicos.

ESTADO	(TDI) INYECTABLE POR FORMULACIÓN DE PROCESO.	(TDI) SUSPENSIÓN INYECTABLE.	NEUMOCOCCICA 13	SABIN	HEPATITIS B	TRIPLE VIRAL	(DTPa/PV)	INFLUENZA	ANTINEU. MOCCICA	DPT	ANTIRRABICA	BCG	VPH
CAMPECHE	65	-	57	-	49	-	66	-	41	-	42	-	43
CHIAPAS	344	-	141	-	133	-	269	-	154	-	147	-	229
GUERRERO	594	-	500	-	257	-	671	-	279	-	278	-	496
OAXACA	560	476	296	474	391	428	532	314	429	464	661	453	514
QUINTANA ROO	142	109	107	142	112	106	118	109	116	112	167	177	140
TABASCO	447	156	99	381	88	194	260	156	167	327	493	238	336
VERACRUZ	458	420	204	506	280	302	190	271	397	260	595	269	513
YUCATÁN	137	79	65	96	58	44	89	34	75	95	95	86	85
TOTAL	2,747	1,240	1,469	1,599	1,368	1,074	2,195	884	1,658	1,258	2,478	1,223	2,356

Fuente: Elaboración propia, con base en Secretaría de Salud Atención Primaria de Salud Integral e Integrada ASP-I Mx. (SSA, 2019).

En lo que se refiere a los recursos humanos de las 3 mil 892 unidades médicas censadas, requieren a 861 médicos generales, 208 de estas unidades les hace falta tanto el personal médico como enfermeras, 114 de estas unidades no cuentan con pasantes de medicina y 95 de estas no contaban con pasantes de enfermería (SSA, 2019). La secretaría de salud federal consideró que el sistema de salud nacional tiene un faltante de personal médico de 200 mil, considerando al menos 123 mil médicos generales y 76 médicos especialistas, debido a que el personal no se ha desarrollado a la misma velocidad que la creciente demanda nacional, a esto se le suma una distribución geográfica inadecuada para agarrar esta problemática (Tetelboin et al., 2020).

El gobierno de López Obrador sostiene que los recursos públicos en materia de sanidad fueron ejercidos de manera inadecuada mediante el Seguro Popular. Se señala que el ejercicio de los recursos públicos el Seguro Popular no contaba con sistemas de control o de seguimiento presupuestario, esta debilidad en la política generó que al final de la administración de Peña Nieto se encontraran 70 denuncias por parte de la Secretaría



de Salud en la que señalan en ejercicio de recursos en cantidad de 7 mil millones de pesos, sin la documentación comprobatoria, es decir, se desconoce el destino de estos recursos. Según el director del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), Juan Antonio Ferrer, en este periodo de tiempo se detectaron igualmente adeudos con las empresas farmacéuticas, prestadores de servicios subcontratados y falta del entero de impuestos en cantidad de 54 mil millones de pesos, mismos que están siendo investigados por la Secretaría de la Función Pública. Todos estos recursos sin comprobación traen como resultado la deficiencia en la calidad de los servicios de salud (Cruz, 2020).

Los 7 mil millones de pesos que no cuentan con documentación comprobatoria se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla 5. Gastos sin comprobación del Seguro Popular.

Estado	Monto	Proporción
Michoacán	\$3,474,527,000.00	47.81%
Veracruz	2,222,832,332.00	30.59%
Guerrero	1,238,228,266.00	17.04%
Tabasco	190,428,332.00	2.62%
Morelos	81,094,740.00	1.12%
Nayarit	59,995,000.00	0.83%
Total	\$7,267,105,670.00	100%

Fuente: Elaboración propia con base en Periódico La Jornada, 2020, p. 3

Para el gobierno de la cuarta transformación, este panorama adverso justifica el dejar de lado lo que las últimas tres administraciones habían impulsado. Bajo esta idea, se generan las directrices por las que se pretende dirigir al sistema de salud en México, a continuación, analizaremos el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PSS).

En el PSS, establece que los cambios que se dieron desde el año 1984, es aquí donde inician las reformas a los Sistemas de Seguridad Social, teniendo otras reformas en los años 1997 y 2007, estas reformas se encaminan a generar una descentralización del sistema sanitario instaurando dispositivos que garantizaran el acceso al financiamiento y los servicios de salud privada. Para 1997 se termina la descentralización de los servicios



sanitarios, en la que no se pensó en las capacidades de las Entidades federativas para tomar estas nuevas funciones (SSA, 2020).

En este momento el SNS se conforma por entidades públicas federal y local, así como por el sector privado, quienes en su conjunto otorgan la oferta de servicios de salud en México. La secretaría de salud recuerda que su papel principal es el de dirigir el rumbo a seguir en el Sistema Nacional de Salud, estableciendo las evaluaciones a las políticas y al ejercicio presupuestal, como el corregir el rumbo en función de los resultados que se vienen dando tanto en los Sistemas Estatales de Salud (SES), los institutos nacionales, como en los hospitales federales y los estatales de alta especialidad. Bajo esta premisa, la Secretaría de Salud al realizar sus funciones evaluación a los SES para los ejercicios fiscales 2017 y 2018, encontró insuficiencia tanto de medicinas como de insumos, una carencia de personal sanitario, una carga excesiva de servicios, calificando el estado de las unidades de salud como malo (SSA, 2020).

La participación de los SES es de carácter meramente local otorgando sus servicios primordialmente a su base de derechohabientes, ampliando el servicio al público en general en ocasiones como en las semanas nacionales de salud. Bajo este panorama el IMSS no es la excepción, presenta una problemática en relación con su número de afiliados debido a que esta se basa en que las personas cuenten con un trabajo formal haciendo que los servicios de salud de las personas son otorgados entre los SES y el IMSS. Consideran que el sistema mediante el que se buscó en administraciones anteriores la protección social sanitaria (el Seguro Popular), no consiguió alcanzar la cobertura universal, pero aun de haberla logrado, este sistema no contaba con la capacidad necesaria para satisfacer las demandas de salud dado que la oferta de servicios llegó a ser únicamente de 20% de los que se podían obtener en las demás instituciones sanitarias en México. Esta problemática tenía como secuela un efecto empobrecedor debido a que las familias eran orilladas a pagar por su atención médica (SSA, 2020).

Estas son las premisas que impulsan al Gobierno de la llamada cuarta transformación a crear un nuevo sistema de salud en el que puedan ser atendidos todos



los mexicanos sin importar su condición laboral o estrato social. En esta idea se plantea que todas las personas en territorio nacional reciban atención médica y los medicamentos necesarios para todos puedan conservar el estado de salud adecuado.

En este punto se encuentran los servicios sanitarios en México en donde se pretende revolucionar completamente el modelo propuesto por Julio Frenk en el sexenio foxista y que con algunas modificaciones a lo largo de las administraciones posteriores trataron de alcanzar la universalidad sanitaria. La actual administración de López Obrador considera a este modelo como corrupto e inadecuado para lograr la salud para todos. A continuación, se mostrarán los momentos más relevantes del sistema sanitario en México desde su nacimiento y hasta nuestros días.

2.2.- La evolución del sistema sanitario en México.

En México se identifican tres parteaguas en la historia del sistema mexicano de salud: el primero, se da en 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el establecimiento de los primeros Institutos Nacionales de Salud. Así pues, en 1959, la evolución de los servicios de salud en México continuó con la fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); estos dos institutos vendrían a completar la estructura fundamental del Sistema Nacional de Salud Mexicano (SNS) (FUNSALUD, 2013).

Con la creación del ISSSTE, los trabajadores del Estado pudieron acceder a los servicios de salud, aunque no solo fue este el beneficio que el instituto otorgó a los trabajadores vino con él una serie de prestaciones sociales como pensiones, jubilación, vivienda por nombrar algunos derivados del vínculo laboral subordinado con el Estado. En ambos institutos (IMSS e ISSSTE); se financiaban por medio de contribuciones tripartitas: de los trabajadores, los patrones y el Estado (Chertorivski-Woldenberg, 2011).

Los beneficios de esta primera oleada de cambios estructurales continuaron hasta los años setenta. Cerca de la llegada de los años ochenta cuando todo comenzó a



cambiar, el modelo que hasta esos años resultaban efectivos (el cual estaba dirigido en la atención hospitalaria y la medicina de especialidad); comenzó a mostrar sus limitaciones. Uno de sus primeros límites se hizo evidente debido al aumento de la demanda de servicios y una necesidad mayor de tecnológica para brindar la atención, lo que detonó en un alza en el costo de los servicios. Esta serie de beneficios no alcanzaron a las poblaciones de escasos recursos, agravándose más en las comunidades rurales, debido a que no contaban con un acceso regular a los servicios básicos de salud, orillando a muchos hogares a contratar los servicios de salud en el sector privado, los que se encontraban insuficientemente regulados y que, con frecuencia, ofrecían una atención de mala calidad (FUNSALUD, 2013).

La SSA y el IMSS, creados en 1943, el ISSSTE, creado en 1959, tienen como eje rector una triple función la de rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud. El IMSS brinda atención sanitaria al personal asalariado inscrito en las empresas, por otro lado, el ISSSTE Sedena y Petróleos Mexicanos brindan atención sanitaria a los asalariados contratados por el Estado o en los organismos públicos, y la SSA al resto de los mexicanos. Se podría pensar que la totalidad de la población puede atender sus padecimientos en centros de salud, sin embargo, las características y los costos de esta atención resulta diferente dependiendo del lugar en el que se atienda. La SSA, el IMSS y el ISSSTE cuenta con su personal sanitario, infraestructura hospitalaria y financiación independiente entre ellos, pero incluidos en los presupuestos federales. Del mismo modo, la financiación para cada organismo gubernamental resulta distinto (Knaut y Frenk, 2005).

En resumen, se puede decir que los antecedentes históricos de los sistemas de salud en México son los siguientes:

Tabla 6. Cronología del sistema de salud mexicano.

Año(s)	Eventos
1905	Se funda el Hospital General de México.
1917	Se crea el Consejo de Salubridad General, se estipula en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos la responsabilidad de los patrones a cuidar la higiene y salubridad de los trabajadores (Artículo 123)



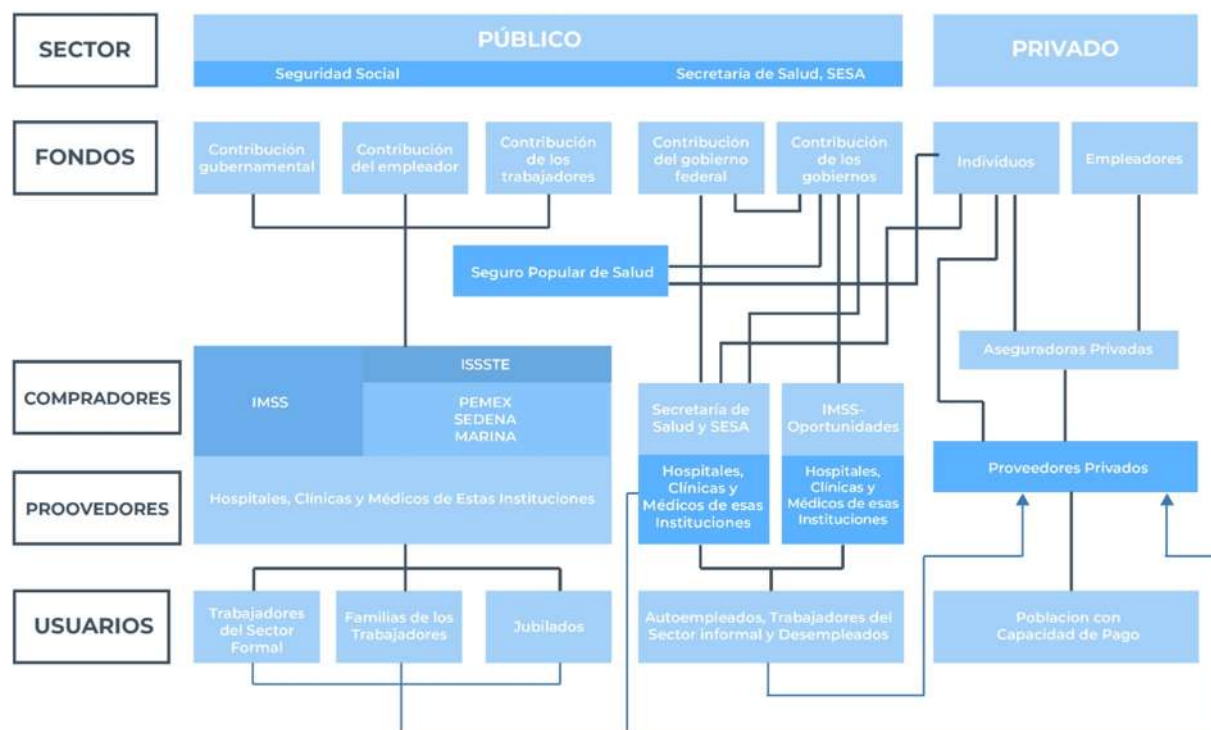
Año(s)	Eventos
1922	Es fundada la Escuela de Salubridad (primera de américa latina), cuyo objetivo es el de formar profesionistas de la medicina. Actualmente esta escuela se conoce como Escuela de Salud Pública de México.
1925	Los servicios sanitarios amplían su campo de acción en el territorio nacional, en los puertos, las fronteras y las Entidades federativas.
1931	El Departamento de Salubridad Pública da inicio a servicios de higiene rural mediante campañas de vacunación, higiene escolar y servicios maternales-infantiles, mediante el apoyo de la Fundación Rockefeller
1935	Se extiende la atención de salud mediante al recientemente creado servicio social a las comunidades rurales de México, generando información local de salud dotando de conocimientos al Departamento de Salubridad Pública
1937	Se fusionan el Departamento de Asistencia Social Infantil y la Junta de Beneficencia Pública para formar parte de la Secretaría de Asistencia Pública
1943	Surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia por la fusión del departamento de Salubridad Pública al interior de la Secretaría de Asistencia. Se dan las primeras reformas al sistema de salud, la Ley del Seguro Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social
1944	Inician las funciones del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal.
1958-1964	Las reformas al Sistema de Salud mexicano generan una mayor cobertura de la población nacional hasta llegar al 17%.
1960	Se reforma el artículo 123 de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos a fin de garantizar el acceso a los trabajadores del Estado a los derechos sociales, creando para este fin el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
Finales de 1970	Comienza a mostrar los límites del modelo sanitario, debido a la gran demanda de servicios, al incremento de enfermedades no transmisibles y a la falta de acceso a los centros de salud en las zonas rurales; orillando a la población a recurrir al sector privado para la atención de su salud.
1979	Da inicio el programa IMSS Coplamar (el cual evolucionaría para ser llamado IMSS-Solidaridad y luego IMSS-Oportunidades) como respuesta del Estado para tener una cobertura en las zonas rurales
1982-2002	Se da inicio a la segunda generación de reformas al Sistema de Salud, mediante el cual se deroga el Código Sanitario, entrando en vigor la Ley General de Salud. Los cambios incluyen el cambio de nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para llamarse Secretaría de Salud. Estas reformas incluyen la descentralización de los servicios de salud a las Entidades federativas para que sean estas las que doten de estos servicios a la población no asegurada en México.
2003	Se crea el Sistema de Protección Social en Salud mejor conocido como Seguro Popular en Salud.
2019	Desaparece la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y su brazo operativo el Seguro Popular para dar paso al programa IMSS-Bienestar

Fuente: Elaboración propia con base en Dantés et al. (2011),



Los gastos médicos que en los que inciden los afiliados al IMSS son cubiertos de manera tripartita por el gobierno federal, los patrones y el asalariado de nómina. Por otro lado, los costes correspondientes a la atención de los asegurados al ISSSTE son sufragados entre la federación y las cuotas cubiertas por las entidades en las que laboran. En contraste con el IMSS y el ISSSTE, los servicios de la SSA son absorbidos por aquellas personas que se bendecían con los servicios de salud de manera inmediata. Se debe considerar en estos contrastes la calidad de la atención médica. Debido a los montos presupuestales y a la cantidad de beneficiarios a cada uno de los miembros del SNS (SSA, IMSS e ISSSTE), presentan una desigualdad en la forma de atender a sus asegurados. El SNS muestra su complejidad y problemática estas relaciones se muestran en la ilustración 1 (Frenk et al, 2003).

Ilustración 1. Composición de los sistemas de salud en México.



Fuente: Elaboración propia con base en Dantés et al. (2011).



A todo lo anterior deberá sumársele el impacto de la transición demográfica la cual modificó el perfil de salud caracterizado por un predominio creciente de las enfermedades no transmisibles. Estas variables propiciaron una nueva conformación del SNS lo que se conoció como la segunda reforma sanitaria. Esta etapa, es conocida como la del cambio estructural de la salud, esta reestructuración se inicia en el año de 1983 y culminando en 1988. Durante este lapso, trajo consigo cambios legales y de estructura orgánica donde se incluyeron a las entidades encargadas de prestar atención médica que no contaban con un aseguramiento obtenido por un empleo formal (Acevedo, 2012).

A pesar de los avances que se han tenido en México a lo largo de las décadas, el sistema sanitario ha presentado una serie de problemáticas como la derechohabencia, el financiamiento, la descentralización, por nombrar algunos, en el siguiente apartado explicaremos las dificultades que se generaron por la implementación del modelo nacional.

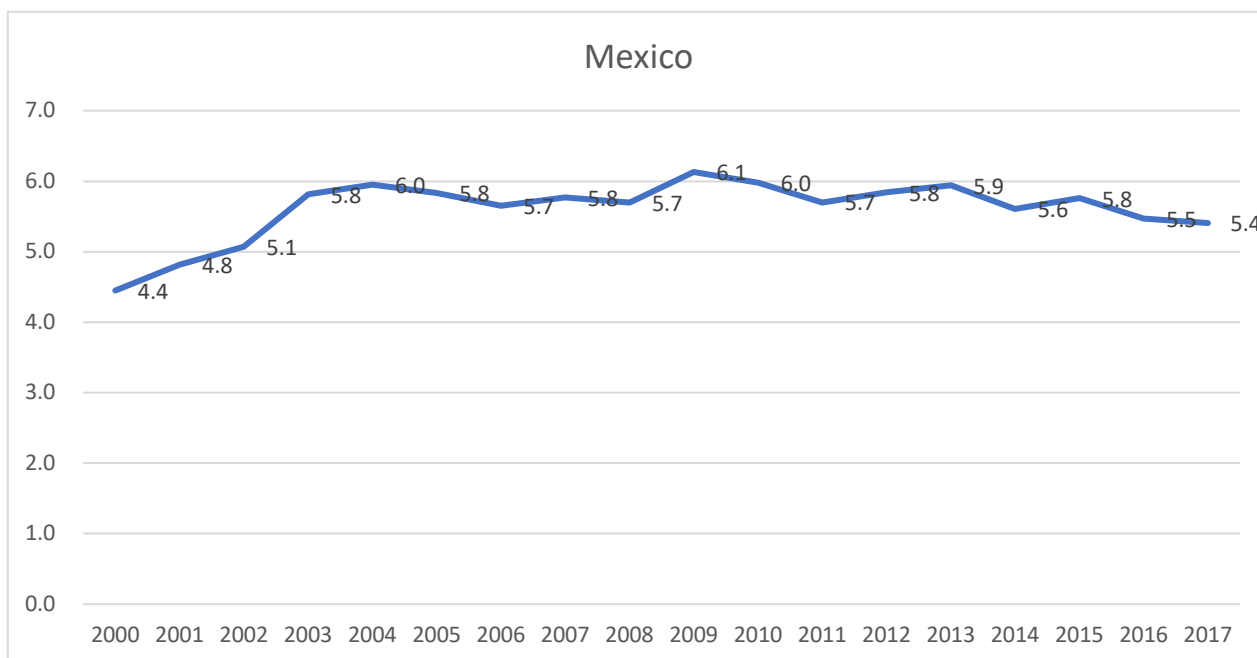
2.2.1.- Los problemas del Sistema de Salud en México.

En nuestro país se tiene un sistema de aseguramiento de la salud cuyo precepto está basado en el estado laboral, dicho sistema logró segregar el acceso a los servicios de salud a un punto cercano a la mitad de la población del país (entre el 50-60% del total nacional). El empleo formal no se encontraba a la par con la tasa de crecimiento de la población económicamente activa, aunado a lo anterior en la fase de expansión en el ciclo económico no se creaban tantos empleos formales como el número de empleos que se perdían en las fases de recesión (Chertorivski-Woldenberg, 2011).

Por otro lado, el gasto total en invertido en salud era bajo, comparando con los países de la región de América Latina, México se encontraba por debajo de la media. La metodología seleccionada para financiar el sistema sanitario en específico aquel encargado de atender al segmento poblacional general, resultaron insuficientes para atender la demanda sanitaria demandada.



Figura 14. Inversión del PIB en salud en México 2000-2017.



Fuente. Elaboración propia con datos de Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (10, octubre 2019).

El gasto público, pese a ser relativamente poco, también muestra una distribución inequitativa en dos dimensiones. Por un lado, la primera desigualdad radica en que los recursos asignados por habitante etiquetados a las instituciones de seguridad social eran mucho más nutridos que el monto destinado a brindar seguridad social a la población no asegurada (Chertorivski-Woldenberg, 2011).

El único sector administrado por la SSA que contaba con un techo presupuestal robusto lo constituían los Institutos Nacionales de Salud, los cuales son hospitales de tercer nivel y de alta especialidad e investigación, por la naturaleza de estos hospitales su capacidad de atención al público es resulta muy limitada (Chertorivski-Woldenberg, 2011).

La segunda desigualdad corresponde a la manera en la que se distribuyen los recursos federalizados transferidos. En este orden de ideas, el proceso de descentralización del sector salud, que se realizó en la década de 1990, no consideró realizar un cambio en la estructura financiera que dotaba de más recursos financieros a las entidades federativas con mayor capacidad instalada (generalmente aparejado con



mayor potencial económico). Por ende, la federación transfería más recursos a los estados con mayor número de hospitales y una plantilla de personal más grande; sin que se buscase equiparar las capacidades en aquellas entidades federativas que presentan mayores rezagos o necesidades en salud de los distintos grupos poblacionales, o la posibilidad de establecer un parámetro nacional en que la transferencia fuese igualitaria en el sentido poblacional para cada uno de los Estados (Chertorivski-Woldenberg, 2011).

Es en este contexto que se aprecia que los recursos públicos transferidos a las Entidades Federativas no se transfieren con una medida realista, sino que como lo menciona Chertorivski se realizan de manera asimétrica. La forma en la que la descentralización se da en México nos remite a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF). En la LCF se sientan las bases para dotar a los órganos subnacionales de los recursos necesarios para ejercer sus funciones. El artículo 30 de LCF nos habla del recurso público destinado a los servicios de salud, mediante el Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud (FASSA).

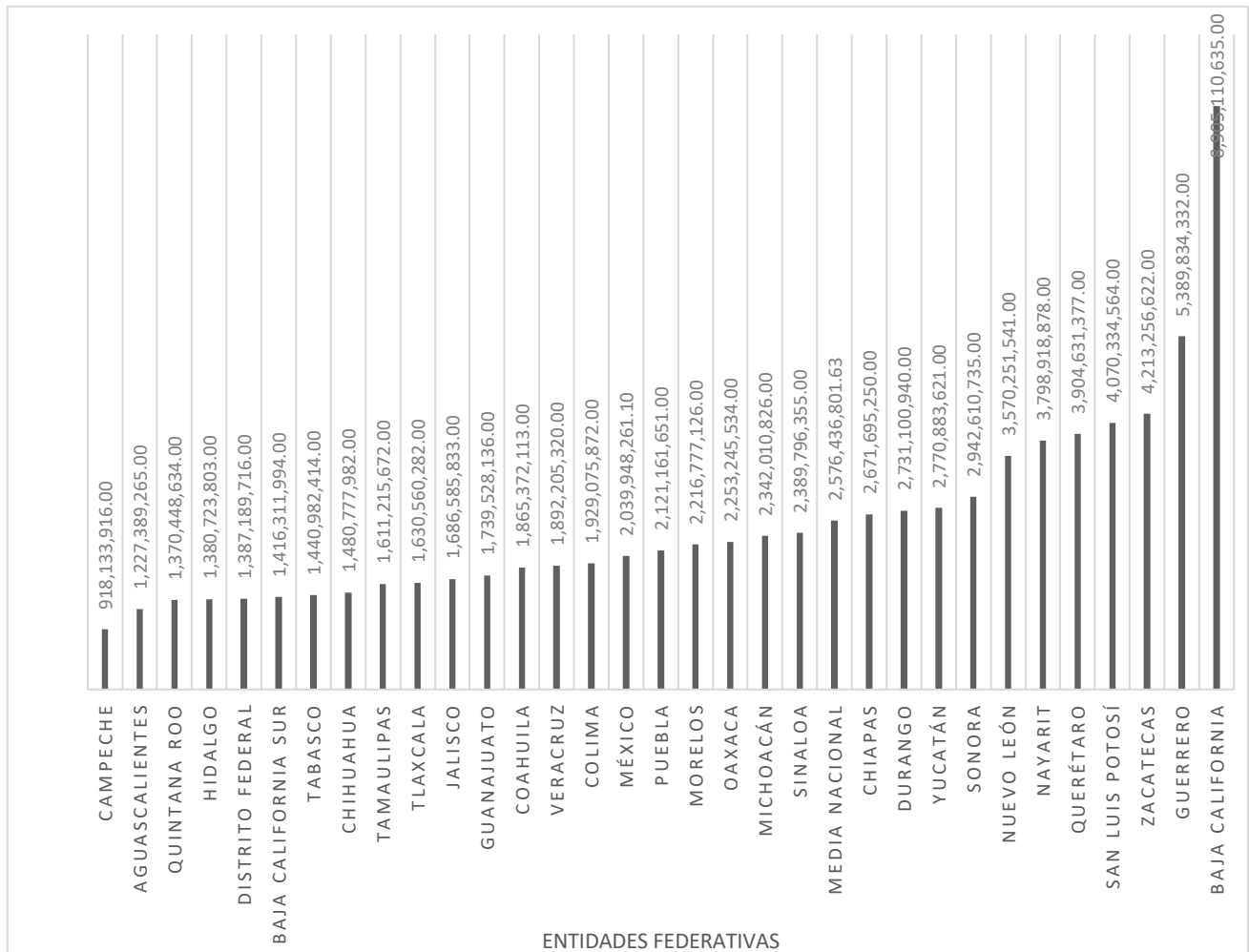
El FASSA se distribuye entre las entidades federativas a partir de cuatro criterios:

- a) El inventario de infraestructura médica y plantillas de personal transferidos a los estados;
- b) Las asignaciones presupuestarias para la contratación de personal humano incluidas en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), incluyéndose aquí las facilidades que permitan ampliaciones a las remuneraciones y sus respectivas prestaciones contractuales;
- c) Las erogaciones necesarias para la prestación de los servicios y las inversiones en infraestructura ejercida en ejercicios anteriores;
- d) Montos financieros cuyo destino sea fijado en el PEF y cuyo propósito fuese alcanzar una igualdad en la oferta sanitaria.

De estos criterios únicamente el último supone un componente redistributivo, en tanto los restantes son inerciales (Cámara de Diputados, 2018); la distribución de estos recursos ha venido en aumento como se puede apreciar en la figura 15:



Figura 15. Distribución de los recursos FASSA 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, de la SEGOB, (10, octubre 2019).

Los recursos federalizados transferidos a raíz de la descentralización no ayudaron a resolver el problema que conlleva el elevado gasto en salud en el sector privado afectando en particular, a la población fuera de los servicios contributivos, es decir, para estas familias cualquier atención médica representa un gasto de bolsillo que debía enfrentar sin aseguramiento de ninguna especie. Las erogaciones tienden a elevarse de manera proporcional con el nivel de especialización que sea requerida, este mismo fenómeno se repite al hablar de hospitalizaciones cuando estas se dan en nosocomios de



alta y muy alta especialidad. En otras palabras, si las familias requieren un mayor grado de especialización los costes en decremento de la economía de las familias, el cual en caso de superar un 30% de su ingreso son denominados gastos catastróficos (O'Donnell et al., 2008). Un gasto catastrófico genera un empobrecimiento de las familias reduciendo su patrimonio, al mismo tiempo que comprometen su nivel de vida en aras de sustentar el cuidado del sanitario de un integrante del hogar mediante el endeudamiento u otras prácticas adversas al bienestar familiar e individual de largo plazo.

A finales del siglo pasado la sanidad era percibida de manera simplificada de un derecho que todos los individuos tienen. Sin embargo, la salud en estos días a sufrido evoluciones que han llevado a considerarla como una equidad social. De esta manera se aprecia un punto de vista que se enfoca en la salud estrechamente ligado a la pobreza desde dos puntos de vista: la pobreza como determinante del exceso de morbimortalidad y la pobreza como una causa del empobrecimiento (Laurell A. , 2013).

A finales del siglo XIX Rosen (1972), demostró que existe una relación directa entre las condiciones de vida y trabajo, con relación a la enfermedad y la muerte. Se han generado numerosos estudios en los que se establece dicha relación, entre los países del centro como en los de la periferia. En el caso específico de América Latina la epidemiología crítica comenzó a trabajar este tema en la década de los setenta estableciendo una nueva manera de percibir la salud, desde una perspectiva social que puede causar salud o padecimientos (Laurell A. , 2013).

Lo anterior detono en una apuesta prometedora por parte del gobierno mexicano para ampliar la cobertura en salud, satisfacer el derecho a la salud y proteger la economía de los mexicanos que no contaban con los servicios de salud, lo que a continuación se explicará.

2.3.- Fundamentos de los sistemas de salud.

México a lo largo de los años se buscó de manera activa incluir las recomendaciones que la OMS y la OPS han hecho para el logro de un sistema sanitario



que permita garantizar la salud para todos. Bajo esta idea se pretende que el Estado impulse el bienestar social, para lograr este ideal se necesita garantizar el acceso a los servicios de salud en México. Es por esto, que en este apartado se sintetizan las principales normativas nacionales e internacionales que rigen el derecho a la salud desde una perspectiva de un derecho esencial para cada ser humano.

2.3.1.- La salud en México cómo un derecho.

Aun cuando la Constitución mexicana reconoció el derecho social a la protección de la salud hace veinte años, en la práctica, no todos los mexicanos contaban con la misma capacidad para ejercer este derecho (Frenk Julio, 2004). Anteriormente se expresó que la mitad de la población gozaba de la protección de la seguridad social siempre que estos gozaran de una relación laboral; por este estrato de la población enfrentaba menos obstáculos al acceso a los servicios médicos que la mitad no asegurada (Frenk et al., 2007).

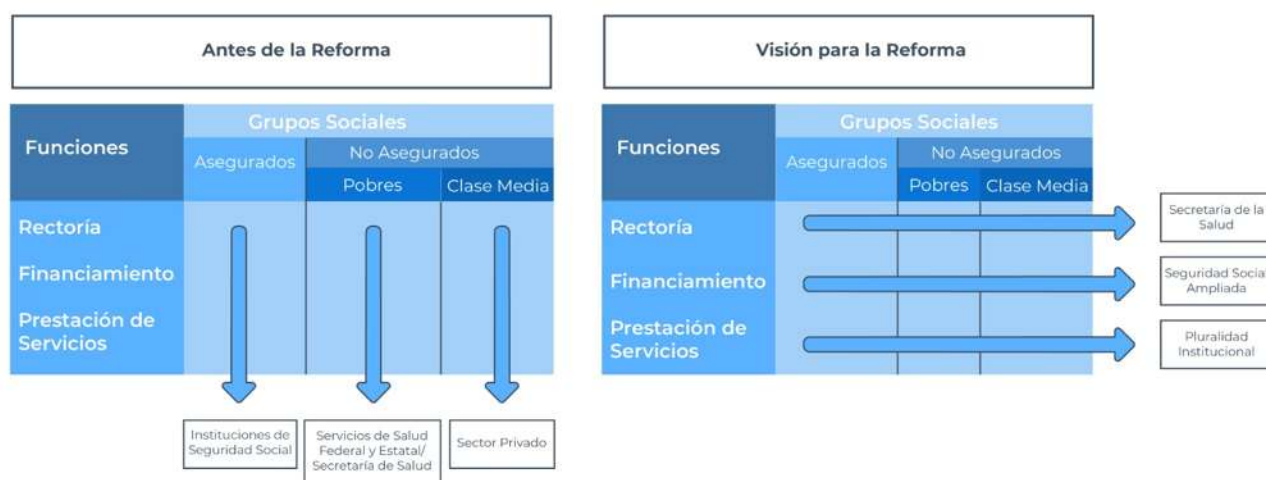
Esta separación basada en la ocupación de la población resulta incompatible ante la idea de que el acceso a la atención médica es un derecho humano, conforme lo estipulado en el PIDESC de Naciones Unidas. En palabras de Frenk (2007): “Mientras que México logró avanzar en el ejercicio de los derechos políticos y civiles como resultado de su proceso de democratización, resultaba claro que el siguiente gran reto era mejorar la desigualdad social mediante la garantía del ejercicio universal del derecho a los servicios de salud” (p. S27). En esta orden de ideas término “universal” conlleva dos vertientes la de cubrir a todos y de otorgar esta cobertura sin ningún tipo de discriminación.

La justificación que sustenta la reforma a la Ley General de Salud de 2003 fue la de reorganizar el sistema de salud mediante la integración horizontal de sus tres funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación de servicios. Con la nueva estructuración al Sistema de Salud se echa atrás el anterior sistema vertical por grupos poblacionales. La reforma fue diseñada con el fin de dotar de una mayor jerarquía a la Secretaría de Salud, lo cual ha quedado de manifiesto con los pasos que se han dado en esta dirección (Frenk



et al., 2007). En lo que concierne a la rectoría, la reforma fortalece la función de la Secretaría de Salud, incluyendo el monitoreo, la evaluación del desempeño y la regulación de todo el sistema de salud. Asimismo, homogeneiza y hace universal el derecho de los ciudadanos al financiamiento público para la protección de la salud, y empodera a los consumidores para influir sobre la prestación de oferta sanitaria vigoriza los servicios que pueden prestarse en los sistemas de sanidad.

Figura 16. Esquema antes y después de la reforma a la Ley General de Salud.



Fuente: Elaboración propia con base en Frenk, et al. (2003).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, se ha sido reconocida como una de las primeras cartas magnas en establecer los derechos y garantías tanto sociales como individuales. En este sentido, el derecho a la salud se puede catalogar como un derecho social, por lo que, al catalogarse de esta manera el Estado actúa por medio de políticas que pueden ser gubernamentales, programas o reformas sociales a fin de satisfacer estos requerimientos de carácter público (INEGI, 2011). En este orden de ideas, los derechos sociales obligan al Estado a garantizar el ejercicio de un derecho social, en el caso del derecho a la salud se requiere promover los servicios de salud en todas las etapas de la vida del ser humano.



Es importante establecer que la constitución mexicana de 1917 había visualizado la protección a la salud como parte de las prestaciones de seguridad social de los trabajadores y las familias de estos. En otras palabras, solo se visualizó que un segmento de la población mexicana podría contar con el derecho a la salud (Pérez, 2010). Es en este sentido que en el artículo 123 apartado A fracción XXIX título sexto que a la letra dice: “Se considera de utilidad social: el establecimiento de Cajas de Seguros Populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de Instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular” (CPEUM, 1917, p. 159). En esta lógica es que se redacta y promulga la Ley del Seguro Social en 1943.

En México nuestra carta magna establece el derecho a la salud hasta la tercera reforma del artículo 4 en cuyo párrafo cuarto textualmente señala: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (CPEUM, 1983, p. 10).

Esta adición constitucional establece como un derecho la protección de la salud, esto con la finalidad de que en el mediano plazo se establezca un Sistema Nacional de Salud que permitan el acceso a todos los ciudadanos mexicanos a instituciones que le permitan mantener, recuperar o mejorar sus niveles de salud con el fin de que el Estado mexicano obtenga una población más sana que fomente el desarrollo del país (Moctezuma, 2000, p. 28).

2.3.2.- Legislación nacional de salud.

Nuestro país ha generado una serie de reformas a su legislación con el fin de permanecer acordes a los contextos internacionales. En este sentido, el artículo 4 de la CPEUM en su tercera reforma, se reconoce el derecho de los ciudadanos mexicanos a



gozar de la protección a la salud. Es aquí donde emana la normatividad secundaria encargada de regular el programa de salud nacional, estableciendo las diferentes competencias tanto de la federación como de las entidades federativas. En el apartado siguiente, se analizan las principales normatividades secundarias que regulan el derecho a la salud en México.

Ley General de Salud

Esta ley es de aplicación general en todo el territorio nacional y ha tenido cuatro reformas a lo largo de la historia. Las primeras dos fueron en 1987, en junio de 1991 y la última se generó en mayo de 1997. En esta ley sentaron las bases legales del Sistema Nacional de Salud. al interior de esta norma, se establecen los ámbitos de competencia entre las dependencias de los distintos órdenes de gobierno (federales, estatales y municipales), que participan en las actividades relacionadas con el cuidado de la salud. Es también en esta ley, que se estipulan regulaciones tendientes a que la sociedad y el sector privado contribuyan para materializar el derecho a la salud nacional.

Moctezuma (2000), sostiene que las reformas de 1991 a la LGS fueron realizadas con la finalidad de afianzar al SNS incrementando la calidad en la atención médica, atenuar las inequidades colectivas asegurando la accesibilidad universal a la salud de manera imparcial al más alto nivel, haciendo hincapié en la protección y lucha de las morbilidades, la salvaguarda de la naturaleza y la sanidad básica. Resulta evidente que estas modificaciones legales en México reconocían el derecho a la salud que la DUDH de 1948 especificaba, así como el apego al PIDESC de 1966 en el que se pretendió dotar a la población del derecho de estas a disfrutar de una sanidad mental y física con relación a su entorno social.

Acorde con las visiones internacionales de la salud la LGS en su artículo 1, reglamenta el derecho a la salud de todos los mexicanos a gozar de una vida saludable. Este artículo sienta las bases y los mecanismos mediante los que los mexicanos pueden gozar de los servicios médicos y sanitarios. Aquí se pone de manifiesto la concurrencia entre los estados y la federación en el ámbito de los servicios sanitarios (SSA, 1984).



La LGS en su artículo 2 plasma los propósitos que el estado mexicano debe seguir. Aquí destacan, el logro del bienestar físico y mental de los ciudadanos, que les permitan ampliar sus capacidades, preservar su nivel de vida, y crear o incrementar los valores que permitan continuar con un estado sanitario que faciliten su desarrollo. Dar a la población el conocimiento suficiente para sacarles provecho a los servicios médicos y, por último, generar conocimientos científicos y tecnológicos que serán aprovechados en pro de la salud (SSA, 1984).

Los objetivos son importantes para entender el rumbo que toman las políticas sanitarias en México. El artículo 4 de la LGS estructura las autoridades sanitarias en México: El líder del ejecutivo federal, El Consejo de Salubridad General (CSG); La SSA, y Los representantes de las entidades federativas y el Distrito Federal. Ahora bien, el artículo 5 de la LGS habla de la conformación del SNS, quienes serán los organismos e instituciones tanto federales como estatales, así también, aquellos individuos o empresas inmersas en el ámbito social o privado, que ofertaran la atención médica, así como los dispositivos de colaboración de procedimientos cuyo fin es el de salvaguardar el acceso efectivo a la salud (SSA, 1984).

La LGS muestra cuales son los objetivos que el SNS deberán alcanzar. Dichos objetivos son: 1.- Proveer la atención médica a todos los mexicanos de calidad; 2.- colaborar para un desarrollo poblacional equilibrado; 3.- participar en el bienestar de la población vulnerable mediante la prestación gratuita de servicios sanitarios; 4.- Dinamizar la evolución de las familias y comunidades incluyendo aquellos sectores indígenas en México; 5.- elevar el contexto sanitario del ecosistema que mejore los niveles de vida; 6.- incentivar un régimen de salud en el que se potencialicen sus recursos humanos, tanto en los métodos y tratamientos tradicionales como los tratamientos ancestrales de las comunidades indígenas; 7.- reformar las pautas culturales que establecen las costumbres sanitarias y del aprovechamiento de los servicios que el SNS brinda; 8.- estimular una estructura de salud que pueda crear productos dañinos a la salud; 9.- generar atenciones médicas de calidad apoyadas con las Tic's¹²; 10- encauzar a la ciudadanía respecto a las

¹² Tecnologías de la información y las comunicaciones.



ventajas de una adecuada alimentación; 11.- articular políticas que encaucen a la sociedad a llevar una dieta de calidad y; 12.- erigir estrategias que permitan atender a personas que han sufrido acoso o abuso en las instituciones educativas (SSA, 1984)

Analizando los artículos vigentes en el año de 1984, México comenzó a formalizar la reglamentación del derecho a la salud incrustado en el CPEUM. Se hace necesaria la existencia de una ley en la que se delimiten a los actores que se interrelacionan en este derecho, haciendo énfasis a los alcances que el Estado mexicano se propone. Estos artículos muestran la importancia de incorporar a los actores involucrado permitiendo un desarrollo pleno capaz de lograr el bienestar social.

El siguiente apartado se continuará con el análisis de la LGS. Se hará énfasis en las reformas y adiciones que la administración del gobierno de Andrés Manuel López Obrador ha venido realizando para implementar sus políticas sanitarias para lograr el bienestar mediante el impulso de la universalidad sanitaria.

2.3.3.- Principales modificaciones a la Ley General de Salud en 2019.

Buscando el bienestar en México en salud, se generaron propuestas modificatorias a la LGS. Considerando esto, el pasado 29 de noviembre de 2019 se realizaron reformas a la LGS que buscan regular y conformar el nuevo SNS. La principal propuesta fue la desaparición de la CNPSS y a su brazo operativo el Seguro Popular para dar paso al Instituto de Salud para el Bienestar.

Conforme a este planteamiento se adiciona a la LGS un título tercero bis en el que se reglamenta la gratuidad en los servicios médicos y en la dotación de medicamentos para aquellos que no cuentan con un aseguramiento al sistema de salud. El primer artículo adicionado es el 77 bis 1 señala que cualquier persona ubicada en el territorio nacional que no cuente con alguna afiliación al sistema sanitario, podrá contar con los servicios médicos, sin que ello implique pago alguno por esta contraprestación (Ley General de Salud, 2019).

El mismo artículo continúa con la estableciendo como debe darse la seguridad social:



La protección a la salud, será garantizada por el Estado, bajo criterios de universalidad e igualdad, deberá generar las condiciones que permitan brindar el acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médicos, incluidas intervenciones quirúrgicas, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación... (Ley General de Salud, 2019, p. 30).

El párrafo anterior muestra la intensión del gobierno federal por alcanzar un servicio universal y de calidad para los mexicanos.

Si bien el artículo anterior habla de tener derecho a recibir de forma gratuita los servicios públicos de salud, es artículo 77 bis 2 define la gratuidad como el otorgamiento de medicinas atención médica y los materiales relacionados con la atención a los individuos que no gocen de adscripción en alguna entidad del SNS. Cabe señalar que la oferta de estos servicios puede ser suministrado de manera directa por la SSA, o de forma colaborativa con las SESA. Aquí también se delimitan cuales secretarías podrán dotar a la población los servicios de salud gratuita, asignado para estos fines a la SSA junto con el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), quienes en su conjunto deberán proveer los medicamentos y demás insumos que se requieran, siempre y cuando exista una firma de convenio de coordinación con las entidades federativas (Ley General de Salud, 2019).

El convenio a que se refiere el artículo 77 bis 2, se aborda en el artículo 77 bis 6. Este pacto deberá darse entre el INSABI y los estados mediante un modelo nacional establecido por la SSA. Este instrumento deberá contener al menos: I.- los mecanismos de organización y de las funciones para suministrar servicios, entrega de fármacos y materiales relacionados sin costes para los demandantes; II.- los conceptos de las erogaciones; III.- la finalidad de los recursos financieros y, IV.- Indicadores que permitan



el monitoreo tanto del ejercicio presupuestario como de la prestación sin coste de la atención sanitaria (Ley General de Salud, 2019).

Por otro lado, la fracción IV del 77 bis 6 plantea la creación de parámetros de monitoreo para evaluar los servicios de salud. Sin embargo, estos quedan a la ambigüedad conceptual, dado que las modificaciones a la LGS se limitan a hablar de la transparencia y fiscalización en un capitulo nuevo el número VII donde se norma lo relativo al ejercicio, control, supervisión y evaluación de los recursos públicos (Ley General de Salud, 2019).

Ahora bien, continuando con el uso y evaluación de los recursos públicos, el artículo 77 bis 31 sostiene que los recursos que se emplearán para dotar servicios sanitarios sin una cuota monetaria de recuperación destinados a la adquisición de fármacos o de insumos. Bajo esta tesitura los estados, la SSA y el ISABI deberán generar los instrumentos necesarios para rendir cuentas a la sociedad relativas a las atenciones que otorgan, el número de beneficiarios con los que cuentan, cantidad y tipo de medicamentos e insumos (Ley General de Salud, 2019).

Analizando las modificaciones a la LGS relativas a la rendición de cuentas respecto del ejercicio de los recursos públicos este concepto no es debidamente abordado aquí por lo que, se hace necesario profundizar este tema en la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG). En esta ley en su capítulo IV de la información relativa al ejercicio presupuestario se establecen las obligaciones que los ejecutores de recursos públicos tienen.

En el artículo 74 de la LGCG se habla de la información que los ejecutores de los recursos públicos federalizados en materia de salud deberán generar. La información se divide principalmente en dos grandes rubros: las entidades federativas y la secretaría de salud a nivel federal. En la fracción primera del artículo 74 se aborda la información que las entidades federativas deberán publicar y entregar a la SSA de manera trimestral. Aquí se encuentran: a) información del personal contratado y comisionado describiendo las funciones y plazas, b) Pagos retroactivos al personal que labora en las secretarías, c)



pagos generados distintos a los costes habituales de las plazas (Ley General de Contabilidad Gubernamental, 2008).

La fracción segunda del artículo 74 de la LGCG habla de: a) conciliar con los gobiernos estatales el número y tipo de plazas identificando si estas son de origen federal o estatal; b) Coordinar los pagos de nómina solo a los trabajadores que tengan su Registro Federal de Contribuyentes, c) remitir a la cámara baja a lo largo de la primera mitad del ejercicio fiscal una lista que contenga los nombres y plazas y las entidades federativas donde laboran, e) examinar que las remuneraciones sean pagadas con recursos del fondo, e) contar para el último día de julio con un registro actualizado del personal con plaza federal, f) Incorporar en la página de internet oficial la información que sea transmitida por los estados de conformidad al artículo 85 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) (Ley General de Contabilidad Gubernamental , 2008).

Aun no resulta claro que tipo de información es la referida en la fracción segunda inciso f) artículo 74 de la LGCG, dado que, esta nos remite al artículo 85 de la LFPRH. En este artículo se habla de la rendición de cuentas y el tipo de información relativa a los gastos generados con recursos públicos de origen federal. Considera los montos que son enviados a los estados y sus municipios que estarán supeditados a lo siguiente: a) referente a los montos federales que utilicen deberán ser verificados de conformidad a los indicadores conforme lo estipulado por el artículo 110 de la LFPRH y, b) remitir al presidente de la república la documentación sobre el fin de los recursos recibidos, así como, la eficacia de estos. Aquí se deberá documentar el efecto que los recursos ejercieron en la población, haciendo una separación entre hombres y mujeres de conformidad al art 110 de la LFPRH (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Union, 2006).

Es hasta el artículo 110 de la LFPRH donde se habla de evaluación. Aquí se estipula que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público realizará de manera trimestral una evaluación económica de ingresos y egresos, que serán analizados por el CONEVAL. Estas evaluaciones se harán mediante “la verificación del grado de cumplimiento de



objetivos y metas, con base en indicadores estratégicos y de gestión que permitan conocer los resultados de la aplicación de los recursos públicos federales” (LFPRH, 2006, p. 66). Aquí mismo se estructura la manera en la que las evaluaciones al desempeño deberán realizarse, estas deberán aplicarse por aquellos que cuenten con experiencia en la evaluación, deberán ser públicas e informaran los datos del evaluador, información general de aquellos órganos públicos que darán seguimiento a las evaluaciones, tipo de contratación del fiscalizador y la clase de auditoría que se llevaría a cabo (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Union, 2006).

Posterior al análisis anteriormente realizado se percibe que se habla de transparencia y de evaluación, sin embargo, no se han atendido los principales componentes de la evaluación de la política pública la creación de indicadores que permitan realizar un análisis más allá de un simple conteo de recursos federalizados transferidos y el monto erogado por los ejecutores, para llegar a una fiscalización al desempeño a fin de medir el alcance de las metas previamente establecidas y verificar los verdaderos impactos en la sociedad. En el ámbito de la salud se requiere medir el grado de cumplimiento del Estado sobre un derecho que la sociedad tiene estipulado en la carta magna; en otras palabras, medir en que grado se alcanza un acceso efectivo a la salud.

2.4.- La seguridad social en México para la 4ta transformación.

En este apartado se mostrarán las modificaciones legales que dan nacimiento al Instituto para el Bienestar. Resulta importante presentar los alcances y obligaciones que a este naciente instituto le fueron asignados. En este apartado se muestran los lineamientos, objetivos y metas mediante las que el Sistema de Salud de la administración de López Obrador deberán actuar. Describiremos el Programa Sectorial de Salud 20-24, conociendo así las líneas de acción e indicadores que buscan ser alcanzados por esta administración.



2.4.1. - La creación del Instituto de Salud para el Bienestar.

Una de las principales modificaciones al SNS, se da con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Este sistema se encuentra sustentado en el capítulo VIII. Este capítulo incluye los artículos 77 bis 33 al artículo 77 bis 35 J. Aquí se establece la figura este instituto, la conformación de su cuerpo directivo, su personalidad jurídica y cuál será la secretaría a cargo de este sistema.

En el artículo 77 bis 35 de la Ley General de Salud, establece la conformación del Instituto y su objeto de la siguiente manera: “El Instituto de Salud para el Bienestar, es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud” (Ley General de Salud, 2019, p. 43).

Es en este mismo artículo habla del objeto del INSABI:

...proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud ..., acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (Ley General de Salud, 2019, p. 43).

Se busca: 1.- dotar a la población de los servicios sanitarios y medicinas sin pago alguno por parte del individuo; 2.- participar de manera conjunta en los tres niveles de gobierno mediante instrumentos jurídicos en los que se fijen metas; 3.- cuantificar el grado de alcance de los objetivos establecidos; 4.- retroalimentar a la SSA para las modificaciones a las legislaciones sanitarias; 5.- promover redes de los servicios sanitarios donde las entidades que participen trabajen en conjunto; 6.- coordinarse con la SSA para emplear de manera eficiente los recursos sanitarios; 7.- vigilar que los centros



de salud administradas por el INSABI tengan el personal humano necesario para dar servicios de salud; 8.- en materia de personal el INSABI buscará generar incentivos monetarios para trabajadores en centros de salud en lugares marginados; auxiliar en la preparación profesional de los trabajadores; sugerir la basificación de los trabajadores; generar una plantilla debidamente actualizada de los trabajadores en los centros de salud; 9.- sumarse a la adquisición consolidada de medicinas para asegurar el abasto de ellos; 10.- entregar los montos financieros que correspondan a cada estado; 11.- llevar un registro de las personas tratadas en el INSABI (Ley General de Salud, 2019).

Ahora bien, el artículo 77 bis 35 B señala que el INSABI administrativamente se conforma por la dirección y administración la cual comprende: I) la Junta de Gobierno y II) Un director general (Ley General de Salud, 2019). La junta de gobierno está conformada según el artículo 77 bis 35 C, por un grupo diverso de profesionales de la salud que conforman un cuerpo colegiado¹³ que buscan alcanzar el bienestar de la sociedad.

Después de analizar los artículos arriba señalados se puede apreciar una repetición conceptual de a lo largo de los artículos 77 bis 1 al 77 bis 34. Estos artículos carecen de profundidad, dado que en las adiciones a la Ley General de Salud se hace muy repetitivos conceptos como la prestación gratuita los servicios de salud. Se carece de indicadores que auxilien al implementado de políticas a evaluar el accionar del INSABI. Con el fin de establecer los avances que se estén logrando en el acceso efectivo a la salud y no solo de una amplitud en la cobertura de salud, lo que, dicho sea de paso, ha sido lo que se ha ponderado en los últimos sexenios.

¹³ La junta de gobierno la conforman I) el titular de la SSA, II) el titular de la Secretaría del Consejo de Salubridad General; III) el titular de la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud; IV) el titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud; V) el titular de la Subsecretaría de Egresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; VI) el titular de la Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano de la Secretaría de Bienestar; VII) el titular del Instituto Mexicano del Seguro Social; VIII) el titular del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; IX) el titular del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y X) un representante del Sindicato de los trabajadores de la Secretaría de Salud (Ley General de Salud, 2019 p. 27)



2.4.2. - El Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

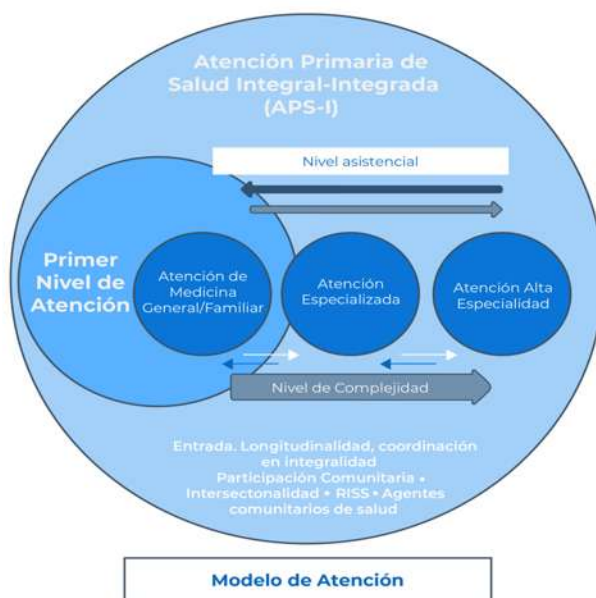
El gobierno federal busca implementar políticas sanitarias bajo la premisa de federalizar nuevamente los servicios sanitarios, la fabricación y suministro de medicinas, para garantizar una atención médica, y medicamentos de forma gratuita en México. Este Programa busca transmutar el modelo de atención por medio de la vigilancia sanitaria y epidemiológica desde un punto de vista del territorio (SSA, 2020).

La transformación se hará mediante acciones al interior de los sectores del SNS, con el fin de cambiar los factores determinantes de la salud. Se busca tener un punto de vista de derechos. El gobierno federal pretende asegurar el bienestar social aplicando políticas entre las diferentes dependencias donde se enfoquen esfuerzos, para que la sociedad pueda acceder a alimentos saludables. Esta alimentación se proporcionará por un nuevo sistema agroalimentario sustentable (SSA, 2020).

La Secretaría de Salud pretende fortalecer y reorganizar la atención médica de primer nivel para que este nivel tenga la capacidad de dar solución al 85% de los problemas sanitarios mejorando la calidad de vida de los individuos implementando el modelo APS-I (SSA, 2020). Este modelo parte desde la interacción con la persona para prevenir y promover la salud, prosigue con la asistencia ambulatoria primaria del Primer Nivel de Atención (PNA), el cual ira creciendo en sintonía a la complejidad presentada por el individuo. La progresión de intención primaria a alta especialidad no es necesariamente un proceso lineal, estará en función de las necesidades de los individuos (SSA, 2019). Lo anterior se aprecia en la ilustración siguiente:



Ilustración 2. Modelo de atención primaria integral-integrada.



Fuente: Elaboración propia con base en Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx (SSA, 2019, p. 42).

La APS-I Mx y el PNA, no son sinónimos. La primera se refiere a una estrategia que comprenden y magnifican las acciones encaminadas a atender la salud, empleando bienes e insumos necesarios para detectar y atender las enfermedades de los individuos (SSA, 2019), esto se aprecia en la ilustración siguiente:

Ilustración 3. Conformación del modelo de atención APS-I, estrategia mexicana.

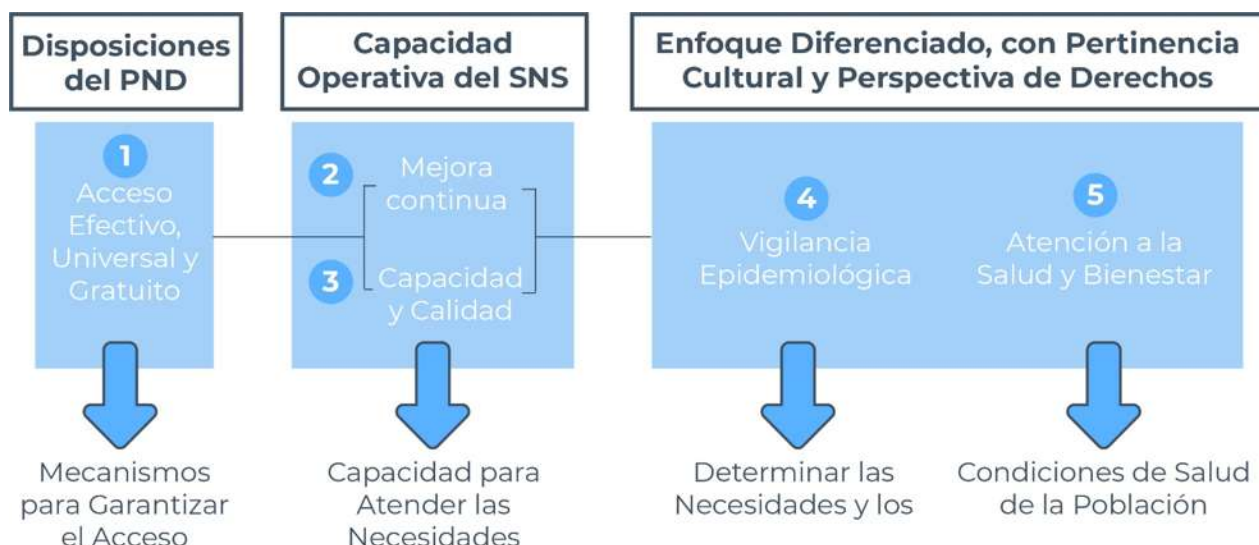


Fuente: Elaboración propia con base en Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx (SSA, 2019, p. 42).



La apuesta federal para implementar la APS-I Mx, requiere transformar las unidades de salud encargadas de atender el PNA como son los pequeños centros de salud, los centros de servicios de salud ampliados (CSSA) y las unidades móviles. Aun cuando los esfuerzos están centrados en la atención primaria estas por sí mismas no son capaces de dar solución a las problemáticas de salud, más complejas. La idea de implementar la APS-I Mx, parte del estudio de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada, en la que se concluyó que existen servicios de alta complejidad en prácticamente la totalidad del país, sin embargo, los servicios de subespecialidades se encuentran muy dispersos a lo largo del territorio nacional (SSA, 2020). Todo lo anterior puede ser resumida en 5 objetivos prioritarios, 26 estrategias y 201 acciones puntuales que pueden ser fácilmente apreciadas en el cuadro siguiente:

Ilustración 4. Estructura de los objetivos y estrategias prioritarias.



Fuente: Elaboración propia con base en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).

Tabla 7. Objetivos del Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

Objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2020-2024	
1	Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social, que la población cuente con atención médica y hospitalaria sin



Objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2020-2024	
	costos, contar con exámenes médicos y medicamentos para tratar sus padecimientos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.
2	Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del Sistema Nacional de Salud que permitan ofertar una atención integral de salud pública que hagan posible la participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.
3	Incrementar la capacidad humana e infraestructura en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, poniendo énfasis en regiones con alta y muy alta marginación con una visión intercultural que garantice los derechos.
4	Garantizar que las políticas públicas sanitarias sean eficaces mediante el uso de información oportuna y confiable, que permita promover y prevenir la salud, considerando la heterogeneidad poblacional, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.
5	Mejorar la protección de la salud con una percepción holística en que se anteponga la prevención de riesgos a la salud, el tratamiento y control sanitario, priorizando aquellas enfermedades que causen una mayor mortalidad poblacional.

Fuente: Elaboración propia con base en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).

Este nuevo enfoque plantea una revolución completa en el sistema sanitario nacional. Ahora bien, no podemos únicamente plantear las aristas de una política sanitaria sin considerar las metas e indicadores que la SNS plantea. Recordemos que los presupuestos nacionales contienen un componente adicional en el cual se estiman las metas e indicadores para cada una de las metas, estos son los presupuestos basados en resultados. En la siguiente sección analizaremos las distintas metas planteadas por el gobierno de la llamada cuarta transformación.

2.4.3. – Las metas del Programa Sectorial de Salud.

Las metas que se han planteado para medir el alcance de cada uno de los objetivos prioritarios se dividen en cinco rubros: A) Acceso efectivo, universal y gratuito; B) Capacidad operativa del SNS, mejora continua; C) Capacidad operativa del SNS, capacidad y calidad; D) Vigilancia epidemiológica y E) Atención a la salud y bienestar.



Analizaremos cada una de las metas denominadas como “Metas para el bienestar y parámetros” (SSA, 2020).

A) Acceso efectivo, universal y gratuito. Para este objetivo se plantearon 3 indicadores:

Tabla 8. Metas del bienestar para el objetivo prioritario A)

Indicador	Nombre	Desagregación	Periodicidad	Método de Cálculo		Fuente de Información		Meta para 2024
				Numerador	Denominador	Numerador	Denominador	
1.1	% de población con carencia de acceso a los servicios de salud y/o con alguna barrera para acceder al mismo: geográfica, económica, cultural, entre otras	Nacional	Bienal	Personas en situación de carencia de acceso a los servicios de salud	Población total	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares (módulo de Condiciones Socioeconómicas)	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares (módulo de Condiciones Socioeconómicas)	0
1.2	Porcentaje de surtimiento completo de recetas.	Nacional	Bienal	Número de pacientes a los que se entregó la totalidad de los medicamentos marcados en su receta	Total, de pacientes encuestados con receta médica	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)	100
1.3	Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso cuyos gastos en salud sean catastróficos	Nacional	Bienal	Número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	Total, de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares (módulo de Condiciones Socioeconómicas)	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares (módulo de Condiciones Socioeconómicas)	3

Fuente: Elaboración propia con base en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).

Estos indicadores son medidos de manera bienal, debido a que con esta periodicidad temporal se generan cada una de las encuestas necesarias para calcular estos indicadores. En este objetivo se plantearon 6 estrategias prioritarias con las que se busca dar servicios de salud a las personas que no cuentan con una protección sanitaria, estas estrategias son:



- I. Consolidar al INSABI para que este pueda ofertar atención médica, hospitalaria y medicamentos a los individuos que no estén afiliados en alguna institución de seguridad social.
- II. Garantizar los servicios sanitarios y medicamentos sin costo para aquellas personas sin seguridad social.
- III. Dotar a personas sin seguridad social acciones sanitarias que extiendan su calidad de vida.
- IV. Perfeccionar la atención médica de especialidad, ofertada a la población sin seguridad social.
- V. Promover la colaboración de las comunidades que permitan la articulación de políticas públicas sanitarias incluyentes.
- VI. Consolidar la maquinaria encargada de producir, abastecer y establecer precios de medicamentos e insumos médicos (SSA, 2020).

El objetivo número 1 consta de 6 estrategias las cuales en su conjunto sumarán para que en México se cuente con un acceso gratuito y universal de los servicios sanitarios. Se busca mejorar la calidad en los servicios sanitarios, ampliar la participación ciudadana y garantizar el acceso a los medicamentos. Sin embargo, las tres metas planteadas se concentran en el número de personas que puedan acceder a los servicios sanitarios, al número de personas que pudieron recibir sus medicamentos y a la reducción del gasto de bolsillo de las familias, dejando de lado la calidad de los servicios y la calidad de vida de las familias.

B) Capacidad operativa del Sistema Nacional de Salud, mejora continua. Para este objetivo se plantearon 3 indicadores:

Tabla 9. Metas del bienestar para el objetivo prioritario B)

Indicador	Nombre	Desagregación	Periodicidad	Método de Cálculo		Fuente de Información		Meta para 2024
				Numerador	Denominador	Numerador	Denominador	
2.1	Porcentaje del gasto público en salud ejercido en	Nacional	Anual	Gasto público en salud en el primer nivel de atención	Gasto interno general del gobierno en salud	Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y	Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y	30% del gasto público



Indicador	Nombre	Desagregación	Periodicidad	Método de Cálculo		Fuente de Información		Meta para 2024
				Numerador	Denominador	Numerador	Denominador	
	el primer nivel de atención					Estatál (SICUENTAS)	Estatál (SICUENTAS)	
2.2	Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.	Nacional	Anual	Total, de muertes por las 4 causas entre la edad exacta 30-69 años	Población total entre la edad exacta x y la edad exacta 30-69 años	Estadísticas Vitales, defunciones, DGIS/INEGI	Proyecciones de Población 2016-2050, CONAPO	0.14368 Aumentar la Esperanza de Vida
2.3	Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en hospitales no especializados	Nacional	Anual	Egresos hospitalarios por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio hospitales no especializados en 2016	Total, de egresos hospitalarios no especializados en 2016	Base de datos de Egresos Hospitalarios Sectorial	Base de datos de Egresos Hospitalarios Sectorial	12.5 Reducir 10% el Indicador

Fuente: Elaboración propia basado en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (SSA, 2020).

Estos indicadores son medidos de manera anual, debido a que con esta periodicidad temporal se generan cada una de las bases de datos necesarias para calcular estos indicadores. En este objetivo se plantearon 6 estrategias prioritarias con las que se busca mejorar la capacidad operativa del SNS con una mejora continua, estas estrategias son:

- I. Orquestar un modelo de Atención Primaria de Salud Integral, que garantice el acceso a los servicios sanitarios.
- II. Estructurar un sistema de referencia y contra referencia en los distintos niveles de atención sanitaria (especialidades, hospitalizaciones y cirugías).
- III. Consolidar un modelo integral de atención y apoyo social que logren procesos sanitarios eficientes y una mayor cobertura a los servicios de asistencia social.
- IV. Fortalecer una estructura que permita evaluar y dar seguimiento a las políticas públicas implementadas, lo que permitirá precisar el efecto real que estas políticas tienen en la población objetivo.
- V. Establecer los procesos necesarios que permitan facilitar la atención adecuada para mujeres víctimas de violencia pertenecientes a comunidades indígenas.



VI. Promover la transparencia y rendición de cuentas permitiendo combatir la corrupción es especial en el ejercicio presupuestal de recursos (SSA, 2020).

El objetivo número 2 consta de 6 estrategias las cuales en su conjunto sumarán para que el Sistema Nacional de Salud en México mejorando continuamente. Se busca implementar un nuevo modelo de atención primaria que al fortalecerse tenga la capacidad de dar solución a un gran número de padecimientos, se busca establecer una comunicación interinstitucional que facilite la planeación y la correcta implementación de los planes sanitarios. Así mismo, se propone generar sistemas que transparenten el uso de los recursos públicos y la rendición de cuentas. Sin embargo, las tres metas planteadas consideran el aumento financiero y presupuestario de recursos mas no se considera que tipo de información deberá ser dada a conocer a la ciudadanía para que se pueda considerar un ejercicio presupuestal adecuado.

C) Capacidad operativa del Sistema Nacional de Salud, mejora continua. Para este objetivo se plantearon 3 indicadores:

Tabla 10. Metas del bienestar para el objetivo prioritario C)

Indicador	Nombre	Desagregación	Periodicidad	Método de Calculo		Fuente de Información		Meta para 2024
				Numerador	Denominador	Numerador	Denominador	
3.1	Porcentaje de las acciones concluidas de infraestructura de los Servicios Estatales de Salud	Nacional	Anual	Número de obras de infraestructura concluidas	Total, de obras de infraestructura en proceso	Registros administrativos Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	Registros administrativos Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	52 obras concluidas
3.2	Proporción de recomendaciones atendidas en todos los proyectos de evaluación	Nacional	Anual	Recomendaciones atendidas	Recomendaciones Comprometidas	Dirección General de Evaluación del Desempeño	Dirección General de Evaluación del Desempeño	85% de atendidas
3.3	Número de participantes registrados que concluyen los cursos de EDUC@DS	Nacional	Anual	Número de participantes registrados en los cursos de EDUC@DS que concluyen los cursos	Número de participantes registrados en los cursos de EDUC@DS (POR) x 100	Registros de plataforma EDUC@DS	Registros de la plataforma EDUC@DS	65% participante s terminan el curso

Fuente: Elaboración propia con base en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (SSA, 2020).



Estos indicadores son medidos de manera anual, debido a que con esta periodicidad temporal se generan cada una de las bases de datos necesarias para calcular estos indicadores. En este objetivo se plantearon 4 estrategias prioritarias con las que se busca aumentar en número de profesionales de la salud y de infraestructura del SNS con una mejora continua, estas estrategias son:

- I. Reconocer los requerimientos del Sistema Nacional de Salud para proyectar un aumento de las capacidades de estos.
- II. Crear y ejecutar políticas que permitan formar al personal comisionado para dotar de servicios sanitarios.
- III. Aumentar y desarrollar la infraestructura sanitaria, así como el equipo médico que permita dar un servicio de salud de calidad.
- IV. Actualizar los sistemas informáticos a fin de afianzar la obtención de información fidedigna y conveniente que auxilie a la implementación de las políticas públicas sanitarias (SSA, 2020).

El objetivo número 3 en la que se busca mejorar la calidad y la capacidad del Sistema Nacional de Salud, aquí se incluyen al apartado físico, a los sistemas de información, así como, al personal encargado de dar los servicios de salud. Sin embargo, al comparar las metas para este objetivo, encontramos que las obras se tienen como un parámetro el completar las obras, si bien este punto es importante se requeriría una mayor especificidad que permita diferenciar entre una remodelación y la construcción de nuevas clínicas o quirófanos, por nombrar algunos. Se busca medir el cumplimiento de las recomendaciones recordando que estas derivan de la fiscalización por lo que debería buscarse cumplir al 100% con ellas y no solo con el 85%. Por último, en lo relativo a la capacitación únicamente se apuesta a la capacitación que se otorga mediante la plataforma EDUCAD@S sin considerar cualquier otra capacitación, así mismo, se plantea como meta el que únicamente el 65% del personal inscrito termine las capacitaciones y más si considerando que en el 2020 se tiene un 61%.

D) Vigilancia epidemiológica. Para este objetivo se plantearon 3 indicadores:



Tabla 11. Metas del bienestar para el objetivo prioritario D)

Indicador	Nombre	Desagregación	Periodicidad	Método de Cálculo		Fuente de Información		Meta para 2024
				Numerador	Denominador	Numerador	Denominador	
4.1	Cobertura de vacunación en niñas y niños de 1 año de edad con esquema completo	Nacional	Anual	Niñas y niños de un año con esquema completo de vacunación en el año t1	Niñas y niños de 1 año de edad en el año t1	Servicios Estatales de Salud/CENSA/D GIS	CONAPO	90% de los niños con esquema completo
4.2	Porcentaje de personas con VIH que conocen su estado serológico	Nacional	Anual	Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH en el año t	Estimación de personas que viven con el VIH en el año t	SS/Conasida/Comité de Monitoreo y Evaluación/Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS.	Dirección General de Evaluación del Desempeño	90% de personas con VIH sepan su enfermedad
4.3	Incidencia por Dengue	Nacional	Anual	Casos de dengue	Población	Dirección General de Epidemiología	CONAPO	11.4 infectados por cada 100,000

Fuente: Elaboración propia con base en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).

Estos indicadores son medidos de manera anual, debido a que con esta periodicidad temporal se generan cada una de las bases de datos necesarias para calcular estos indicadores. En este objetivo se plantearon 5 estrategias prioritarias con las que se busca mejorar el entorno y sus determinantes sociales a fin de vigilar y dar seguimientos epidemiológicos, estas estrategias son:

- I. Consolidar la atención sanitaria con base en investigación científica con el fin de generar un trabajo en conjunto del SNS para afrontar las necesidades nacionales.
- II. Dar fortaleza a la normatividad y la maquinaria que permita disminuir los riesgos sanitarios, que hagan posible vigilar y promover los cuidados sanitarios.
- III. Fomentar los ambientes sanos y sustentables para brindar un medio adecuado para preservar el estado de salud.
- IV. Realizar investigaciones relativas a los hábitos y estilo de vida nacional que permitan mitigar los padecimientos de enfermedades no transmisibles.
- V. Articular programas preventivos y de control de las ETS a fin de evitar los contagios nacionales (SSA, 2020).



El objetivo número 4 en la que se busca contar con una vigilancia epidemiológica por parte del SNS. En este objetivo se muestran cinco acciones que buscan promover la investigación científica para incidir en la salud de los mexicanos. Encontramos uno de los principales puntos el de buscar un ambiente propicio para un estilo de vida sano. Otra de las principales acciones se encuentra en investigar los hábitos y estilo de vida que pudieran generar afectaciones al estado de salud de los mexicanos. Ahora comparando las acciones con las metas que buscan establecer si el objetivo se cumple, únicamente encontramos un parámetro para medir las infecciones por dengue. En este tenor, se tiene un parámetro encargado de establecer el número de niños que cuentan con el esquema completo de vacunación. Por último, se medirá el número de personas infectadas por el VIH que conocen de su padecimiento, estas metas si bien son importantes dejan de lado medidas ambientales como la contaminación de suelos o de mantos freáticos, así como el cambio de hábitos sociales perjudiciales que pudiesen generar enfermedades no transmisibles pero que tienen gran incidencia en la tasa de mortalidad en México.

E) Atención a la salud y bienestar. Para este objetivo se plantearon 3 indicadores:

Tabla 12. Metas del bienestar para el objetivo prioritario E)

Indicador	Nombre	Desagregación	Periodicidad	Método de Cálculo		Fuente de Información		Meta para 2024
				Numerador	Denominador	Numerador	Denominador	
5.1	Razón de mortalidad materna	Nacional	Anual	Defunciones Maternas	Número de Nacidos vivos	Sistema único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)	Subsistema de Información sobre Nacimientos	25 muertes maternas por cada 100,000
5.2	Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad	Nacional	Anual	Niñas y niños entre 5 a 11 años de edad con obesidad	Total, de niñas y niños entre 5 a 11 años de edad	ENSANUT	ENSANUT	12.5 de cada 100 niños con obesidad
5.3	Tasa de mortalidad infantil (TMI) (1,000 NVE)	Nacional	Anual	Niñas y niños menores de un año fallecidos en el año t1	Nacidos vivos durante el año t1	CONAPO, Defunciones Estimadas	CONAPO Nacimientos Estimados	11.44 muertes por cada 1,000 nacidos vivos

Fuente: Elaboración propia con base en el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).



Estos indicadores son medidos de manera anual, debido a que con esta periodicidad temporal se generan cada una de las bases de datos necesarias para calcular estos indicadores. En este objetivo se plantearon 5 estrategias prioritarias con las que se busca aumentar atención sanitaria y bienestar de la sociedad, estas estrategias son:

- I. Aumentar la cobertura para que las personas puedan contar con servicios sanitarios de calidad, a fin de reducir las enfermedades no transmisibles o poder brindar un tratamiento oportuno a estos padecimientos.
- II. Asegurarse que los ciudadanos puedan ejercer correctamente sus derechos reproductivos, teniendo acceso a instrumentos que les permita una planificación familiar.
- III. Asegurar el tratamiento y apoyo psicológico de los individuos que sufran algún padecimiento mental.
- IV. Aumentar la asistencia social y los servicios sanitarios que propicien el desarrollo completo de niños y jóvenes.
- V. Consolidar la oferta sanitaria y la asistencia social para que las mujeres puedan disfrutar su estado de salud a lo largo de su vida (SSA, 2020).

El objetivo número 5 en la que se busca dar una atención a la salud y el bienestar. En este objetivo se muestran cinco acciones en las que se busca que se puedan dar más servicios médicos y garantizar los derechos a la reproducción, planificación familiar y cuidado sanitario de las mujeres en México. Al analizar las 3 metas planteadas para este objetivo encontramos la tasa de mortalidad materna, el número de menores de edad con obesidad y la tasa de mortalidad infantil. Si bien estos indicadores, pudieran incluir a alguna de las metas, no tienen la suficiente profundidad que permita conocer que los objetivos puedan cumplirse debidamente.

En este punto se percibe que las acciones no necesariamente tienen concordancia con los objetivos, algunos casos los encontramos en el objetivo prioritario 4 concerniente a la vigilancia epidemiológica. En este objetivo la acción 3 y la 4 se refieren a salud del medio ambiente y la promoción de una vida saludable. Encontramos 3 indicadores que no



tienen una relación lógica con estas acciones, tenemos la cobertura de vacunas en niños, al porcentaje de individuos con VIH que saben que lo padecen y al número de personas que se contagiaron de dengue en el país. Bajo esta lógica, no se tiene una lógica vertical entre las acciones específicas y los indicadores seleccionados, si bien se pudiera pensar que el objetivo 4 si puede ser medido bajo estos indicadores, las acciones no son medidas correctamente por sus indicadores.

Debido a estas métricas sanitarias, se hace necesario dar una visión a los países miembros de la OPS, para conocer el cómo estos han generado sus planes nacionales sanitarios y la forma en la que se abordan los problemas.

2.4.4. – Los principales indicadores sanitarios en México.

Una vez conocidas las políticas públicas que se han venido implementando a lo largo de 4 administraciones federales, en la que se mostraron sus principales virtudes sin dejar de lado las dificultades que se tuvieron en la implementación de estas. Ahora bien, en el siguiente apartado se harán evidentes los indicadores de salud que mostrarán los logros alcanzados por el estado mexicano.

A continuación se mostrarán los indicadores de: a) Índice de Salud (dimensión de salud que integra al Índice de Desarrollo Humano), b) Incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años, c) Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano, d) Promedio diario de consultas generales por médico general o familiar en contacto con el paciente, e) Médicos generales y familiares por mil habitantes y f) Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total (asegurados).

a) Índice de Salud.

Se trata de una de las tres dimensiones que conforma al Índice de Desarrollo Humano. Para esta investigación se realizó el cálculo de dicho índice mediante la metodología propuesta por el PNUD (2020) para el cálculo de este. Dicho organismo,



realiza un informe anualizado en el que se calculan las métricas correspondientes, sin embargo, en el caso de México este índice no se calcula a nivel subnacional, por lo que, se procedió a calcularse el mismo para cada entidad federativa durante el periodo comprendido del año 2000 a 2020, mismo que se presenta a continuación:

Tabla 13. Promedio del Índice de Salud por Estado del 2000-2020.

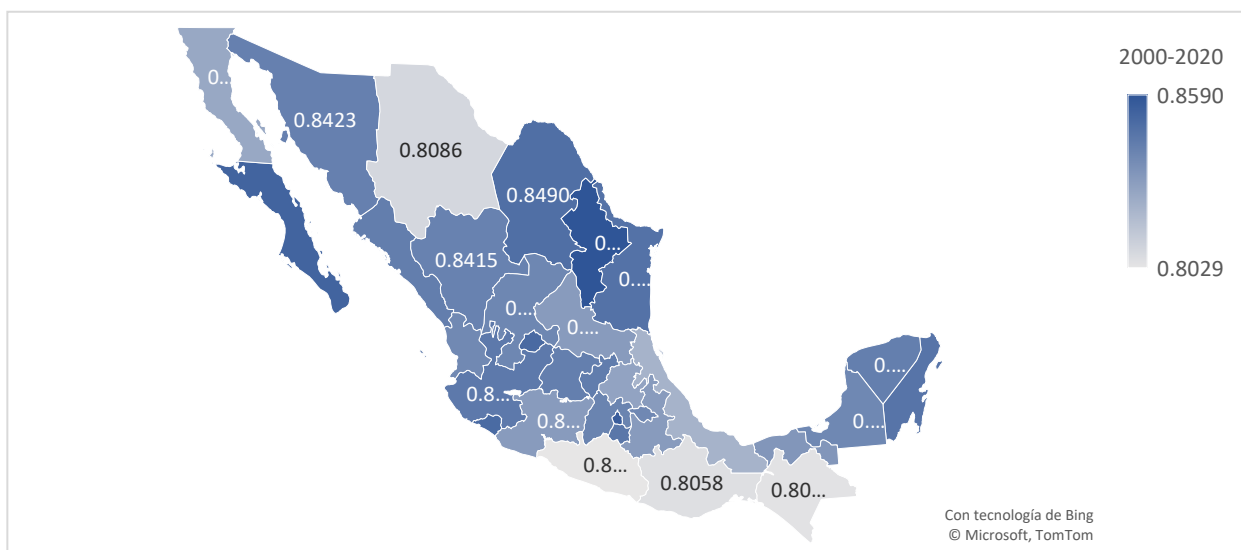
Entidad Federativa	2000-2020
Nuevo León	0.8590
Distrito Federal	0.8558
Baja California Sur	0.8532
Aguascalientes	0.8509
Colima	0.8507
Coahuila	0.8490
Tamaulipas	0.8479
Quintana roo	0.8469
Morelos	0.8459
Jalisco	0.8450
Querétaro	0.8437
Sinaloa	0.8431
Yucatán	0.8429
Guanajuato	0.8428
Sonora	0.8423
Durango	0.8415

Entidad Federativa	2000-2020
México	0.8409
Zacatecas	0.8397
Campeche	0.8395
Tlaxcala	0.8393
Nayarit	0.8389
Tabasco	0.8338
San Luis Potosí	0.8320
Michoacán de Ocampo	0.8319
Puebla	0.8319
Hidalgo	0.8287
Baja California	0.8270
Veracruz	0.8227
Chihuahua	0.8086
Oaxaca	0.8058
Chiapas	0.8043
Guerrero	0.8029

Fuente: Elaboración propia con base en la metodología del PNUD (2020) y con datos de la CONAPO (2020).



Ilustración 5. Mapa del Índice de Salud en México 2000-2020.



Fuente: Elaboración propia con base en la metodología del PNUD (2020) y con datos de la CONAPO (2020).

b) Incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años.

Este indicador es calculado de manera anual por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SubPPS), este indicativo se calcula a nivel subnacional. Mediante este se busca establecer la cantidad de niños de cinco años o menos que presentan algún tipo de desnutrición en proporción de cada diez mil infantes en este rango de edad. La metodología propuesta para el cálculo del indicador es propuesta por la Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud [DGED] (2014) conforme a lo siguiente:

$$\frac{\text{Total de niños de cinco años que presentan desnutrición moderada o severa}}{\text{Promedio de infantes menores a 5 años}} \times 10,000$$

Fuente: elaboración propia con base en los indicadores de la DGED (2014, p. 24).

Las cifras calculadas para el periodo 2000 a 2020 son las siguientes:



Tabla 14. Promedio de incidencia de desnutrición infantil 2000-2020

Entidad Federativa	2000-2020	Entidad Federativa	2000-2020
Guerrero	381.95	Guanajuato	168.78
Chiapas	370.52	Querétaro	165.65
Oaxaca	344.03	Jalisco	162.61
Yucatán	318.91	Nayarit	156.31
Hidalgo	282.64	México	143.91
Veracruz	258.98	Quintana Roo	142.31
Morelos	241.90	Aguascalientes	141.49
San Luis Potosí	208.43	Durango	124.06
Chihuahua	206.19	Tamaulipas	117.83
Zacatecas	197.66	Sonora	108.44
Campeche	192.74	Baja California Sur	102.04
Colima	190.15	Ciudad de México	99.47
Tabasco	184.92	Coahuila	65.08
Tlaxcala	184.79	Baja California	62.74
Puebla	177.10	Nuevo León	57.02
Michoacán	174.89		
Sinaloa	171.11		

Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 24) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).

Ilustración 6. Mapa de incidencia de desnutrición infantil en México 2000-2020.



Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 24) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).



c) Promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano.

Este indicador es calculado de manera anual por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), este indicativo se calcula a nivel subnacional. Mediante este se busca establecer la media de los servicios quirúrgicos ofertados por el sistema de salud pública por entidad federativa. La metodología propuesta para el cálculo del indicador es propuesta por la DGED (2014) conforme a lo siguiente:

$$PromIntQQ^t = \left(\frac{IQuiru^t}{Quiro^t * 365} \right)$$

Donde:

$PromIntQQ^t$ mide la media diaria de servicios quirurgicos por cada quirófano instalado en centros públicos de salud en el año t.

$IQuiru^t$ Es la cantidad de servicios quirurgicos por cada quirófano instalado en centros públicos de salud por entidad federativa, en el año t.

$Quiro^t$ Cantidad de quirófanos en funcionamiento en los centros públicos de salud por entidad federativa, en el año t.

t Año que se analiza. (DGED, 2014, p. 66).

Las cifras calculadas para el periodo 2000 a 2020 son las siguientes:

Tabla 15. Promedio diario de intervenciones quirúrgicas 2000-2020.

Entidad Federativa	2000-2020	Entidad Federativa	2000-2020
Querétaro	4.26	Tlaxcala	3.22
Guanajuato	3.70	México	3.16
Aguascalientes	3.40	San Luis Potosí	3.13
Hidalgo	3.40	Nuevo León	3.07
Baja California	3.28	Morelos	3.00

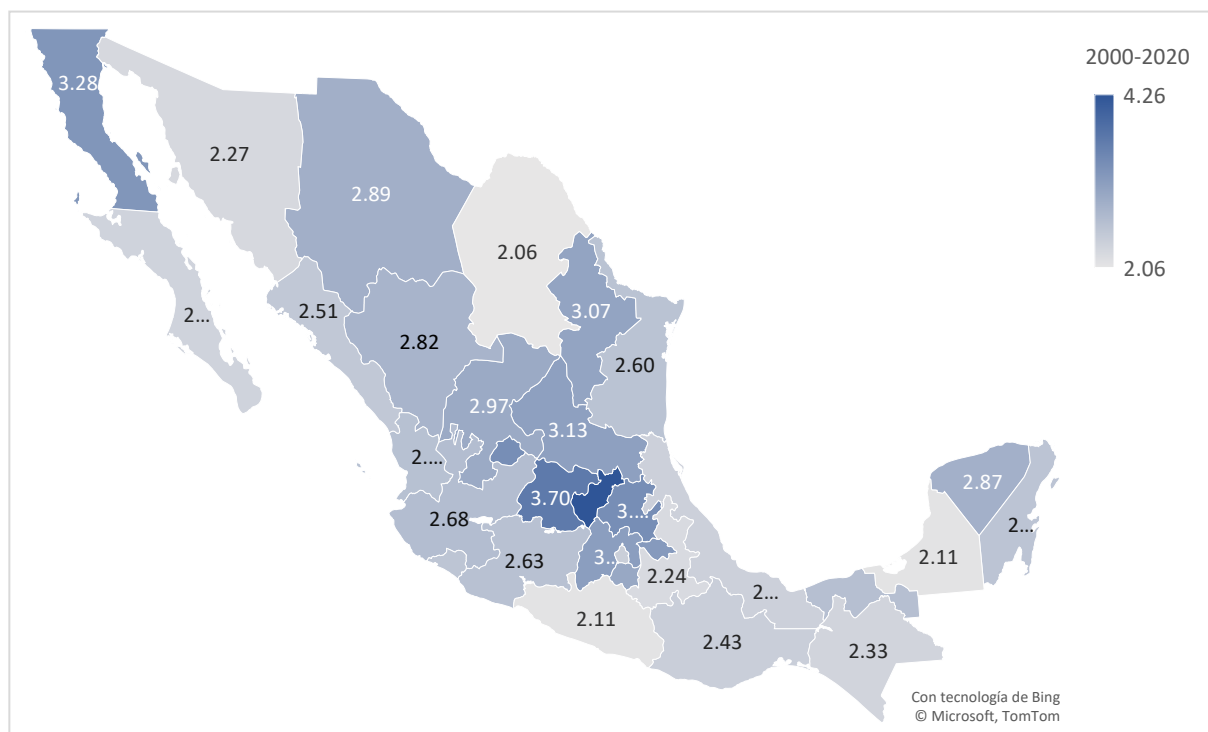


Entidad Federativa	2000-2020
Zacatecas	2.97
Chihuahua	2.89
Yucatán	2.87
Durango	2.82
Jalisco	2.68
Tabasco	2.65
Nayarit	2.63
Michoacán	2.63
Tamaulipas	2.60
Quintana Roo	2.57
Colima	2.56
Sinaloa	2.51

Entidad Federativa	2000-2020
Oaxaca	2.43
Ciudad de México	2.41
Veracruz	2.39
Baja California Sur	2.35
Chiapas	2.33
Sonora	2.27
Puebla	2.24
Campeche	2.11
Guerrero	2.11
Coahuila	2.06

Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 66) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).

Ilustración 7. Mapa del promedio diario de intervenciones quirúrgicas 2000-2020.



Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 66) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).



d) Promedio diario de consultas generales por médico general o familiar en contacto con el paciente.

Este indicador es calculado de manera anual por la DGIS, este indicativo se calcula a nivel subnacional. Mediante este se busca establecer la media de los diaria de consultas médicas brindadas por médicos generales en las instalaciones de los centros públicos de salud por entidad federativa. La metodología propuesta para el cálculo del indicador es propuesta por la DGED (2014) conforme a lo siguiente:

$$PromCG^t = \left(\frac{CMGF^t}{MedGCont^t} \right) / 252$$

Donde:

$PromCG^t$ Media diaria de chequeos médicos realizados por médicos generales o familiares, durante el año t.

$CMGF^t$ Número total de chequeos médicos realizados por médicos generales o familiares por entidad federativa, en el año t.

$MedGCont^t$ Número total de personal médicos general o familiar en contacto con el paciente por entidad federativa, en el año t.

252 Número total de días considerados hábiles para el año t.

t Año que se analiza. (DGED, 2014, p. 65).

Las cifras calculadas para el periodo 2000 a 2020 son las siguientes

Tabla 16. Promedio diario de consultas médicas por médicos generales en 2000-2020.

Entidad Federativa	2000-2020	Entidad Federativa	2000-2020
México	10.20	Nuevo León	8.01
Yucatán	9.37	Guerrero	7.77
Coahuila	9.05	Puebla	7.66
Hidalgo	8.29	Chiapas	7.65
Sinaloa	8.17	Zacatecas	7.64
San Luis Potosí	8.07	Durango	7.61

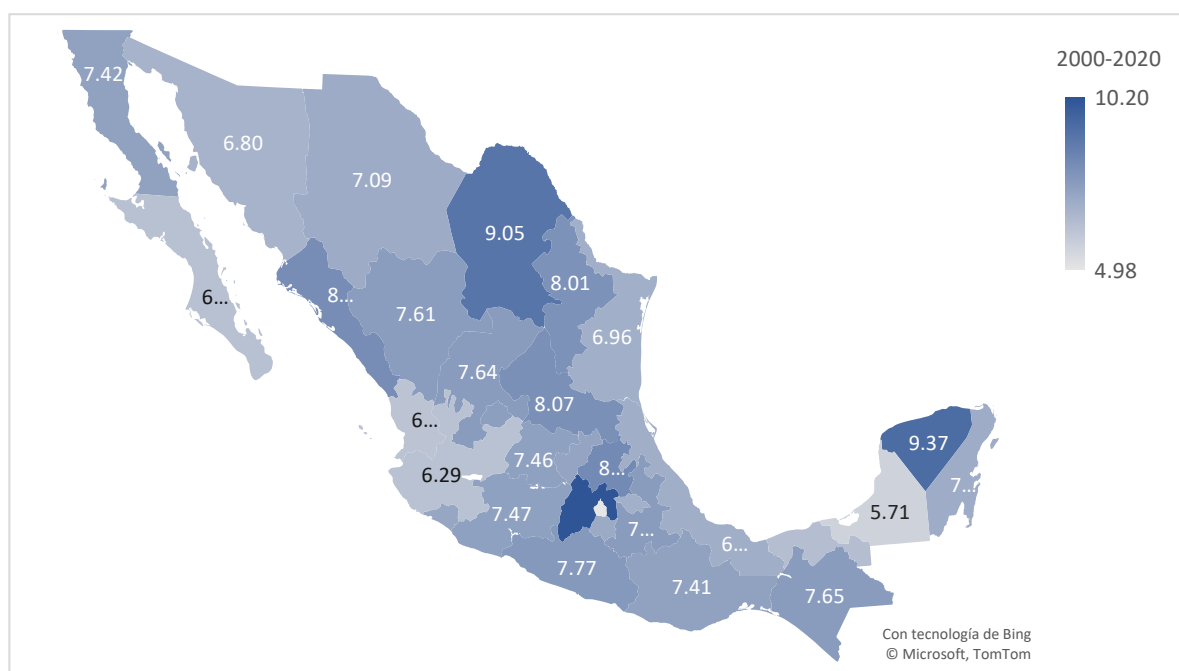


Entidad Federativa	2000-2020
Aguascalientes	7.54
Michoacán	7.47
Guanajuato	7.46
Baja California	7.42
Oaxaca	7.41
Querétaro	7.34
Colima	7.27
Morelos	7.14
Chihuahua	7.09
Quintana Roo	7.05
Veracruz	6.99

Entidad Federativa	2000-2020
Tamaulipas	6.96
Tlaxcala	6.91
Sonora	6.80
Tabasco	6.42
Baja California Sur	6.30
Jalisco	6.29
Nayarit	6.19
Campeche	5.71
Ciudad de México	4.98

Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 65) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).

Ilustración 8. Mapa del promedio diario de consultas médicas por médicos generales 2000-2020.



Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 65) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).

e) Médicos generales y familiares por mil habitantes.

Este indicador es calculado de manera anual por la DGIS, este indicativo se calcula a nivel subnacional. Mediante este se busca establecer la comparación que existe entre



los médicos generales en las instalaciones de los centros públicos de salud por cada mil habitantes de cada entidad federativa. La metodología propuesta para el cálculo del indicador es propuesta por la DGED (2014) conforme a lo siguiente:

$$RMedCP^t = \left(\frac{MedCP^t}{\bar{p}^t} \right) \times 1000$$

Donde:

$RMedCP^t$ Razón de médicos generales en contacto directo con el paciente en las instalaciones de los centros públicos de salud en relación a cada mil habitantes en la entidad federativa seleccionada en el año t.

$MedCP^t$ Número de médicos generales en contacto directo con el paciente en las instalaciones de los centros públicos de salud en el año t.

$\bar{p}^t$ Media de la población del área geográfica seleccionada en el año t.

t Año que se analiza. (DGED, 2014, p. 41).

Tabla 17. Promedio médicos generales por cada mil habitantes en 2000-2020.

Entidad Federativa	2000-2020	Entidad Federativa	2000-2020
Ciudad de México	1.51	Tlaxcala	0.84
Campeche	1.17	Hidalgo	0.83
Nayarit	1.12	Oaxaca	0.82
Tabasco	1.11	San Luis Potosí	0.80
Colima	1.06	Veracruz	0.77
Baja California Sur	1.03	Nuevo León	0.74
Durango	0.96	Querétaro	0.74
Yucatán	0.94	Puebla	0.74
Zacatecas	0.92	Michoacán	0.73
Sonora	0.88	Coahuila	0.72
Tamaulipas	0.87	Morelos	0.69
Jalisco	0.87	Chiapas	0.69
Sinaloa	0.87	Chihuahua	0.68
Guerrero	0.87	Quintana Roo	0.67
Aguascalientes	0.85	Guanajuato	0.67

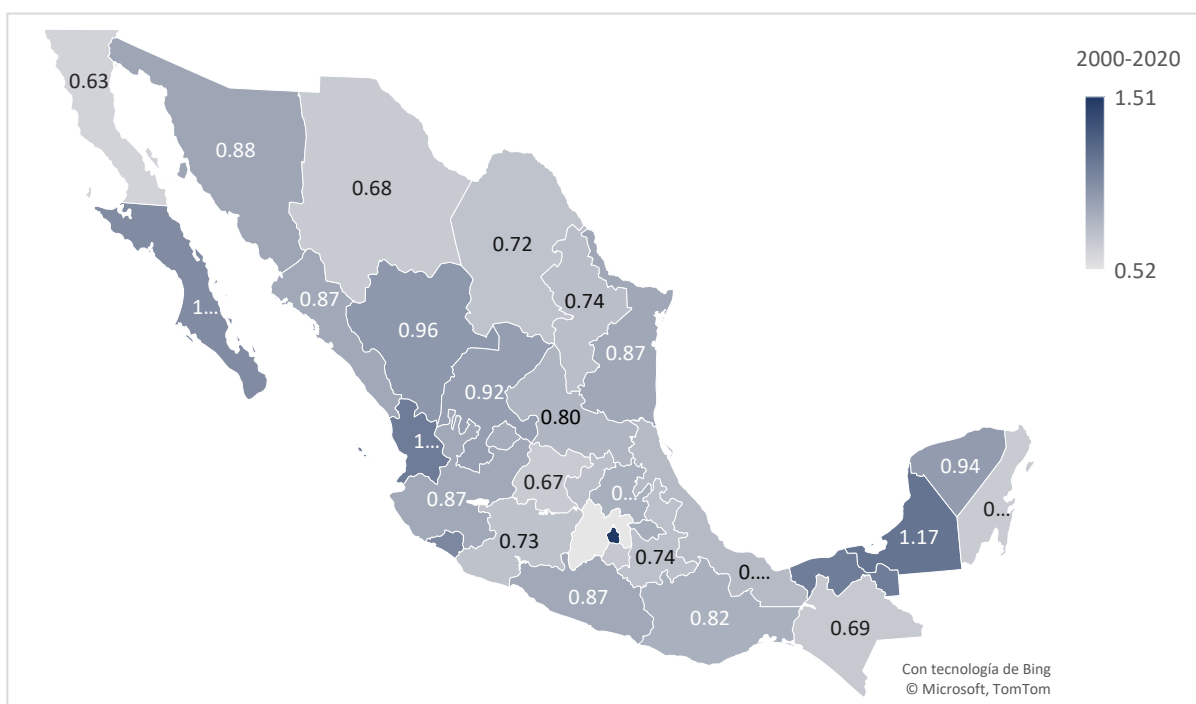


Entidad Federativa	2000-2020
Baja California	0.63

Entidad Federativa	2000-2020
México	0.52

Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 41) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).

Ilustración 9. Mapa del promedio de médicos generales por cada mil habitantes 2000-2020.



Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 41) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).

f) Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total (asegurados).

Este indicador es calculado de manera anual por la DGIS, este indicativo se calcula a nivel subnacional. Mediante este se mide el monto presupuestal ejercido por cada cien pesos del presupuesto total ejercido anualmente por entidad federativa. La metodología propuesta para el cálculo del indicador es propuesta por la DGED (2014) conforme a lo siguiente:



$$GPubSpcAs^t = \left(\frac{GPubSAs^t}{\overline{PAs^t}} \right)$$

Donde:

$GPubSpcAs^t$ Gasto público en salud per cápita en proporción a la población asegurada, para el periodo de tiempo t.

$GPubSAs^t$ Monto total ejercido del gasto público en salud para cada persona asegurada, para el periodo de tiempo t.

$\overline{PAs^t}$ Media de la población asegurada a la mitad del periodo de tiempo t.

t Año que se analiza. (DGED, 2014, p. 72).

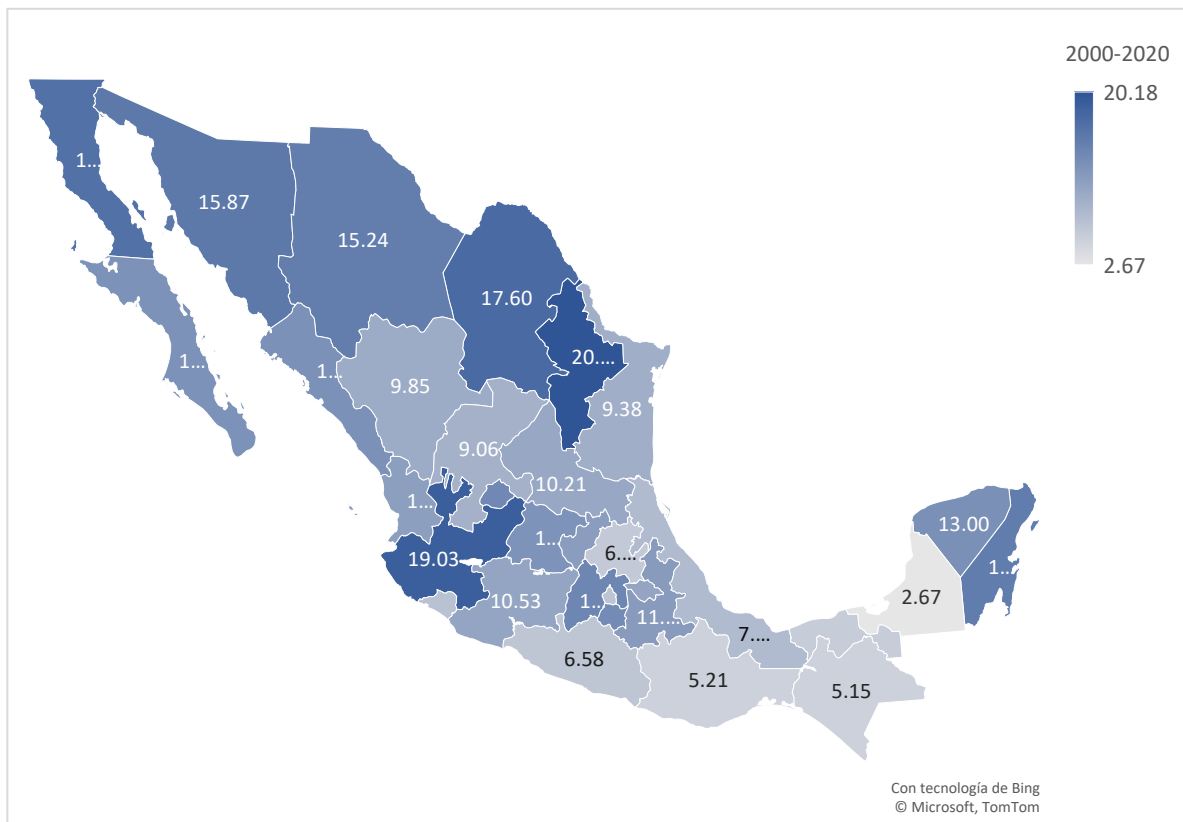
Tabla 18. Promedio del gasto público en salud como porcentaje del gasto público total del 2000-2020.

Entidad Federativa	2000-2020
Nuevo León	20.18
Jalisco	19.03
Coahuila	17.60
Baja California	16.80
Sonora	15.87
Quintana Roo	15.37
Chihuahua	15.24
México	14.16
Aguascalientes	13.97
Morelos	13.63
Yucatán	13.00
Sinaloa	12.88
Baja California Sur	12.86
Guanajuato	12.68
Puebla	11.74
Querétaro	11.52

Entidad Federativa	2000-2020
Nayarit	11.21
Tlaxcala	10.59
Michoacán	10.53
San Luis Potosí	10.21
Durango	9.85
Tamaulipas	9.38
Zacatecas	9.06
Veracruz	7.81
Colima	7.00
Ciudad de México	6.65
Guerrero	6.58
Hidalgo	6.13
Tabasco	5.67
Oaxaca	5.21
Chiapas	5.15
Campeche	2.67

Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 72) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).

Ilustración 10. Mapa del gasto público en salud como porcentaje del gasto público total 2000-2020.



Fuente: Elaboración propia con base en la metodología de la DGED (2014, p. 72) y con datos obtenidos en (SSA, 2022).

Estos indicadores resultan importantes debido a que son aquellos propuestos para modelar en esta investigación. Se puede apreciar que lo concerniente al personal médico tiene carencias a lo largo de los años y de las entidades federativas. Esta limitación, incapacita al sector salud de ofertar servicios sanitarios para satisfacer las demandas de la población.

Resulta importante, el conocimiento teórico respecto del bienestar y la evolución que se ha tenido de este a lo largo de los años. Pasando por los principios teóricos que explican como el bienestar es impulsado por la salud. esto se analizará en el capítulo siguiente.



CAPÍTULO 3.- EL BIENESTAR SOCIAL. ENFOQUES TEÓRICOS.

En este apartado se abordan los distintos aportes teóricos en torno a los sistemas de salud y como estos promueven el bienestar en la sociedad. Aquí se muestran las diferentes conceptualizaciones de la salud y la manera en la que se pueden articular los sistemas para garantizar a la población el acceso a la salud y el bienestar. Estableciendo la evolución del concepto de salud dejando de lado la falta de enfermedad para verse como una problemática multi factorial.

Se emplea el concepto de Desarrollo Humano como el camino a un ejercicio efectivo de la salud y bienestar, mostrando cómo estos conceptos han cambiado la percepción social de la salud hasta concebirla como un derecho humano, el cual, debe ser ejercido efectivamente por todos los miembros sociales. Haciendo una mención de diferentes opiniones de los autores de la salud como el principal derecho de los individuos, dado que, una persona saludable es capaz alcanzar el modo de vida que desee.

3.1.- La teoría del bienestar.

Se puede apreciar que la ciencia económica como disciplina cuenta apenas con cien años de profesionalización. Esta ciencia puede ser apreciada como un estudio con un gran énfasis en la intelectualidad. Para el año 1500 no se contaba con un gremio cuyo enfoque se ciñera al tratar de analizar las interacciones económicas. No fue sino hasta el año de 1750 cuando se dio una oleada literaria en Europa occidental que trataban los temas económicos, en este sentido, los autores vanguardia de esta naciente ciencia se trataban de dueños de negocios a los que les surgía el cuestionamiento respecto a las cuestiones de política económica. Para satisfacer esta curiosidad se comenzó a transmitir las ideas mediante tratados sobre aspectos específicos debido a las experiencias personales de cada empresario, por lo que se encontraba lejos aún la formulación de explicaciones sobre las relaciones económicas (Landreth y Colander, 2006).



Uno de los primeros autores en conjuntar el conocimiento que se venía acumulando desde 1650 y hasta 1750, fue Adam Smith, él generó un conocimiento partiendo de sus conocimientos en filosofía moral para crear una disciplina a la que bautizo en su obra la riqueza de las naciones (1776), con el nombre de economía política. Esta nueva disciplina siguió con su evolución durante los años de 1776 a 1876 se revolucionaria la economía política al contar con más profesionistas interesados en su desarrollo, teniendo un distanciamiento cada vez mayor con los empresarios y acercándose rápidamente con los estudiosos de la academia (Landreth y Colander, 2006).

Para inicios del siglo XX la economía se distanciaría de la política a fin de tener una visión más clara de las actividades económicas, es en este periodo que comienza la expansión de los centros de estudios universitarios interesados en profesionalizar a la economía, este fenómeno se daría en Estados Unidos, Inglaterra y Alemania, llegando en este periodo a la creación de posgrados en Estados Unidos. Ya en la década de 1930 se suscitarían una serie de eventos que revolucionaría a la economía; ya que para esos años existía una fuerte intervención estatal para normar las actividades económicas, esto debido a los efectos adversos que se generaron en Norteamérica por la crisis de los 30's. Es también en estos años cuando comienzan a darse grandes eventos a nivel mundial, uno de ellos se da por parte del Partido Nacional Socialista Obrero Alemán contra los ciudadanos judíos, elevando las tensiones en Europa y que culminaría con la segunda guerra mundial. Este evento causaría un éxodo masivo de intelectuales europeos, con rumbo a Estados Unidos por lo que, en estos años este se convertiría en el lugar más importante para la formación de los economistas, tanto para la formulación de teorías, como para la implementación de diversos modelos (Landreth y Colander, 2006).

Debido a los eventos históricos y el creciente número de catedráticos, se inició una gran oleada para buscar ejercer una economía política en la práctica y la aplicación de estos conocimientos para analizar el cómo se desarrolla la economía en la vida real. En palabras de Landreth y Colander (2006), consideran que los economistas políticos que precedieron a Smith se conformaban principalmente por hombres de negocios que gozaban de múltiples conocimientos en la práctica al interior de sus negocios y de cómo



se desarrollaba la economía; sin embargo, estos poco a poco fueron relevados por estudiosos de la academia los que, principalmente sustentaban sus acciones en cuestiones teóricas más abstractas.

Recordemos la definición que Samuelson y Nordhaus (2005), definen el concepto de economía: "Economía es el estudio de cómo las sociedades utilizan recursos escasos para producir bienes valiosos y distribuirlos entre diferentes personas " (p. 4); por otro lado, estos mismos autores señalan que: "La teoría económica afirma que una economía produce con eficiencia cuando no se puede mejorar el bienestar económico de una persona sin perjudicar a otra" (p. 4).

Partiendo de estas concepciones es que se hace necesario el definir lo que es la economía del bienestar Stanley y Randy (2009), señalan que: "La economía del bienestar es la rama del análisis económico cuyo afán es descubrir los principios para maximizar el bienestar social" (p. 397). Se trata entonces de la unificación de ideas más que a un sistema específico del pensamiento económico. Para estos mismos autores la economía es percibida como: "el estudio de la forma en la cual la sociedad decide utilizar sus recursos limitados para lograr la máxima satisfacción" (Stanley y Randy, 2009, p. 397). Partiendo de esta definición se puede conjeturar que en la mayoría de las vertientes de la economía pueden encuadrarse en el bienestar. No obstante, lo anterior, los estudiosos del bienestar han concentrado sus esfuerzos en dos grandes aspectos: a) el delimitar el estado óptimo del bienestar al tiempo que se encaminan los esfuerzos para lograr ese estado óptimo; b) Reconocer aquellos impedimentos que limitan el alcanzar el máximo bienestar, al tiempo que se recomiendan estrategias para reducir al máximo los impedimentos. Estos estudiosos son los denominados como economistas del bienestar (Stanley y Randy, 2009). Debido a las múltiples perspectivas entre cada uno de los autores y la evolución que dan cada uno de ellos, se procederá a analizar a los más relevantes autores del bienestar, así como a sus propuestas específicas.



3.1.1.- Vilfredo Pareto.

Este autor nace en 1848 y muere en 1923; realizó sus estudios en Italia en la ciudad de Turín, fue descendiente de italianos; al final de su carrera académica se desempeñó como catedrático en el área de economía en Suiza al interior de la Universidad de Lausana. En esta institución prosiguió con las investigaciones hechas por Warlas, las investigaciones de Pareto fueron plasmadas en 1906 en su *Manual of Political Economy* (Stanley y Randy, 2009).

La obra de Vilfredo Pareto es muy amplia y rica, en este sentido Schumpeter realizó una recapitulación en el llamado análisis económico (Schumpeter, 1951), en esta obra sostiene que los estudios de Pareto se pueden considerarse en tres puntos: A) la sociología conocida como la “ley de Pareto”, en esta se habla de cómo se distribuyen las rentas y aportaciones desde un campo meramente teórico en la que se enfoca y perfecciona la teoría del valor de Jevons y Walras. En sus cambios a esta teoría incluye una conceptualización de ofelinidad para substituir el de utilidad. Este nuevo concepto hace referencia a la pertenencia de un bien que pueda propiciar el desarrollo y prosperidad del tenedor de este bien. B) La teoría del equilibrio estático en el mercado de bienes; en este se determina a la par los precios de los bienes y el número de los mismos, que se intercambiarán en el mercado. C) La nueva economía del bienestar, en esta Pareto contribuye con su aportación conocida como el “óptimo de Pareto”, en el que se trata la problemática de la obtención de una máxima satisfacción en la colectividad.

Pareto fue de los iniciadores de la defensa del equilibrio general de la economía. Discípulo de Warlas por lo que prosiguió el estudio de su maestro del equilibrio general; al mismo tiempo se dedicó a analizar las repercusiones de las diferentes mediciones económicas del bienestar (Landreth y Colander, 2006). Viendo el estudio del bienestar de manera retrospectiva, la economía del bienestar inicia sobre las bases de la economía clásica de Smith y de Bentham; aunque ellos fueron los precursores, se les unieron a los ideales del bienestar algunos otros como Marshall, quien consideró las afectaciones que las contribuciones tributarias y las subvenciones a las industrias desde la perspectiva de costos crecientes y decrecientes (Stanley y Randy, 2009).



El óptimo de Pareto.

Al continuar con las investigaciones de Warlas, Pareto optimizó la propuesta del equilibrio general llenado al punto de crear la propuesta que hasta nuestros días es conocida como el óptimo de Pareto o del máximo bienestar. Posteriormente la propuesta de Pareto múltiples economistas robustecieron matemáticamente esta investigación llegando a probar que en un mercado con competencia perfecta los mercados pueden alcanzar un óptimo en el sentido de Pareto (Stanley y Randy, 2009).

Pareto considera que para valorar la eficiencia en la manera en la que los recursos son asignados es simple: “un cambio de la asignación de los recursos mejora el bienestar si es posible mejorar el bienestar de una persona sin empeorar el de ninguna otra” (Landreth y Colander, 2006, p. 320). Pareto consideraba que el bienestar máximo se da en el momento en el cual no existen cambios que tengan como resultado que exista alguien en una mejor situación, a la par de que no se deje a nadie en una peor posición; este argumento tiene como premisa el que dentro de la sociedad no debe darse un estipendio de recursos y/o bienes de una forma en la que se beneficien algunos a costa de perjudicar a otros. Este máximo bienestar conlleva que: a) que se dé una distribución óptima de bienes para todos los demandantes b) que se dé una distribución técnica de los recursos y c) cantidades óptimas de producción en el mercado (Stanley y Randy, 2009, p. 399).

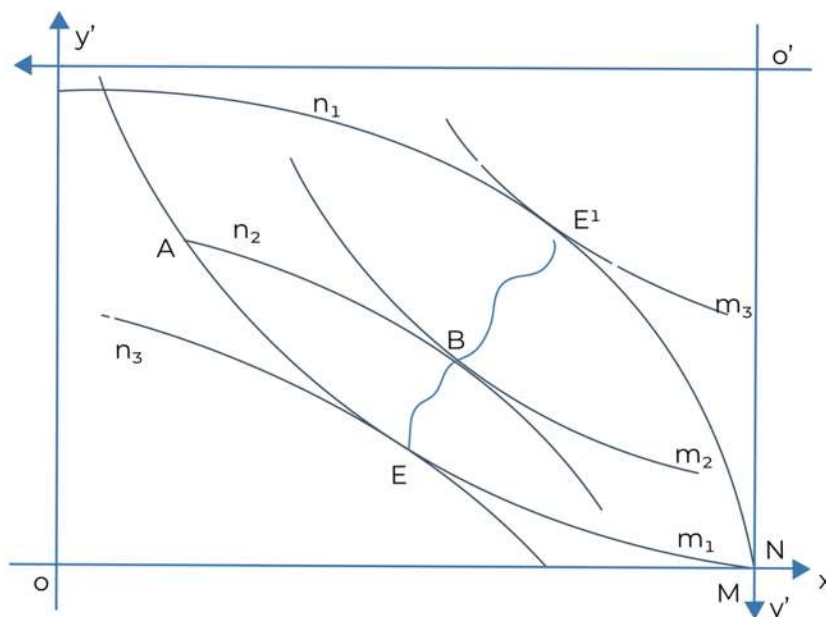
Se puede considerar al criterio de Pareto como la categorización de actividades económicas y el rechazo de otras actividades económicas. Conforme a esta visión se puede diferenciar las situaciones óptimas, así como aquellas consideradas como sub-óptimas. Pareto concluyó que bajo un modelo económico en el cual las personas pueden acceder a un conjunto de mercancías que el mercado ofrece, las elecciones que estos realizan los conducirán inevitablemente a un punto de equilibrio en el cual los intercambios alcanzarán un estado óptimo (Pareto, 1945).

Pensemos que dos personas m y n . En este ejemplo m cuenta con una cantidad óptima de del bien x . En este mismo caso n también cuenta con una cantidad óptima del



bien x , por lo que, cada individuo (m,n) , cuenta con una superficie en el interior de la curva de indiferencia. Las curvas de indiferencia y las cantidades de bienes que se pueden obtener se pueden apreciar en la llamada “caja de Edgeworth”. En este gráfico el punto inicial lo encontramos en MN , aquí se tienen dos curvas de indiferencia en las que se pueden realizar intercambios entre el individuo m y el n , en donde cada uno de estos mejorarían el estado de cada uno (Pareto, 1945).

Figura 17. Caja de Edgeworth.



Fuente: Elaboración propia con base en Atalaya (1945).

En este imaginario si se dan intercambios sobre la curva de nombre m_1 , el estado que guarda la persona m continuaría siendo persistente, no así el estado de la persona n puesto que esta vería una mejoría en su situación, por lo que en este intercambio n lo preferiría. Este ejemplo explica lo que Pareto establece, en el sentido de que en este intercambio cada punto que se alcance en esta curva es considerado como una mejoría del bienestar desde un punto de vista global, con relación a los bienes iniciales. Continuando con esta lógica si el intercambio de m y n se diera sobre la curva n_1 , mejoraría el estado de m , mientras que el estado de n continuaría estable. Este análisis muestra



una mejora en el estado que guarda uno de los individuos mientras que el otro continúa teniendo un estado de bienestar (Pareto, 1945).

Podemos considerar otro ejemplo en el cual se puede obtener otro resultado diferente. Imaginemos un análisis partiendo del punto A del gráfico, en el que se busca un desplazamiento al punto B. Si este intercambio se da a lo largo de la curva n_2 , consecuentemente el individuo m encontrará una mejoría en su situación, pero analizando al individuo n este no traería un decrecimiento en la situación que guardaba. Esto se puede dar debido a que el punto B se encuentra en un punto tangencial entre las curvas de indiferencia n_2 m_2 . Se puede analizar de la misma manera el desplazamiento que se tendría del punto A en dirección al punto E, realizando dicho movimiento sobre la curva m_1 . En este supuesto se obtendría una mejora en el estado del individuo n sin que este muestre un decremento en el estado del individuo m (Pareto, 1945)

El punto denominado como E tiene una gran relevancia, en este se encuentra lo que Pareto denomina como la ofelinidad. Es decir, se convierte en el punto limite en el cual el individuo n de generar otro desplazamiento su estado comenzará a decrecer. Encontramos en el gráfico los puntos E y E' que generan lo que es conocido como la senda paretiana. En cualquiera de los puntos en el interior de esta senda (E.E'), se alcanza un óptimo de Pareto debido a que: a) es el límite en el cual ya no es posible alcanzar un mejor estado de alguna persona sin que se menoscabe la situación del otro, b) en cualquier otro punto exterior de esta senda, resulta imposible obtener una mejora de un individuo sin que este cause un decremento en el otro (Pareto, 1945)

En un inicio la economía del bienestar en Reino Unido vio su génesis con Henry Sidgwick quien siendo un analista político publicó en 1883 su libro *Principles of Political Economy*, Sidgwick continuó con las investigaciones que Marshall había realizado en la universidad de Cambridge, así mismo prosiguió con las investigaciones que Arthur Pigou quien es considerado como el fundador del equilibrio parcial de la economía del bienestar (Landreth y Colander, 2006).



3.1.2.- Arthur Cecil Pigou

Arthur Cecil Pigou nació en 1877 y murió en 1959 continuó con la asignatura que Marshall venía ejerciendo en la universidad de Cambridge desde el año de 1908 y hasta 1943 cuando se retiró de la enseñanza. Posterior a la muerte de Marshall se le consideró como el economista neoclásico principal, mostrando su interés a los asuntos relacionados a la pobreza con la confianza de que mediante el uso de la ciencia económica se llegara a mejorar la sociedad. Pigou en su búsqueda del mejoramiento social, propuso dar un paso más adelante permitiendo que el gobierno interviniera para aminorar o desaparecer las particularidades no deseadas por la sociedad (Stanley y Randy, 2009).

Pigou proponía un cimiento teórico en su obra de 1920 *The Economics of Welfare*, esperando que el gobierno considerara lineamientos que impulsaran el bienestar de la sociedad. Para Pigou el bienestar económico se entendía como: una parte del bienestar social que puede cuantificarse de manera monetaria ya sea de forma directa o indirecta (Pigou, 1932). Si bien Pigou al igual que Pareto estaban interesados en el bienestar social, Pigou generó sus propuestas teóricas bajo el sustento económico del modelo económico de equilibrio general, por lo que la visión de este autor del bienestar se basaba en las ideas tradicionales de Marshall, Betham y Smith bajo la cual los equilibrios parciales en el mercado generarían una buena distribución en la sociedad. Se puede considerar que sus aportaciones a la economía del bienestar se dan en sus percepciones relativas al reparto del ingreso y la diferencia existente en los costos privados y sociales y el que se conoce hasta nuestros días como el efecto Pigou (Stanley y Randy, 2009).

La redistribución del ingreso de Pigou. En este sentido Pigou señalaba que:

Cualquier transferencia del ingreso del hombre rico a un hombre pobre, de temperamento similar, puesto que permite que se satisfagan necesidades más intensas a costa de necesidades menos intensas, debe incrementar la suma total de la satisfacción. De manera que la antigua “ley de la utilidad decreciente” conduce firmemente a la proposición: cualquier causa que incremente la participación absoluta del ingreso real en manos de los pobres, siempre y cuando no conduzca



a una reducción en el volumen del dividendo nacional desde cualquier punto de vista, por lo general incrementará el bienestar económico (Pigou, 1932, p. 89).

Lo anterior se puede entender que al existir una mayor paridad en las personas que tienen ingresos bajos generarían un mayor bienestar económico, lo anterior se puede considerar como cierto siempre y cuando se de este fenómeno entre personas con un nivel de educación similar en una misma sociedad.

La divergencia entre los costos sociales y beneficios privados.

Se podría pensar que una de las mayores aportaciones a la economía de bienestar de Pigou sería totalmente de su autoría, sin embargo, su análisis de los costos y beneficios privados y sociales se apoyaron en la investigación de Henry Sidgwick quien en el año 1883 trato de acuñar esta idea, pero no lo profundizó debidamente. En este sentido se entiende por costo marginal privado como aquel que eroga el ente privado para producir bienes en cantidades superiores a la unidad, en este mismo sentido, el costo marginal social es perjuicio que la colectividad sufre como efecto secundario de la producción de bienes. Por el lado del benéfico se puede examinar al beneficio marginal privado como el beneficio extra que obtiene el comprador por ese bien producido, así mismo, el beneficio marginal social se refiere al beneficio extra que goza la sociedad por ese bien extra producido (Stanley y Randy, 2009).

Resulta muy conveniente estas conceptualizaciones dado que la actividad industrial que conlleve a producción, así como la participación de los agentes económicos para el consumo, conllevan mutuamente beneficios y costes para cada uno de los agentes involucrados; a estos costes y beneficios se les denominan como externalidades, las que diseminan tanto los costes como los beneficios a otros actores, por lo que a estas externalidades se les denomina como efectos derrame que pueden ser beneficiosos para cada una de las partes. Pero se puede dar el caso contrario, aquel en el que se pueden generar efectos de derrame beneficioso a la sociedad, pero que sus costes llegan a ser tan grandes que no son proporcionales a los rendimientos obtenidos (Pigou, 1932).



Pigou concluyó que estos costes-beneficios repercutían directamente en el bienestar ya que existen mercados con altos niveles de competitividad que no generan una producción óptima que aumenten al máximo el bienestar de la sociedad. Por esta razón Pigou señala que las actividades que deben ejercer los gobiernos que busquen el bienestar deberán ser 1) igualar los costes marginales tanto del sector privado como de la sociedad y 2) buscar la igualdad en los beneficios marginales tanto del sector privado como de la sociedad; estas asimetrías pueden ser compensadas mediante imposiciones tributarias, o mediante subvenciones que fomenten la reducción de los costes sociales, o mediante regulaciones legales que normen los límites máximos de los costes sociales que los privados pueden generar (Pigou, 1932).

3.1.3.-Ludwig Von Mises

Ludwig Von Mises nació en 1881 y murió en 1973, sus investigaciones se centraron en la asignación de los recursos bajo un régimen socialista, llegando a ser uno de los autores más renombrados en el análisis de esta temática, este interés se generó por su ataque al sistema socialista. Mises escribió un artículo en 1920 donde concluía que bajo el régimen socialista no resultaba factible establecer una cantidad racional de recursos (Landreth y Colander, 2006).

Un gran número de conceptualizaciones relativas al bienestar económico nacen a partir de las continuas controversias que se daban respecto a si se podrían repartir mejor los recursos en un sentido de Pareto en un sistema socialista o en uno capitalista. Von Mises fue uno de los principales integrantes de la corriente austriaca de la economía, realizó sus estudios de posgrado en la universidad de Viena en compañía de Schumpeter, Von Böhm-Bawerk y Von Wieser. Para el año de 1912 publicó su *Theory of Money and Credit* y para 1940 llega a los Estados Unidos impartiendo cátedra en la Universidad de Nueva York (Stanley y Randy, 2009).

Mises comenzó los debates entorno al bienestar en el seno de un régimen socialista en su publicación *Economic Calculation in the Socialist Commonwealth*, profundizando más en su artículo de 1949 *Human Action: A Treatise on Economics*, donde



presentaba una postura de dejar hacer y dejar pasar en un régimen socialista. Mises sostenía que deberían generarse de manera similar los estudios económicos en los regímenes socialistas y capitalistas a fin de obtener el máximo nivel de bienestar de los consumidores. Al encontrarse inmersos en un régimen socialista no se cuenta con la propiedad privada de los factores del mercado (tierra, trabajo y capital), por lo que resulta irrealizable generar estudios. Si bien no se pueden generar cálculos esto no implica que no se asignen precios a los consumidores de bienes y servicios, debido a que existe una problemática con los equipos de capital, dado que, al no contar con mucho de estos se presenta un problema de escasez de estos, la problemática se da con los equipos de capital debido a que estos presentan una gran sensibilidad a las exigencias de los consumidores, así como a los avances tecnológicos existentes, por nombrar algunos. Sin embargo, en un régimen socialista el único poseedor de bienes de capital es el Estado imposibilitando el establecimiento de precios por la producción de bienes, esto genera una ceguera por parte del planificador para considerar si existe o no una escasez de los bienes de capital. Para Mises (1935); “Cuando no hay un mercado libre, no existe un mecanismo de fijación de precios; y sin un mecanismo de fijación de precios, no hay un cálculo económico” (p. 111).

En opinión de Mises el mercado busca darle confianza para dirigir los negocios a aquellos que han mostrado una mayor tasa de éxitos en la satisfacción de necesidades de los demandantes. Es a partir de las acciones de estos líderes del mercado que se pueden calcular los precios de los bienes en el mercado, los demás oferentes de bienes toman como guía al líder para minimizar los costes de producción y por ende buscar una maximización de las utilidades. Partiendo de las ideas anteriores se puede apreciar que el cálculo de las pérdidas y ganancias sirven como parámetros que no son posibles de emular bajo un régimen socialista; por un lado, funciona para discriminar de manera precisa a aquellos participantes que cuentan con mayores habilidades para dotar al mercado de los bienes que se necesitan. Por otro lado, funge como freno para los dueños del capital para que decidan de manera irracional y sin fundamentos claros sobre el quehacer de sus empresas. La lucha que se genere entre los diferentes empresarios para



minimizar sus costes y, por ende, maximicen sus utilidades, traerá como consecuencia que los consumidores finales se vean beneficiados obtengan mejores precios; esto conlleva que los empresarios, consumidores y la fuerza de trabajo obtengan beneficios por cada una de sus actividades en el ciclo económico (Stanley y Randy, 2009).

Para Mises en un sistema socialista no existe una manera de reproducir las ocupaciones que cumplen el capital y la conducta de los empresarios, que bajo un sistema capitalista se encargan de encauzar los recursos eficientemente de manera dinámica. Algunos consideran que es posible subsanar esta carencia mediante la implementación de un consejo de planificación socialista, Von Mises expresa que:

El sistema capitalista no es un sistema administrativo: es un sistema empresarial [...] Nadie ha sugerido nunca que la comunidad socialista pudiera invitar a los productores y especuladores a seguir adelante con sus especulaciones y después entregar sus utilidades al arca común [...] No se puede jugar con la especulación y la inversión. Los especuladores y los inversionistas exponen su riqueza, su destino. Este hecho los hace responsables ante los consumidores (von Mises, 1998, pp. 703-705).

3.1.4.- Oskar Lange

Lange nace en la ciudad de Polonia en 1904 muriendo en el año de 1965; impartió cátedra en la Universidad de Cracovia, en donde también estudió. Para 1943 obtiene su postgrado en la universidad de Chicago; posteriormente para el año de 1945 retorna a su natal Polonia, donde recibe el cargo de embajador polaco en las Naciones Unidas (Stanley y Randy, 2009).

Oskar Lange genera su estudio en su ensayo *On the Economic Theory of Socialism*, el cual fue publicado en 1937, en este ensayo escribe respecto al socialismo a la par que generó contribuciones muy relevantes a la economía del bienestar. Lange dio una réplica a los argumentos hechos por autores como Mises, Hayek y Robbins, al sostener que, una vez establecidos los precios de los factores, se puede estar en el punto en el cual estos precios pueden emplearse con la finalidad de generar una asignación racional de los recursos, sin importar que dichos precios fuesen definidos en un entorno



de mercados competitivos o por una autoridad Estatal que planificadora es decir en un entorno socialista. Para Oskar los precios de mercado se limitan a ser simplemente índices que sirven para diferenciar entre las opciones que se dan entre oferentes y ofertantes. Por lo que en el seno de un mercado competitivo bajo un régimen capitalista las empresas que requieren adquirir ciertos factores de producción, como los hogares, que ponen en venta en el mercado ciertos factores, no cuentan con la información suficiente para entender cómo se establecen los precios. Bajo esta idea, para Oskar el precio se convierte en un criterio mediante el cual se puedan tomar las decisiones, por lo cual Oskar sostenía que en un régimen socialista podría conocerse los precios que equilibren la oferta y la demanda de bienes en el mercado con un simple método de prueba y error (Landreth y Colander, 2006).

Lange propuso un modelo de mercado socialista, en el que si organiza bajo el acotamiento de ciertos criterios fijos podría articularse una manera eficiente económicamente hablando y se podría alcanzar nivel máximo de bienestar en la sociedad. Este mercado socialista se distingue por 1) el dominio de los bienes para el demandante, así como una forma libre de elegir que bienes adquirir de la gama de estos disponibles en el mercado; 2) una libertad para elegir en que ocuparse, y 3) el monopolio del Estado para la posesión de los medios de producción. Bajo este modelo existen precios que se fijan por el mercado para la fuerza laboral, para los bienes y para los servicios; así como que existe un mercado en el cual puedan adquirirse los mismos; salvo por los bienes de capital y bienes intermedios. Para Oskar el precio puede ser diferente a un precio de mercado, pudiendo fijarse como una tasa establecida para intercambiar 2 bienes (Lange y Taylor, 1964).

Oskar establece que, para un mercado capitalista competitivo, los oferentes y los demandantes buscan maximizar sus utilidades; sin embargo, esta situación no es buscada en un régimen socialista debido a que las empresas son propiedad del Estado y no buscan el obtener el mayor número de utilidades, por lo que Oskar propone que para que se pueda establecer los precios en el socialismo se requieren dos preceptos. El primero versa en el sentido de que la producción de cada bien se realice con el menor



coste de producción; el segundo es que el nivel de producción se fijado en la porción en la cual el costo marginal sea igual a cero. En este punto Oskar requiere también que los mercados se encuentren en equilibrio, esto se logra al momento en el cual la oferta de bienes es igual a la demanda de los mismos dado un nivel de precios determinado; este proceso sucede en el mercado capitalista por los movimientos que se dan por las fuerzas del mercado; por lo que Oskar sostiene que las fuerzas del mercado pueden ser substituidas en un régimen socialista por el estado mediante sus planificadores, quienes analizando el nivel de escasez podrían fijar un precio y analizar si existieran excedentes de bienes significaría que se asignó un precio elevado y debe ajustarse a la baja; en contra parte, un producto escaso significaría un precio bajo que debe ajustarse al alza (Lange y Taylor, 1964).

3.1.5.- Kenneth Arrow.

Arrow fue un estudioso de la economía, nacido en 1921 en la ciudad de New York y muerto en 2017; estudió en el City College en New York y trabajo en la Universidad de Stanford. Arrow se caracterizó por mostrar interés en los problemas políticos y sociales, auxiliando a estas áreas a tener un mayor desarrollo. Arrow contaba con una facilidad para expresar sus ideas de una manera matemática al tiempo contaba con la habilidad de emplear la estadística para demostrar sus teorías. La mayor aportación de Arrow para la teoría del bienestar se dio en su publicación *Social Choice and Individual Values*, es en esta obra en la que abordo los criterios del bienestar social, en donde estimó distintas perspectivas del bienestar social percibiendo debilidades en las diversas ideas que se tenían sobre estas elecciones, por lo que, busco resolver cuestionamientos relativos a las elecciones dentro de la sociedad y en el seno de las democracias y si las elecciones que se dan en este entorno son aquellas que ofrecen los máximos beneficios (Stanley y Randy, 2009).

Para comprobar esas cuestiones Arrow construyo el teorema de imposibilidad de Arrow o como también se le conoce la paradoja del voto. Este teorema buscaba conocer las interacciones que se dan entre las predilecciones del individuo, así como, la manera



en la que la sociedad elige mediante las votaciones en una democracia. Para establecer el modelo Arrow estipula cuatro cláusulas que deben cumplirse para que se considere como una elección social y que estas muestren las elecciones e inclinaciones de los individuos, estas son: 1) Las elecciones sociales deben ser transitivas, lo que quiere decir que, estas elecciones sean coherentes en el sentido de que si α tiene preferencia a β y β tiene preferencia a λ , por lo que λ no se puede tener preferencia por α ; 2) La forma en la que decide el grupo no tienen que estar influenciada por personas al interior o exterior de la colectividad; 3) Las elecciones sociales no se les permite cambiar de sentido al contrario en el que se viene desarrollando las elecciones individuales (en otras palabras, la selección que se hubiesen tomado en otro sentido la sociedad, no debe ser descartada por el simple sentido de la simpatía a otro individuo), y 4) La preferencia individual de la sociedad entre dos posibles opciones solamente deben ser influenciadas por las inclinaciones que se tengan solo para estas opciones y no por los juicios de valor que tengan los individuos con relación a la opción restante (Arrow, 1951).

Posteriormente a la estipulación de estas reglas Arrow realizó un cómputo de los distintos sistemas mediante los cuales se realizan votaciones, con el fin de establecer si las elecciones democráticas son capaces de efectuar elecciones de entre todas las opciones con las que cuentan sin que se violenten las cuatro reglas anteriormente establecidas. Posteriormente a su investigación Arrow concluyó que ninguno de los sistemas de votación en las democracias puede al mismo tiempo acatar las elecciones de los votantes, garantizar en nivel máximo de bienestar, independientemente del momento en el que se realicen las votaciones de los temas a elegir (Stanley y Randy, 2009)

Para sustentar su conclusión Arrow propone lo siguiente: supongamos que en una sociedad pueden elegirse entre tres votantes y para su facilidad de identificación supongamos que son el I, II y III. En esta sociedad se pueden realizar tres distintas políticas la α , β y λ ; las cuales respectivamente pueden ser el considerar desarmarse (α), comenzar la guerra fría (β) o comenzar una guerra (λ). En estricto apego a la teoría del bienestar la sociedad, anteriormente descrita, deberá elegir de entre las tres opciones



para elegir, una vez electo deberán elegir de entre las alternativas α , β y λ ; por lo que, es posible el ordenar un rango del nivel de preferencias colectivas priorizándolas por número de votantes obtenidos; es decir, podría existir una elección entre α y β , y entre la ganadora y λ (Arrow, 1951)

Tabla 19. La paradoja de la elección de Arrow.

TIPO DE POLÍTICA	VOTANTES I	VOTANTES II	VOTANTES III
α	1ra elección	3ra elección	2da elección
β	2da elección	1ra elección	3ra elección
λ	3ra elección	2da elección	1ra elección

Fuente: Elaboración propia con base en Stanley y Randy (2009).

La tabla 4 muestra al lado izquierdo las distintas opciones de políticas α , β y λ y en la parte superior se presentan los distintos votantes I, II y III. En el interior de la tabla se puede apreciar que el votante I, tiene una mayor preferencia por la política α por sobre la política β ; y en ese orden de ideas prefiere la política β por sobre la política λ , en consecuencia, el votante I prefiere α sobre λ . El votante II tiene como principal predilección la política β , teniendo como segunda opción la política λ y como última opción la política α ; (queriendo decir que las preferencias son β sobre λ y λ por sobre α); de lo que se puede concluir que el votante II prefiere β sobre α . Por último, el votante III tiene una mayor preferencia hacia la política λ , se muestra que su segunda preferencia de política es la α y como última selección la política β ; (queriendo decir que las preferencias son λ sobre α y α por sobre β); de lo que se puede concluir que el votante III prefiere λ sobre β (Arrow, 1951).

Hasta este punto parece que se dan por cumplidas las restricciones que Arrow, pero veremos que sucede al considerar que las votaciones se dieran en pares y de este se eligiera aquel que tenga mayor número de sufragios; en este sentido propongamos tres diferentes votaciones α contra β ; β contra λ y α contra λ . En este supuesto α resultaría



ganadora de la competencia α contra β , dado que a los votantes I y III prefieren α contra β (como se explicó anteriormente), lo que da un resultado de dos votos contra uno a favor de la política α . En otra competencia de β contra λ , el ganador sería β dado que a los votantes I y II prefieren β contra λ . Todo lo anterior nos haría concluir que la mayor parte de la sociedad tendrían más preferencia de α por encima de λ , dado los resultados anteriores donde por α está por encima de β (primera votación) y β está por encima de λ (segunda votación); pero ¿será correcta esa apreciación? Para validar esta suposición analicemos la competencia de α contra λ , en esta contienda los votantes II y III prefieren λ por sobre α , lo que resulta contrario a la anterior suposición; además este resultado viola la congruencia o transitividad que se había establecido en un principio por lo que α se escoge frente a β y β se escoge frente a λ , pero λ se escoge frente a α ; podemos percibir que bajo este ejemplo de votaciones estas no muestran de manera lógica las elecciones de los votantes (Arrow, 1951).

Mediante esta paradoja Arrow estableció que se requiere formular un procedimiento mediante el que se puedan generar elecciones que puedan librar las problemáticas más notorias. Concluyó que no se puede alcanzar una democracia perfecta, por lo que se debe aceptar la segunda o tercera opción. Pero no resulta sencillo para un grupo social alcanzar un bienestar económico. Arrow fomentó el conocimiento de los sistemas económicos y políticos (Stanley y Randy, 2009).

3.1.6.- James M. Buchanan.

Buchanan nació en Tennessee, en 1919 y murió en el año 2013, fue criado en un medio inmerso en la pobreza, las que aunadas a las problemáticas que se suscitaron durante la Gran Depresión de los años 30's pudieron forjar el pensamiento frente a la indiferencia de las personas ante la presunción y el elitismo (Stanley y Randy, 2009).

La mayoría de los economistas consideran que las personas actúan de manera lógica frente a los asuntos económicos, por lo cual Buchanan se cuestionó si ¿las personas podrían ser racionales en asuntos que sean distintos a los económicos? Para responder este cuestionamiento James planteó a inicios de la década de los 50's la



escuela de la elección pública. Buchanan junto con el economista Tullock iniciaron sus investigaciones respecto a la elección pública, sin embargo, para la década de los 60's ambos economistas salieron de la Universidad de Virginia porque ambos mostraban un punto de vista heterodoxos de la economía política (Landreth y Colander, 2006).

Buchanan no es el tipo de economista tradicional por sus ideas y los avances que se han tenido por sus investigaciones, Buchanan es el pionero de la teoría The Public Choice (la economía de la política) así como, de la economía constitucional (la economía de las reglas) (Stanley y Randy, 2009). El principal concepto de la elección pública radica en suponer que las personas actúan de manera racional al actuar con el gobierno de la misma manera en la que actúan en sus cuestiones económicas. Se debe establecer que el gobierno no es una institución que realice actos para beneficio o con el fin de dañar mediante sus interacciones, debe considerarse que se trata únicamente de una institución por medio de la cual las personas alcanzan sus fines económicos con ayuda de la política. En esta teoría se enclava en los preceptos de la teoría clásica y neoclásica, en lo que respecta a la modelización de los comportamientos de las compañías y de los hogares, con el fin de examinar el cómo se dan las elecciones tanto públicas como en el aspecto político (Landreth y Colander, 2006).

Los criterios de la elección pública.

Buchanan establece su argumento indicando que únicamente las personas tienen conocimiento de aquello que les proporciona gozo o disgusto, por lo que no le es posible a cualquier individuo externo o a algún grupo social puede dictar o guiar esta opción por ellos. Las personas cuentan con distintos deseos, talentos, esperanzas, intelecto y criterios, si bien es cierto, cada individuo es único, todos cuentan con un factor común: cada uno persigue con decisión su propio beneficio. En la persecución de su beneficio conlleva a alcanzar un orden involuntario por medio del proceso del intercambio. Las personas buscan intercambios que aumenten su bienestar; llevando al máximo su beneficio, acotándose a ciertas restricciones (Stanley y Randy, 2009).



Si bien estos criterios muestran el *homo economicus* al tiempo que señalan las visiones del mercado de los economistas clásicos y neoclásicos, empero, Buchanan fue más allá de la visión de estos economistas ya que ellos argumentaban que las personas guiaban sus acciones guiadas por el hedonismo y considero que de ser cierto lo anterior, ¿cuál sería el objetivo de que las personas usen como mediador al gobierno para alcanzar sus intereses sociales? (Stanley y Randy, 2009). Buchanan consideraba correcta la visión de la conducción del interés personal y el concepto del intercambio expresando que:

A la conducta de las personas en sus papeles o capacidades políticos o de elección pública, ya sea como participantes en el proceso de votación o como agentes que actúan para la comunidad política (Buchanan, 1989, p. 20).

El enfoque de Buchanan plasmado en su teoría de la elección pública comenzó a instaurarse en la corriente económica principal, una de sus principales características es la de dotar de distintos campos de visión relativos a las finanzas públicas y de la economía, uno de estos es una crítica al modelo comunista en la cual sus dirigentes buscaban fomentar sus intereses individuales por lo que quedaban lejos el bienestar social. Otro de sus puntos de vista es el de clarificar por qué los Estados en la actualidad generan grandes déficits presupuestarios, esto se explica debido a que los políticos buscan perpetrarse en sus cargos políticos, por este motivo, tratan de dotar a la población de bienes y servicios a un coste bajo en el corto plazo, pero los verdaderos costes se ocultan en el largo plazo cuando deben pagarse los financiamientos generados por las políticas paternalistas pero que a la vez generan votos necesarios para su elección (Stanley y Randy, 2009).

Visión divergente de la visión tradicional de la economía del bienestar.

El autor hace una crítica a la visión tradicional de la economía del bienestar ya que esta intenta comparar los efectos que se dan en el mundo real en el sector privado bajo la perspectiva teórica de la Utilidad Social (un ejemplo de esto es el óptimo de Pareto). Otras perspectivas de los programas del bienestar conciben a los servidores públicos



gubernamentales como intermediarios que cuentan con la capacidad de percibir plenamente una función de bienestar social o un conglomerado de predilecciones de la utilidad del individuo. En pocas palabras el Estado siempre es “bueno” y tiene la capacidad de apreciar y corregir los “males” que el sector privado causa por las imperfecciones en los mercados, por lo que gracias al gobierno se pueden superar los errores del mercado y aumentar el bienestar social (Stanley y Randy, 2009).

Las críticas de Buchanan se fundamentan en dos puntos principales. El primero se sustenta en que la utilidad únicamente puede conocerse por cada persona, por lo que no existe alguna persona o grupo social que pueda distinguir la función de bienestar de la sociedad. Aun las personas no son capaces de conocer las opciones que le proporcionen utilidad con antelación, por lo cual, resulta necesario reaccionar en el momento en el que estas se presentan en el mundo real, por este motivo las decisiones que se generen hoy afectaran las distintas funciones de utilidad del día de mañana. Buchanan sostiene que no resulta oportuno imputar las preferencias de utilidad para que sea la sociedad quien las determine, en lugar de intentar calcular los resultados de la utilidad, por lo que la economía del bienestar necesitaría centrar sus esfuerzos a conocer y articular los procesos que se generan en las políticas y en el interior de sus instituciones.

El segundo punto versa en que, si se pudiese conocer la función de bienestar social aquel que pudiese llevarla a su consecución, ya que, las instituciones del estado se constituyen de individuos que se guían por intereses propios y que resultan prácticamente imposibles vincular estos intereses con los del bienestar social. Por lo que si existe una falla en el mercado del sector privado también se dan estas fallas en el gobierno que no permiten alcanzar el máximo bienestar (Stanley y Randy, 2009); estas fallas Buchanan las describe de la siguiente manera:

No existe una suposición necesaria de que simplemente porque los mercados son imperfectos, los procesos políticos funcionarán mejor. Por el contrario, como nos lo recuerda la teoría de la elección pública, hay muy buenas razones para dudar de la capacidad de los procesos políticos para lograr la optimalidad de Pareto. La



comparación normativa pertinente es entre dos instituciones imperfectas (Brennan y Buchanan, 1985, p. 116).

Buchanan y la economía constitucional

Pese a la postura de Buchanan a favor de la individualidad y su desdén por el Estado y sus instituciones él no se considera anarquista. Buchanan establece que pese a que los individuos persigan sus objetivos es fundamental la intervención del Estado para frenar los ímpetus egoístas que esta busca conlleva, haciendo necesario el acotamiento de los impulsos mediante una reglamentación y construcción de una legislación de carácter constitucional; estas reglas deben limitar a ambas partes a los individuos como al Gobierno. El establecimiento de la constitución se da ya que cuando se establecen estas reglas, las personas desconocen el cómo impactarán estas leyes a su futuro (Stanley y Randy, 2009); Buchanan lo describe de la siguiente manera:

Parece probable que la incertidumbre que se requiere con el fin de que el individuo se deje guiar por su propio interés para apoyar disposiciones constitucionales, que por lo general son ventajosas para todos los individuos y para todos los grupos, esté presente en cualquier etapa de la discusión constitucional (Buchanan y Tullock, 1962, p. 78).

El acuerdo unánime se puede realizar y de hecho el llegar a un acuerdo único es preferible ya que de esta manera se pueden generar las normas más importantes, pero si se pensara desde una visión de eficiencia implicaría que para dar vida a un reglamento o ley secundaria ya no es necesaria la unanimidad solo se hace necesaria una mayoría a favor, lo cual a diferencia de un voto unánime puede generar disgustos e inconformidades. Se pueden establecer que las aprobaciones se pueden dar por un porcentaje el cual deberá ser superior al 50% pero inferior al 100%. Desde esta perspectiva, cualquier punto porcentual inferior a la unanimidad crea costes para aquellos que están en desacuerdo con las leyes, por lo que, cada punto porcentual inferior para su aprobación acentúa los costes. Sin embargo, toda aprobación de una ley conlleva sus costes aun aquella en la que se obtiene el nacimiento de una nueva norma, los costes se conforman por las



negociaciones necesarias para obtener el apoyo necesarios para alcanzar un 100% de votaciones a favor. Buchanan considera que debe existir un establecimiento porcentual para aprobación de las leyes en donde su objetivo sea llevar a la mínima expresión el total de: a) los costes a pagar de la oposición y b) los costes que se generan de manera natural por las negociaciones o “cabildeos” que permiten a la sociedad obtener mayores niveles de aprobación necesarios para obtener una nueva ley (Stanley y Randy, 2009).

3.1.7.- Amartya Sen.

Amartya Kumar nace en el año 1933 en Santiniketan, India, estudió en la Universidad de Calcuta en la cual consiguió en el año 1953 su *Bachelor of Arts*, posteriormente prosiguió sus estudios en el Trinity College de Cambridge, compartiendo el aula con Maurice Dobb, Dennis Robertson y Piero Sraffa. Amartya escribió su tesis doctoral en el año 1959 teniendo como directora a Joan Robinson hablando respecto las decisiones de planificación de la inversión, la cual fue publicada en 1960 bajo el título *Choice of Techniques: An Aspect of Theory of Planned Economic Development*; en este trabajo se aborda principalmente con una perspectiva de bienestar. Pese a que esta fue una gran obra Sen alcanzó el reconocimiento internacional en el año 1970 con su obra *Collective Choice and Social Welfare*, la cual se convirtió en un parteaguas de la teoría de la elección social al continuar con las investigaciones que se venían realizando en la economía del bienestar y de ciencia política relativas a las elecciones de los ciudadanos (Sen, 1997).

Aun cuando Sen se encontraba rodeado de múltiples y renombrados académicos pudo percibir de primera mano los problemas como el hambre y la pobreza y los efectos que estas causaban en las personas llevándolas a generar grandes disputas para subsistir. Esto inspiró a que investigará sobre estas problemáticas llegando a la conclusión que muchas de las problemáticas como la de la hambruna no eran generadas por la falta de comida sino porque las personas que se encontraban en situación de hambruna no podía tener acceso a los alimentos necesarios, debido principalmente a las asimetrías generadas por la distribución desigual del ingreso, acompañadas por un Estado y sus



instituciones faltas de democracia y por la implementación de políticas sociales improductivas. Es debido a estos resultados que Amartya comenzó a trabajar con el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PDNU) a fin de poder mitigar las problemáticas de las personas en la pobreza y la desigualdad (Stanley y Randy, 2009).

La elección social de Sen

Arrow (1951) planteó un método por el cual pudo concluir que la teoría de la elección social termina en un punto muerto del cual no existe salida. Esta paradoja se encontraba sin una posible resolución hasta la intervención de Sen, para Van Parijs¹⁴ (1993) Amartya revivió la idea de romper esta encrucijada, debido a que aportó nuevas perspectivas que pueden librar la problemática en la que Arrow se encontró. Sin embargo, en opinión del mismo Sen esta ampliación para cruzar la frontera requiere el insertar al análisis ciertas impurezas al interior de los procesos de elección colectiva, por lo que, para salir de este estado inmovilidad se hace necesario salir de los esquemas tradicionales y axiomáticos (González, 1998). En palabras de Sen:

Mientras que la pureza es una virtud que no tiene complicaciones cuando se refiere al aceite de oliva, al aire marítimo, o a las heroínas de los cuentos costumbristas, sí presenta dificultades cuando se refiere a los sistemas de elección colectiva (Sen, 1970, p. 200).

La principal conclusión de Arrow fue que bajos los supuestos que él implemento no se puede encontrar algún proceso de votación que pudiese llevar a su máxima expresión las elecciones de las personas de conformidad con sus sufragios, así como, de su bienestar social. Sen entiende la conceptualización de Arrow y en la cierta medida acepta los planteamientos, pero no creyó que la imposibilidad pese la única opción, por lo que creyó que podría mejorar esta teoría (Stanley y Randy, 2009).

¹⁴ Filósofo belga y economista político.



Amartya considera que es posible dar solución al teorema de imposibilidad anexando un par de factores que algunos estudiosos del teorema (así como el propio Arrow), no consideraron. Arrow estableció en su modelo que las elecciones están a expensas de un método lógico en el sentido de “prefiero α más que β y β más que λ ”, hace falta algo más en esta ecuación y ese algo se trata de la intensidad de las preferencias en el sentido de “me agrada α mucho más que β , pero β sólo un poco más que λ ”. Los estudiosos de la economía hablan de este orden por rangos de una manera ordinal que instauran a los participantes en un orden específico, pero sin que este obtenga un valor aritmético. Las mediciones cardinales en el sentido de α me da 20 utilidades, β me da 10 y λ me da 5, bajo esta perspectiva se puede medir con mayor precisión el que tanto prefiero una opción de otra, pese a su practicidad y gran utilidad en muchas ocasiones se declinan en el entendido de que no son fáciles de obtener y resultan difíciles de descifrar ya que suelen asignárseles valores y escalas con cierta subjetividad, (lo que para mí puede representar 20 unidades pudiesen representar un valor muy grande para otros investigadores) (Stanley y Randy, 2009).

En una simple actividad en la que se requieran votaciones por una mayoría simple de la mayoría no sería necesario el conocimiento de estos costes, hasta el punto en el cual los votantes estén solamente por encima en la votación a favor de la política A por sobre la política B en este punto se podría establecer que los costes de votación son superiores de las ganancias que se obtienen por el sufragio necesario para obtener la mayoría simple a favor de la política A. Desde una perspectiva más compleja en la cual las elecciones se midan mediante un sistema en el cual se pudiesen incluir más factores; un ejemplo de esto es un sistema en el cual los decisores otorgar un numeral fijo de puntos, en este sistema resultaría baja la probabilidad de ocurrencia de una paradoja del voto; debido a que la intensidad de los electores por una opción dotaría a cada una de las políticas de un peso de votación y establecería el verdadero peso que la política ganadora tendría (Stanley y Randy, 2009)

Arrow dentro de su teoría establece una restricción más en el sentido de que las comparaciones interpersonales no son aceptables en el modelo de Arrow. El motivo por



el cual no se aceptan las comparativas es debido a la dificultad que se tiene en hacerlas por lo cual pueden no servir en absoluto. Si un par de personas establecen que pueden recibir 20 utilidades de una política propuesta, esta puntuación puede ser interesante para la primera persona y algo sin sentido para la segunda. La problemática aquí es que no existe una escala de utilidad comprendida y aceptada. En este punto Sen considera que las comparaciones interpersonales son relevantes sí importan y no son prohibidas por sus dificultades. En este sentido Sen expresa:

Una creencia muy difundida es que la utilización de comparaciones interpersonales es arbitraria y muchas personas consideran que esas comparaciones “carecen de significado” por no estar relacionadas con actos de elección. Una forma de darle un significado a esas comparaciones es considerar la elección entre ser la persona A en la condición social x, o ser la persona B en la condición social y. Por ejemplo, podríamos preguntar: “¿Prefiere usted ser el señor A, un trabajador desempleado, en la condición x, o al señor B, un ingeniero bien pagado, en la condición y?” Aun cuando la respuesta a la pregunta no implica comparaciones interpersonales, me quiero aventurar a expresar el punto de vista de que no está totalmente más allá de nuestra profundidad intelectual el poder pensar sistemáticamente acerca de esta elección (Sen, 1970, p. 4).

Amartya consideró también que los individuos realizan comparaciones interpersonales al momento de realizar sus elecciones, dado que examinan la manera en la que las opciones políticas los afectarán tanto a ellos como a las personas que se encuentran a su alrededor.

Las investigaciones de Sen muestran una gran inquietud por la equidad y la justicia en la elección social: debido a que los resultados de una elección no logran por sí mismos llevar al máximo los beneficios del bienestar social, hace falta que se dé una distribución justa de los ingresos. Sen recomienda una manera para se puedan realizar decisiones con un mayor grado de equidad, él lo denomina como “justicia maximin” Esta justicia solicita a un individuo seleccionar el cómo se realizarán las distribuciones de la sociedad



pese a que estos no han ocurrido. Amartya designa el vocablo “maximin” dado que el preferir de entre distintas condiciones sociales, los individuos optarán por aquellas formas de distribución que le permitan llevar al máximo su nivel de bienestar aun y cuando este se de en su mínima expresión. En otras palabras, dada la incertidumbre de la decisión y los efectos adversos que esta puede conllevar, el individuo optará por elegir aquella en la que la persona que se encuentre en las peores situaciones precarias aun así se encontrará más favorecido que cualquiera otra alternativa sobre la mesa (Stanley y Randy, 2009).

3.2.- El bienestar subjetivo.

El bienestar se trata del sentimiento de un individuo al momento de satisfacer sus necesidades actuales de carácter biológicas y psicológicas; al tiempo que lo ayude a alcanzar su proyecto personal de vida. Para alcanzar lo anterior se requiere que las aspiraciones del porvenir y una probabilidad de poder materializar en un futuro en el corto o largo plazo. Partiendo desde lo anterior se puede considerar que el bienestar social busca satisfacer sus necesidades ya sean las más simples y triviales hasta llegar a las más indispensables, teniendo una visión del futuro y una posibilidad de realizar todas sus metas y planes en un periodo de tiempo razonable.

El bienestar social tiene su punto de partida de la estabilidad económica, este está íntimamente ligado con la manera en la cual se distribuyen los ingresos en la sociedad, existen otros factores como el monto de los salarios devengado por sus labores en su trabajo, como lo referente a los peligros de las compañías tienen. Por lo que el bienestar económico remplace la escasez patrimonial de las personas y garantizando el confort y las mejoras que este bienestar económico da. La orientación del bienestar parte de una perspectiva que combina distintas acciones entre los individuos, en dichas actividades el nivel de vida se valora bajos los términos del talento para alcanzar los resultados planteados (Duarte y Jiménez, 2007).



Algunas de las características básicas del estado de bienestar como al de contar con una buena salud, una esperanza de vida larga, contar con una vivienda digna, poder acceder a los alimentos que le permitan estar bien nutridos, por nombrar algunos; son factores capaces de reemplazar las necesidades más básicas. Existen diferentes factores más intrincados que son ampliamente perseguidos, dentro de estos se encuentra la autorrealización y la pertenencia y aceptación en un grupo social. Las personas presentan distintos niveles de valoración de los factores por lo que resulta evidente que se perciban estas posibles diferencias al momento de valorar las virtudes de estas (Duarte y Jiménez, 2007).

Una ejemplificación de lo anterior se puede percibir en el entorno de ciertos tipos de análisis social, en el concerniente al combate a la pobreza extrema en un entorno económico en vías de desarrollo, en este ejemplo es posible obtener grandes beneficios con una intervención a los factores más importantes iniciando con aquellos que son básicos; en este sentido se pueden abordar problemas como el de estar bien nutrido y establecer un programa para que los individuos cuenten con una vivienda adecuada a sus necesidades, ambos apoyos pueden prevenir las morbilidades evitables y los factores que puedan terminar en una mortalidad prematura (Duarte y Jiménez, 2007). Pese a todo lo dicho es necesario analizar las distintas nociones del bienestar.

3.2.1.-Bienestar social y la economía del bienestar.

El bienestar social se puede definir como la agrupación de factores en los que concurren la calidad de vida de los individuos que producen que su existencia contenga los componentes que generen la tranquilidad y satisfacción de los humanos. El bienestar social es un estadio que no puede percibirse a simple vista, esta percepción debe darse partiendo de los juicios para realizar una comparación entre el tiempo y el espacio.

El bienestar de los individuos necesita múltiples factores que cambian dependiendo de la aportación que ofrecen cada uno al bienestar. Diversos autores consideran distintos tipos de factores, sin embargo, se puede apreciar gran coincidencia en factores como el acceso del individuo a alimentos que le permita estar bien nutrido, el poder gozar de un



estado idóneo de salud, el contar con una residencia adecuada y digna y el poder acceder a una educación adecuada para desarrollarse; por nombrar algunas (Barr, 1992; Cattaneo et al., 2009; Duarte y Jiménez, 2007; Hills, 2001).

La teoría del bienestar puede concentrarse en su manera de pensar en dos grandes ramas, las cuales están determinadas por las perspectivas en las que se basan para realizar las comparaciones entre individuos, estos son los marginalistas y los dualistas. Por un lado, tenemos el punto de vista de los economistas marginalistas, los cuales son conocidos igualmente como neoliberales; este grupo muestran una inconformidad con las políticas que plantean realizar una redistribución, debido también a que estas políticas generaran mayores imposiciones tributarias para las personas más favorecidas. Con el fin de rebatir estos esquemas por los que se intenta controlar los recursos, se ha puesto en entredicho la capacidad de realizar comparaciones interpersonales, esto debido a que las utilidades no pueden ser percibidos de manera directa u observables (cardinales), resulta imposible el cuantificar estas utilidades como un kilogramo o un litro, esto es: no pueden ser medidas de forma precisa, como sí lo puede ser, por ejemplo, el volumen de un saco de arroz. En resumen, los marginalistas consideran que las utilidades que obtienen unas personas se alcanzan reduciendo utilidades de otros (Barr, 1992; Agafonow, 2004).

Los economistas más reconocidos de esta corriente son William Stanley Jevons (1835-1882), Vilfredo Pareto (1848-1923) y Lionel Charles Robbin (1898-1984). De conformidad con los ideales de los marginalistas resulta irrealizable una comparativa entre las diferentes personas, debido principalmente, a que las utilidades de los individuos no pueden cuantificarse, por lo cual, no es posible establecer una correcta reasignación de recursos (Barr, 1992; Agafonow, 2004). Los marginalistas consideran que, al generar una reasignación de recursos por parte del Estado, traería como consecuencia que se obligase a un grupo a menguar es su patrimonio y entregarlo a otro grupo de personas, que no les darán el valor suficiente como aquellas que perdieron parte de su riqueza por lo cual al final la utilidad social será negativa.



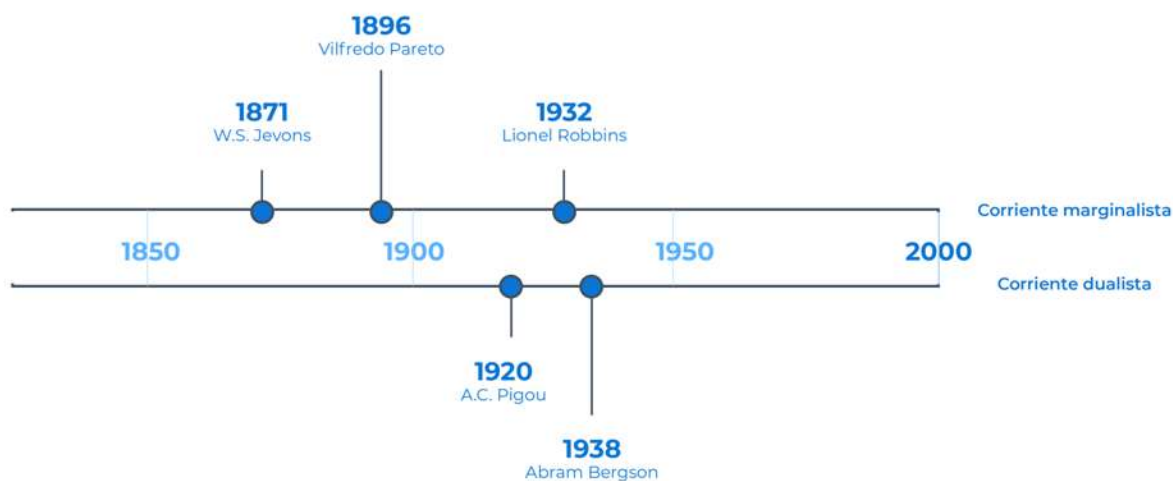
En la otra cara de la moneda tenemos a los economistas de corriente dualista se encuentran a favor de generar políticas redistributivas, si bien esta corriente concuerda con la visión de los marginalistas en que las utilidades no pueden cuantificarse de una manera tradicional y observable, por lo que ellos proponen el realizar las mediciones de manera ordinal, que si bien puede no tener la precisión de la medición cardinal, presenta una mayor proximidad al nivel de utilidad que cada persona le otorga a estas retribuciones. Esta medición ordinal permite comparar las ponderaciones que los individuos dan a las utilidades, con esta comparativa se tiene una mejor perspectiva de cuál de los individuos tiene un mayor disfrute de la utilidad y quien disfruta menos de la mismas, con este análisis se puede estar en posibilidades de establecer una distribución que iguale las diferencias (Agafonow, 2004)

Los economistas más renombrados de esta corriente son Arthur Pigou (1877-1959) y Abram Bergson (1914-2003), los dualistas consideran que los individuos pasan por un proceso de insatisfacción en la medida que se tienen mayores cantidades de bienes, ellos denominan a este proceso como una utilidad marginal decreciente. En otras palabras, cuando un individuo cuenta con un gran número de un bien, la utilidad que tenga este bien para el individuo será cada vez menor, por lo que, al generar una redistribución de los bienes traerán como efecto que la pérdida de utilidad sea inferior que la utilidad que obtendrán los individuos que obtendrán por los bienes que obtendrán, bajo esta idea, se hace factible que se puedan reasignar los bienes y mitigar las desigualdades sociales (Lopera, 1999; Agafonow, 2004).

En la visión de autores como Agafonow (2004) se establece que el debate relativo a la redistribución de la riqueza en la sociedad como la discusión más grande de las distintas corrientes económicas. Este autor continuo su análisis estableciendo que la utilidad está íntimamente ligada con la manera de pensar de los individuos, esta percepción que se tiene de la realidad intenta englobar las condiciones en las que vive, pero con su reducido punto de vista tratando de dar una explicación de sus decisiones y elecciones que le den satisfacción a su persona.



Figura 18. Evolución del pensamiento marginalista y dualista.



Fuente: Elaboración propia con base en Agafonow (2004).

Se puede apreciar en la figura anterior, el proceso evolutivo del concepto de bienestar, la utilidad y la satisfacción. Así mismo, se puede apreciar una línea temporal para el pensamiento marginalista y paralela a la misma, la línea temporal del pensamiento dualista en la que se presentan los autores y el año en el cual se plasmaron sus aportaciones en cada una de las corrientes. La conceptualización de utilidad tiene sus inicios a partir del siglo XIX, aportado por William Stanley Jevons en el año 1871, quien considera a la utilidad como una permuta de dinero por bienes. En los últimos 4 años del siglo XIX se inserta al pensamiento económico el concepto del bienestar; durante el año 1896 Vilfredo Pareto establece una diferenciación entre el concepto de utilidad de Jevons y el bienestar; este último resulta superior a la simple satisfacción de los individuos de algún tipo de necesidad. En los años 30's del siglo XX, Lionel Charles Robbin (1932), habla de satisfacción de manera particular, algo muy individual de las personas por lo cual esta satisfacción es inverosímil realizar una permuta de las satisfacciones de un individuo a otro (Agafonow, 2004).

Por otro lado, la corriente dualista tuvo una evolución a en la segunda década del siglo XX, con las aportaciones de Arthur Pigou (1920), quien acoge la consideración de que la cantidad monetaria que un individuo propone para adquirir una mercancía como



una medida de la satisfacción que el individuo tendrá por conseguir esa mercancía. Ya para el año 1938 Abram Bergson planteó que la totalidad de los individuos de la sociedad deberían acrecentar su utilidad, independientemente del grado de aumento que tengan cada uno de los individuos pese a que algunos solo tengan una tasa mínima de mejora. Estos autores consideran que se pueden realizar un cambio de satisfacciones entre los individuos, esto se puede llevar a cabo puesto que los satisfactores pueden ser ordenados y comparados entre sí, en este caso es posible identificar la ganancia que tendrá la sociedad por una redistribución de ingresos (Agafonow, 2004).

En este análisis se pudo conocer de manera general la forma en la que las dos principales corrientes que marcan a la teoría del bienestar para identificar sus conceptualizaciones y principales aportaciones y limitaciones, para la presente investigación se optará por las ideas propuestas por la corriente dualista a favor de generar una redistribución del ingreso; sin embargo, hace falta ver el bienestar desde una perspectiva de salud, eso se verá a continuación.

3.2.2.- El estado de bienestar y la salud.

En estos tiempos se ha venido dando una evolución por la predilección actual de los indicadores básicos de salud como mortalidad que cuenta con distintas visiones, tanto de manera general, únicamente infantil o la medición de la esperanza de vida al nacer. Todo esto ha tenido una tendencia hacia el perfeccionamiento de indicadores a partir de la década de la segunda mitad del siglo XIX (McKeown, 1982). Estos avances han llegado hasta nuestros días en los diferentes países de los cinco continentes. Si bien en cada país a lo largo de la historia ha contado con sistemas económicos diversos muchos de ellos han mostrado crisis económicas como, por ejemplo, la originada por la caída del muro de Berlín, la cual marcara el punto final de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (Stuckler et al., 2009). Estas problemáticas generaron puntos de inflexión para los indicadores de salud, si n embargo, estos indicadores no han tenido cambios al patrón general del uso de estos, los cuales sin embargo han sido evaluados alrededor del mundo



para las siguientes tres décadas (GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators, 2016).

La metamorfosis epidemiológica y sanitaria se ha venido acentuando en las naciones que cuentan con niveles altos de renta, estos avances se deben a distintos factores uno de ellos se manifiesta en las mejores condiciones de vida con la que la sociedad cuenta en estos Estados¹⁵ así como, en mejoras obtenidas en las condiciones de trabajo¹⁶, las que en conjunto con un sistema de salud universalista permite a la población contar con servicios de tratamiento y atención de mejor calidad, igualmente permite acceder a medidas de prevención de la salud. Todas estas mejoras han venido de la mano con el inicio y fortalecimiento del Estado del bienestar principalmente desde la segunda mitad del siglo XX, es aquí donde se han materializado las políticas sociales y han ampliado sus coberturas por parte del Estado (Benavides et al., 2018).

La idea del Estado que proponía Maquiavelo en su obra *El Príncipe* (Maquiavelo, 2010), él llamado *Stato*¹⁷ ha sufrido grandes transformaciones a lo largo de estos siglos, estas metamorfosis parten desde un Estado que busque garantizar la seguridad mediante el cuidado del orden público, la administración e impartición de justicia y del uso de los ejércitos, que cuidaban los intereses y propiedades de aquellos que son el grupo más poderoso en la sociedad. Llegando a convertirse en un Estado preocupado por avanzar en democratizar la sociedad lo cual en la medida en la que se alcanzaba motivó al Estado a comprometerse en políticas públicas en temas como salud, educación y pensiones por nombrar algunas; con las que buscaba garantizar los derechos de los ciudadanos al tiempo que apostaba por obtener un estado de bienestar para los ciudadanos principalmente para los individuos en una situación vulnerable. Para el siglo XX en Europa se le considero como el siglo del afianzamiento del Estado de Bienestar (Judt, 2013)

Es en este entorno del Estado de bienestar se comenzaron a articular una serie de políticas a favor de los grupos más vulnerables, en específico tenemos las que conciernen

¹⁵ Mejoras en el Saneamiento, educación, vivienda, movilidad, por nombrar algunos.

¹⁶ Tales como: abolición del trabajo infantil, reducción de la duración de las jornadas de trabajo, mejora de las condiciones materiales y salariales, etc.

¹⁷ Maquiavelo denomina el *Stato* o la razón del Estado en esta el autor hace referencia a las medidas extraordinarias que toma el gobernante para mantener o acrecentar la fuerza del Estado



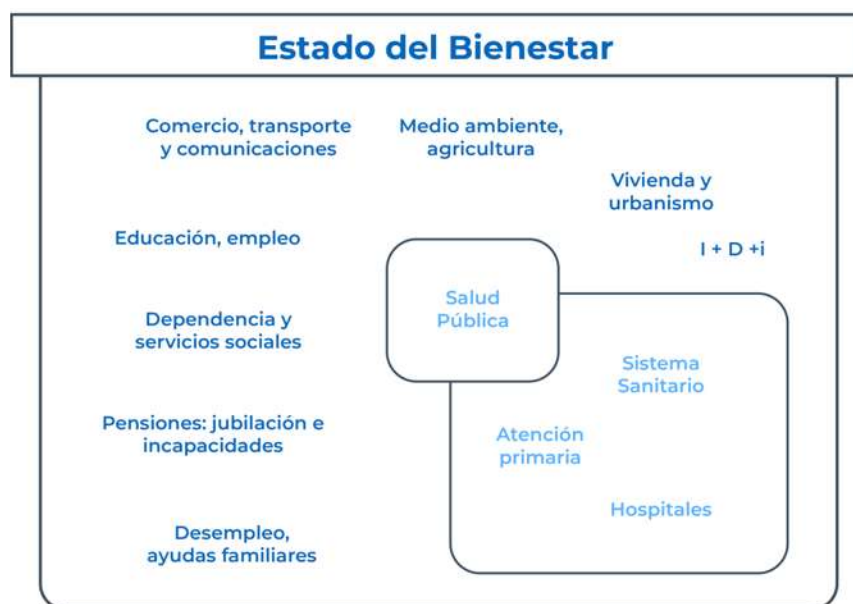
a garantizar el derecho a la sanidad. Las actividades de la salud se realizan primordialmente por las instituciones sanitarias, mismas que, tomaban el control de las acciones de salud para garantizar estos bienes aun si esta acción signifique tener el control restrictivo de los individuos. Existen muy diversas ejemplificaciones de cómo estas instituciones controlan y en ocasiones restringen ciertas actividades en aras de proteger la salud de los individuos, uno de ellos puede ser el impedir el fumar en restaurantes o sitios públicos, otro de estos ejemplos se puede dar en el control de inocuidad en los alimentos, otro más puede ser el control implementado para la purificación de agua para consumo humano.

Existe también, algunas medidas de control y cuidado de la salud que si bien pueden incidir directamente en el estado de salud que guardan los individuos estas acciones no son reguladas directamente por los ministerios de salud, tales como el uso del cinturón de seguridad mientras se emplea un vehículo automotor o las condiciones de salubridad y seguridad en el trabajo; estas actividades son reguladas por las secretarías de movilidad y las secretarías laborales, respectivamente. Estas prácticas, aunque parecieran generar un descontrol en las políticas de salud en realidad logran acuerdos con las distintas secretarías que conforman el Estado y la sociedad civil, esta unión construye los cimientos de lo que Hernández, Peiró y Villalbí (2016) denominan la estrategia de salud en todas las políticas. Este planteamiento resulta más cercano a la sociedad, parte de un ambiente local y se manifiesta mediante los modelos que promueven la salud basada en activos (Cofiño y otros, 2016). El modelo de activos dota de un punto de vista de la salud que propicia la reorientación el campo de acción de las comunidades a fin de que se puedan centrar en lo que propicie una mejora de su estado de salud al mismo tiempo, el bienestar potencia la equidad en salud fortaleciendo las elecciones respecto a las causas de las causas (Kelly et al., 2007). Bajo este modelo se pudo puntualizar el que rol tiene la salud pública el cual es el de fungir como un punto de unión entre las políticas sanitarias (principalmente de carácter asistencialista) y las diversas políticas articuladas para alcanzar el bienestar (protección social, medio



ambiente y educación, etc.), todas estas en su conjunto inciden en los determinantes de la salud de los individuos (figura 19).

Figura 19. Interacción de las políticas en salud y las políticas del estado del bienestar.



Fuente: Elaboración propia con base en, Declós y Sierra (2018).

3.2.3.- Los diferentes Estados del bienestar y su implicación con la salud.

Existen tres distintas tipologías del Estado del bienestar y la salud de conformidad con Esping-Andersen (1990); el liberal conocido también como residual, conservador conocido como paternalista y el socialdemócrata o universal. El estado liberal¹⁸ se singulariza por el dotar a su población de bajos ingresos programas de salud asistencialistas en los que se les otorgan pocos beneficios y aunado a esto polarizan a la sociedad debido a la marca social que da el ser beneficiario de estos programas. El Estado conservador¹⁹ en este tipo de estados se encuentran aquellos en los que se busca la defensa de los derechos e intereses sociales de los que pueden nombrarse los sistemas

¹⁸ Una referencia de estos serían Estados Unidos, el Reino Unido y Australia.

¹⁹ Su referencia sería Alemania, Italia o Francia.



de pensiones seguros de desempleo; etc., estos defensores pueden darse por medio de las organizaciones religiosas al organizar a las familias en estos Estados, por lo cual no se da el fenómeno de polarización social. El Estado Socialdemócrata²⁰ se manifiestan por dotar a la ciudadanía de programas de carácter universalista a fin de que la población en situaciones precarias y la clase media de estos Estados pueda ejercer efectivamente sus derechos fundamentales como la salud, pero cuidando en todo momento que la calidad con la que se prestan estos servicios sea muy alta.

Resulta relevante la postura de los Estados socialdemócratas que incluyen a la clase media en sus políticas universales fomentando que estos empleen los servicios dotados por el Estado y que a su vez se promueva una mejor prestación de servicios (hablamos de servicios de sanidad, educación, sistemas de pensiones, etc.), evitando la dispersión de los beneficiarios en la iniciativa privada lo que puede generar un gasto alto de sus ingresos familiares. Por otro lado, los otros tipos de Estados (liberal y conservador), al dotar de pocos y muy limitados servicios a la población tienden a ser de baja calidad, por lo que se fomenta que las clases sociales que pueden permitirse el pago de servicios en la iniciativa privada lo hagan y esto causará un círculo vicioso respecto a la calidad de los servicios. Para Benavides, Delclós Y Sierra, (2018), dependiendo del nivel de cobertura y de generosidad por parte del Estado para que sus ciudadanos puedan acceder a los derechos fundamentales como la salud y educación y la dependencia de este al libre mercado (de la oferta y la demanda); pueden tipificarse a los Estados por el grado de bienestar con el que cuentan.

Una de las primeras políticas implementadas por el Estado benefactor se da en el año de 1898 en la Alemania de Otton von Bismarck, quien establece el seguro por vejez y el seguro de enfermedad para los trabajadores, en su conjunto ambos seguros integran la red de seguridad social para los trabajadores (International Labour Office, 2010). Este seguro fortalece a los gremios debido a que estos buscaban la polarización entre los segmentos de la población (quienes podían gozar del derecho a la salud y aquellos que no), por lo que buscaban de este modo conseguir el agradecimiento y lealtad al Estado

²⁰ En esta tipología se incluyen los países escandinavos



de los que si podían gozar de la salud y debilitar a su principal opositor político plasmado en el nuevo movimiento obrero nacido en la Alemania unificada naciente (Benavides et al., 2018).

En este aparatado pudimos apreciar los distintos enfoques del bienestar y de cómo han evolucionado al grado tal que ha permitido alcanzar en algunos Estados una cobertura amplia y una generosa dotación de servicios que son capaces de satisfacer las necesidades de la población y que los individuos puedan ejercer sus capacidades y de gozar plenamente de su salud.

3.3.- El desarrollo humano como vehículo para el ejercicio de la salud.

La teoría del desarrollo humano da sus primeros esbozos en los años 90, inicia como una crítica al enfoque economicista que venía dándose en los estudios del desarrollo. Este se basa principalmente en datos meramente cuantitativos, por lo que esta teoría busca integrar aspectos cualitativos al estudio de los aspectos sociales de la población. Al introducir estas variables se buscaba un análisis más completo y complejo mediante el uso de aspectos esenciales como la equidad, la justicia y la libertad que no habían sido incluidos en los estudios de desarrollo. La teoría de desarrollo humano se basó en los trabajos teóricos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que a partir de los años cuarenta prioriza el análisis partiendo de la condición del subdesarrollo y los fundamentos del crecimiento para las diferentes naciones estos fueron los pilares de la teoría económica estructuralista. Subsiguientemente, la teoría de la dependencia nace en los años sesenta, dicha teoría introduce en su análisis una dimensión sociológica partiendo de la idea de la lucha de clases y los sistemas de dominación (Picazzo et al., 2011).

Posteriormente en los años ochenta, se genera la teoría de la regulación francesa, esta propone un enfoque holístico, otorgando un papel preponderante al logro del desarrollo a las instituciones. Al mismo tiempo surgen otras inquietudes a partir de la preocupación por el medio ambiente, sintetizan propuestas aglomeradas en



organizaciones supranacionales, una de estas organizaciones fue el Club de Roma²¹ en 1968, al tiempo que se establecía un enfoque del ecodesarrollo presentado en 1973 por el director ejecutivo del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (Gutiérrez y Picazzo, 2009).

A partir de estos avances se crearon nuevas perspectivas que fueron más allá del enfoque economicista tradicional estableciendo de manera contundente una perspectiva innovadora del desarrollo, el llamado desarrollo sustentable. Éste, se presenta por primera vez en 1987 en el conocido Informe Brundtland titulado *Nuestro futuro común*, en el que el desarrollo sustentable busca aglutinar el crecimiento económico, la equidad y el cuidado del medio ambiente para beneficiar a las generaciones presente y futuras (Gutiérrez y González, 2010).

En este nuevo enfoque conceptual con una orientación social y ambiental, desplaza la antigua apuesta internacional del crecimiento y la productividad como punto neurálgico de la sociedad, por una apuesta al desarrollo y el medio ambiente. En este cambio surgen los aportes en materia económica y social de Amartya Sen, quien junto con Mahbub Ul Haq, Paul Streeten, Meghnad Desai, Gustav Ranis y Keith Griffin, los mismos trabajaron para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), a fin de construir un instrumento de medición del desarrollo de las naciones el cual se conoció como el Índice de Desarrollo Humano (IDH); el cual buscaba evaluar el nivel medio alcanzado por cada país considerando fundamentalmente tres aspectos: la salud, la educación y el ingreso (Picazzo et al., 2011).

Amartya Sen busca esquematizar sus principales ideas por lo que en su libro *Desarrollo como Libertad* (2000), Sen explica que se debe entender y abordar el desarrollo como medio para potencializar las capacidades y libertades del ser humano. En el caso de esta investigación sobresale el papel que juega la salud. Amartya, atribuye un papel sumamente destacado a la salud, desde un punto de vista de oportunidad (o fin) para que

²¹ El Club de Roma se creó por un gran número de intelectuales que presentaban una gran preocupación por el deterioro del medio ambiente que se generó por el depredador desarrollo de los Estados Unidos en su época de mayor industrialización y su influencia en el resto del mundo generaron en el centro de la discusión en un libro clásico *Los límites del desarrollo* (Meadows y otros, 1972), el modelo civilizatorio prevaleciente.



las personas puedan gozar de ella y así potencializar sus capacidades en beneficio de su desarrollo tanto individual como de los actores del ámbito productivo y social.

Para Sen, se entiende a la salud como un medio que permitirá el desarrollo sus capacidades y libertades para llevar a cabo sus objetivos y metas (Sen, 1985; 1999; 2000; 2002). De esta manera, la salud emerge como una estructura fundamental para el logro de un buen desarrollo (Sen y Nussbaum, 1993; Sen A., 1999), el que permita gozar de las capacidades de las personas, o sea, la libertad real de hacer y ser lo que la gente está dispuesta a valorar con su vida (Sen, 2000).

Se puede percibir la importancia del desarrollo humano y de cómo este incide directamente en la salud que tiene la población, resulta necesario entonces no solo considerar la medición de la sociedad como un simple crecimiento, se requiere una visión más cualitativa y al largo plazo, es aquí donde el desarrollo establece un papel fundamental en este estudio; se requiere profundizar aún más en las ideas de Amartya con relación a la salud, las cuales se verán a continuación.

3.3.1. - Amartya Sen y la Teoría del Desarrollo Humano.

Amartya Sen plantó la semilla que daría frutos en forma de la teoría del desarrollo humano revolucionando la forma de medir y conceptualizar el desarrollo. Este enfoque propuesto fue más allá de una simple visualización economicista enfocada en la concentración del dinero y la producción de mercancías, cambiándolo por un punto de vista más holístico en la que se busque prestar atención al ser y hacer del ser humano es decir en el bienestar y las capacidades; haciendo hincapié las instituciones y el grado de participación que estas tienen como un detonante del desarrollo (Sen y Nussbaum, 1993).

Dentro de la teoría de Amartya Sen (2000) este concibe al desarrollo como: “un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutaban los individuos” (p. 19), considerando que “la libertad real (...) está representada por la capacidad de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos” (Sen, 1992, p. 81), esta serie de combinaciones hacen posible que la persona, en los entornos sociales,



económicos, culturales, políticos y medioambientales en el que este se encuentre, a realizar cosas valiosas para ellos y sus familias (Sen, 2000).

Partiendo de lo anterior, se debe considerar que el desarrollo debe ser medido únicamente por medio de indicadores que muestren un aumento en las libertades de los individuos, es decir, considerando a las libertades como la creación de entornos mediante donde exprese la libertad individual a fin de que el sujeto pueda desplegar sus capacidades y aspiraciones de los seres humanos. De lo anterior Sen (1992) apunta que la justicia se debe valorar mediante el grado de libertades reales de las que los seres humanos gozan, permitiéndoles el poder para elegir su destino a partir de sus valores personales dejando en una segunda instancia los bienes materiales o recursos que puedan disponer.

Es así que resulta de vital importancia que toda teoría de justicia mediante la que se tenga como eje rector la búsqueda de la equidad deberá considerar un trato directo y profundo de las libertades reales que las personas tengan para elegir su propio estilo de vida y buscarlo de manera decidida, aun cuando sus valores sean distintos, dadas las posibilidades que cada individuo (que se desarrolla inmerso en las sociedades modernas), pudiese tener objetivos discordantes del resto de los integrantes que componen la sociedad, por lo que estos objetivos deberán ser valorados para que todos sean tratados en condiciones de igualdad lo que implica que no deberán jerarquizarse una por sobre las otras (Sen, 1997).

Sen (2000) considera que el objetivo del desarrollo “se relaciona con la vinculación de las libertades reales que disfruta la gente de una población determinada” (p. 53); sin embargo, se debe considerar que “las personas deben ser vistas como agentes activamente involucrados, (...) en la construcción de su propio destino y no solamente como receptores” (p. 53). En resumen “la libertad proporciona una perspectiva más amplia al juzgar la ventaja humana y por medio de ella evaluar el éxito social.” Mediante este razonamiento Sen indica que; “Es en este ámbito donde la capacidad surge” (p. 75).

La libertad de una persona para lograr diferentes estilos de vida está limitada al entorno económico, político, social, cultural y ambiental en el cual el individuo se



desarrolla; así que, para generar una amplitud en las capacidades del ser humano y un aumento en su calidad de vida, la definición de las políticas debe incorporar tanto las necesidades individuales como las potencialidades colectivas en beneficio de la libertad (Picazzo et al., 2011).

Amartya Sen clasifica las libertades en dos grandes grupos: constitutivas e instrumentales. Las libertades constitutivas son las libertades básicas individuales que constituyen el objetivo del desarrollo humano, debido a que es en este tipo de libertades donde se refieren a la vida humana. Se habla de las potencialidades del ser humano. Estas permitirán al ser humano alcanzar una vida plena con calidad; de las que destacan una serie de capacidades elementales, la de evitar las privaciones básicas que limitan la vida (hambre, desnutrición, muertes prematuras o evitables) y también la adquisición de capacidades sociales y culturales básicas (lectura, escritura, cálculo elemental, expresión libre de ideas y valores, participación directa o indirecta en el sistema de gobierno de la comunidad) (Sen, 2000). De aquí que cualquier política que busque potencializar las capacidades del individuo deberán considerar el aumento de alguna de estas libertades.

Por otro lado, las libertades instrumentales son las oportunidades y derechos que contribuyen directa o indirectamente a la libertad general de las personas, estas son ofrecidas por medio de los sistemas económicos, sociales y políticos de los cuales dependen principalmente las libertades constitutivas básicas para su realización. Entre estas libertades se encuentran los servicios económicos, las instituciones, las oportunidades sociales como los servicios de salud, las libertades políticas, las garantías de transparencia y la protección social y jurídica (Sen, 2000). En resumen, se está refiriendo al entrono construido por la sociedad en un territorio determinado. Amartya Sen lo explica de la siguiente manera:

El papel instrumental de la libertad se refiere a la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general y, por lo tanto, a fomentar el desarrollo. La eficacia de la libertad como instrumento reside en el hecho de que los diferentes tipos de libertad están



interrelacionados y un tipo de libertad puede contribuir extraordinariamente a aumentar otras (Sen, 2000, p. 56).

Jean Drèze junto a Amartya Sen; amplía el concepto anterior de la siguiente manera:

Las opciones que una persona tiene dependen grandemente de las relaciones con los otros y de lo que el Estado y otras instituciones hagan. Deberíamos estar particularmente preocupados por esas oportunidades que están fuertemente influenciadas por las circunstancias sociales y las políticas públicas (Drèze y Sen, 2002, p. 6)

Con todo lo anterior se puede apreciar que gracias a los aportes teóricos que Amartya Sen ha quedado superada la concepción meramente cuantitativa en la que solo se acota al desarrollo como un aumento del producto interno bruto (PIB), al aumento del ingreso, a la industrialización y al progreso tecnológico; por el contrario, describe un abanico mayor por su conceptualización de las libertades humanas, entendiendo estas como una serie de oportunidades que el individuo tiene para desarrollarse. Amartya establece un papel preponderante al acceso a la salud como un determinante principal para un individuo de gozar de sus libertades

Sen determina como papel primordial de su teoría el que el individuo tengan la capacidad suficiente para vivir el tipo de vida que este anhela. El aspecto fundamental de la libertad es elección y el superar obstáculos que le limiten para el pleno ejercicio de sus libertades, el vivir muchos años, el poder gozar de una educación, el de vivir en un ambiente seguro y pacífico al tiempo que puede desarrollar su libertad de participar políticamente en su entorno social.

3.3.2.- Teoría del desarrollo humano y la salud.

Tomando como base la teoría del desarrollo humano, así como las libertades de los individuos en su espacio social, se encuentra una de las libertades constitutivas e



instrumentales: la salud. Esta constituye una de las libertades básicas de las personas y por ende esta debe estar salvaguardada como un derecho y justicia social debido que a la conjunción de ambos se puede hablar de equidad (Sen, 1999; 2000; 2002).

Para Picazzo (2011) la salud necesita concebirse desde una visión integral y colectiva desde sus dos ángulos el de los problemas y el de las soluciones, también debe considerarse al lazo que une a las libertades con las instituciones sociales y económicas, así como con los derechos políticos y humanos.

Una de las principales privaciones a las que se enfrenta el individuo desde una conceptualización de sus libertades instrumentales se encuentran los efectos negativos en la salud que se generan por las limitaciones de una persona para acceder a los servicios de salud, constituidas por la falta de cobertura, la deficiencia en infraestructura y la calidad en el servicio médico y hospitalario (Picazzo et al., 2011).

Sen (1999) nos habla que “el mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo. Los que preguntan si una mejor salud es un buen instrumento del desarrollo quizá pasen por alto el elemento de diagnóstico más fundamental: que la salud forma parte integrante de un buen desarrollo” (p. 8). En este sentido Amartya abunda más en este tema al decir “la buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. Una persona sana podrá más fácilmente obtener ingresos, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana” (p. 8). Se puede concluir entonces que al gozar de una libertad a una vida saludable harán que el individuo tenga un a mejor nivel y calidad de vida al tiempo que podrá eludir la pobreza.

En este orden de ideas, Sen y Nussbaum (1993) la salud tiene un papel preponderante entre la calidad de vida y capacidad-libertad del individuo; en otras palabras, la salud es una pieza clave o una aptitud para vivir mejor por lo que en caso de no tenerla el individuo se encuentra limitado para el ejercicio de sus libertades que le permitan alcanzar el bienestar social y económico que desea. Por último, se puede pensar que para un individuo al alcanzar una vida duradera y saludable es uno de los principales componentes del desarrollo humano y por ende se convierte en la parte fundamental de



una sociedad moderna y democrática que deberá considerar la salud como un derecho universal (Picazzo et al., 2011). Sen resume perfectamente lo anterior de la siguiente manera: “el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse más o menos universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo” (Sen, 1999, p. 1).

3.3.3.- El índice de desarrollo humano y la salud.

En un inicio el Índice de Desarrollo Humano (IDH), tuvo como propósito crear un indicador valido a nivel internacional que permitiera establecer parámetros de carácter social, este valor muestra un valor promedio de la calidad de vida en diferentes nacionalidades. En palabras del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (1990); “El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se ofrece a las personas mayores oportunidades. Entre éstas, las más importantes son una vida prolongada y saludable” (p. 19); en otras palabras “el desarrollo humano se refiere más a la formación de capacidades humanas, tales como un mejor estado de salud” (p. 19). Con esta nueva conceptualización se busca que las naciones miembros del PNUD generen los cambios necesarios para desarrollar las capacidades del individuo a fin de que puedan ejercer sus libertades para que pueda tener el tipo de vida que desee. En la medida que se generen los cambios institucionales, culturales y sociales estos harán posible “crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa y (...) con una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente” (pp. 31-33).

La concepción ofrecida por el PNUD tiene su origen en torno a un conjunto de derechos humanos: educación, salud, ingreso digno y el derecho a una vida prolongada; estos la medición de estos derechos integra el IDH el cual se propone como un indicador alternativo al PIB (el cual mide el crecimiento material de los países). A partir de 1990 comenzaron a generarse informes anuales por parte del PNUD, buscando que el IDH de respuesta a la necesidad de desarrollar un enfoque global para mejorar el bienestar



humano (Picazzo et al., 2011). Este índice permite evaluar el nivel medio alcanzado por cada país a partir de tres aspectos esenciales:

- Longevidad y salud, representadas por la esperanza de vida al nacer.
- Instrucción y acceso al saber, representados por la tasa de alfabetización de adultos (dos tercios) y la tasa bruta de escolarización para todos los niveles (un tercio).
- La posibilidad de disponer de un nivel de vida digno representado por el PIB por habitante.



CAPÍTULO 4.- UNA VISIÓN TEÓRICA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

En este apartado se busca establecer un esbozo conceptual de las políticas públicas, pasando por los inicios de estas y mostrando conceptos básicos de las mismas.

Del mismo modo, se dará una revisión teórica relativa a la evaluación de las políticas públicas y del rol que ellas tienen en el quehacer de la política, mostrando los distintos tipos de evaluaciones y las limitaciones y ventajas que cada una tiene a fin de que la evaluación esté en posibilidades de opinar sobre una base sólida con relación a las metas y objetivos que cada programa o política tiene.

Lasswell inició su estudio sobre el área de las políticas públicas a partir de un cuestionamiento que era ¿cómo aumentar la función inteligencia para aumentar la racionalidad de la política? La respuesta a esta interrogante se planteó en un inicio mediante los modelos económicos del periodo de la conocida “gran guerra” (el periodo de tiempo de la primera y la segunda guerra mundial). Estos modelos iniciaron la discusión relacionándose con el método con el que se evaluaban las políticas, debido a que en esos años estas evaluaciones no eran efectuadas de una forma distinta a la lógica cuantitativa.

A lo largo de los años el enfoque de la evaluación de las políticas públicas comienza a manejarse en dos grandes vertientes: 1.- desde el punto de vista unidisciplinario donde el análisis económico-matemático es predominante y condicionante de cualquier otro; y 2.- desde el punto de vista multidisciplinario, en el que los análisis jurídico-politológico y administrativo se suman al estudio de corte económico. A partir de esta diversificación, los modelos que eran empleados para las mediciones iniciaron una evolución a partir de las diferentes disciplinas que participaban en la generación de nuevos modelos. En palabras de Lasswell, lo importante era destinar los recursos de la ciencia hacia los conflictos básicos de la sociedad y su cultura utilizando la observación meticulosa, la medición y el registro de datos y relegando la cuantificación a un segundo plano, debido a la riqueza del objeto de estudio que implica entrar fuertemente al campo de lo social, terreno en el que sólo se pueden expresar parcialmente los resultados en términos cuantitativos (Lasswell, 2007).



4.1.- Conceptos teóricos de las políticas públicas.

La política con tres diferentes aristas para su estudio. En primer lugar, tenemos a la *polity* que esencialmente se visualiza la política como una organización, donde se incluyen a las distintas entidades públicas mediante las que el estado puede incidir directamente en los grupos sociales. En segundo lugar, encontramos a las *politics* como una serie de procedimientos secuenciales mediante los que se articulan las actividades gubernamentales. Por último, se tiene a la *policy*, el cual se trata de la combinación de los procedimientos y entes ejecutores mediante los que el estado atiende las problemáticas de la sociedad (Vallès, 2002).

Estos términos llevaron a Lasswell a plantear las políticas como una ciencia o *Policy Sciences*. Esta nueva ciencia se encargará de dar una interpretación a los procedimientos necesarios para crear e implementar las políticas, teniendo como base a la ciencia apoyándose en diversas disciplinas para mitigar los problemas sociales (Lasswell, 2007). Aguilar y Lima fortalecerían esta definición adicionando la comprensión de los procedimientos decisionales y de elección de las diferentes opciones (Aguilar y Lima, 2009).

En resumen, la *policy* o las políticas públicas se encuentran subordinadas a los entes ejecutores o *polity*, mismos que requieren la articulación de todos los agentes políticos que intervienen en la problemática (*politics*) (Ejea, 2006). Las políticas muestran una coherencia técnica mediante la que se pueden puntualizar las problemáticas sociales, momento normativo, al tiempo que se descubren el camino idóneo para su resolución, momento práctico. Aguilar (1997), considera que en estudio de las políticas públicas no debe distraerse en los pactos alcanzados por los miembros de la *politics*, ni en el procedimiento decisional gubernamental alcanzado entre los pesos y contrapesos, ya que, se pasaría de largo la atención de las problemáticas de la sociedad.

Existe otro punto de vista en cuanto al estudio de las políticas de acuerdo con el periodo de tiempo, pudiendo ser este en el largo o mediano plazo. Esta perspectiva se



basa en la forma en la que las políticas abordan las problemáticas sociales, puesto que pueden tratarse de solo el periodo de tiempo gubernamental o a planes más allá de un periodo electivo (Richardson, 1982).

Richardson (1982), señala que existen 4 distintas posturas gubernamentales para enfrentar los problemas: a) Anticipatorio, donde se busca ir un paso delante de los problemas; b) Reaccionario, aquí se da respuesta a los problemas que aparezcan; c) Consenso, se busca atacar las problemáticas mediante pactos entre los involucrados y; d) Impositivo, se toman decisiones con relación a las problemáticas sin un consenso.

4.2.- Ciclos de las políticas públicas.

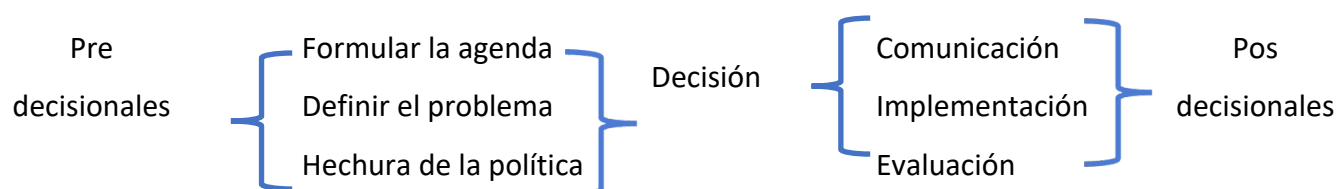
Si consideramos a las políticas como una serie de pasos que buscan dar solución a una situación problemática de carácter público, esto nos indica que se trata de un proceso que implica toma de decisiones. Dror (2007), sostiene que las elaborar políticas públicas es un tema complejo, por lo que no se rige por el principio de parsimonia. Este autor propone la existencia de 5 puntos para perfeccionar las políticas: I- Analizar las políticas muestran vías alternativas para obtener mejores resultados; II- Innovar al proponer proyectos alternos de políticas; III- formular habilidades en la política en la que se establezcan los patrones a seguir; IV- Evaluar las políticas para conocer los alcances y metas o la modificación de estos y; V- Perfeccionamiento en el diseño de las políticas partiendo de las experiencias obtenidas (Dror, 2007).

Pudiésemos analizar las diferentes posturas de los autores de las ciencias políticas y encontraríamos variaciones de acuerdo con sus posturas. Sin embargo, existen factores en común como el entendimiento de las problemáticas mediante las políticas (diseño), el establecimiento de habilidades mediante las políticas (implementación) y la reinversión de las políticas una vez evaluadas (evaluación). Si bien esto pareciera una “receta de cocina” este proceso no resulta lineal, siendo que estas tres etapas pueden generarse a la par o sobreponerse a una anterior, por lo que las políticas públicas deben ser concebidas como un proceso dinámico de perfeccionamiento constante (Aguilar, 2007).



Autores como Vargas proponen un modelo en el que se emplean una serie de procedimientos de carácter político e intelectual con una dependencia del uno con el otro. Sin embargo, el punto medular de cada uno de estos momentos de la política se rige por las decisiones y los momentos en los que estas se den (Vargas, 2011). Véase la figura 20

Figura 20. El proceso de las políticas públicas, intelectuales y políticas.



Fuente: Elaboración propia con base en Vargas (2011).

En la figura anterior, se muestra la interacción entre cada una de las etapas en la formulación de las políticas públicas y cómo cada una de ellas requiere de un proceso de toma de decisiones. Pese a lo anterior, cada decisión incide directamente en las subsecuentes etapas fijando el camino a seguir para mitigar el problema social.

Encontramos en primera instancia a la agenda pública, en esta se inscriben todos los asuntos sociales que requieren una intervención por parte del estado para mitigar el problema. A continuación, se precisa una dilucidación de la situación problemática, donde se fija un problema como público, esbozando el camino a seguir por parte del estado para afrontar esta situación. De aquí en adelante se da inicio al diseño de la política, para este fin se deberán considerar los factores anteriores, que permitan generar un panorama de posibles rutas a seguir, limitándose a las capacidades con las que cuente el Estado. Una vez llegados a este punto se inicia la implementación y asignación de funciones a cada una de las secretarías de estado que participaran, fijando metas, acciones e indicadores que permitan conocer al estado si las acciones puestas en marcha tienen la incidencia esperada, puesto que, de no ser así esta evaluación permitirá realizar las modificaciones necesarias para la resolución de la problemática social (Vargas, 2011).



El objetivo de las políticas públicas radica en la integración de los actores sociales de forma activa, dado que, las acciones gubernamentales le afectarán directamente, sea para bien o para mal. Las acciones gubernamentales pueden ser implementadas de diferentes maneras, a nivel nacional, nivel regional, de forma focalizada o con una visión progresista; pero cualquiera que sea la forma de articulación tendrá una afectación social.

Independientemente del tipo de política, actores o nivel de implementación, esta debe evaluarse, permitiendo conocer de primera mano los efectos positivos y negativos, así como, aquellos que no se tenían contemplados al momento del diseño. Se requiere conocer si los entes ejecutores elegidos son los idóneos para su implementación, si los actores sociales fueron debidamente incorporados en los planes, si las metas propuestas son alcanzables o utópicas. La obtención de esta información resulta imposible sin la retroalimentación que brinda la evaluación. El siguiente apartado mostrará la importancia de la evaluación y con relación a las políticas y los posibles ajustes que estas permiten a los diseñadores de políticas.

4.3.- La evaluación de las políticas públicas.

En este apartado se mostrará de manera breve en qué consisten las evaluaciones y la complejidad que estas tienen en su accionar, debido a que toda evaluación se sustenta en valores y estos valores deberán realizarse con una perspectiva ética a fin de que las intervenciones que se realicen para conocer los impactos de los programas o políticas sirvan de base para la modificación de los programas o sus metas al tiempo que promuevan la participación de los diferentes actores para que las políticas sean cada vez más eficientes y eficaces.

4.3.1.- Los valores y sus tipologías.

El fin último que se tiene al realizar el seguimiento de las políticas públicas es el de generar aseveraciones verificables respecto de la influencia de que dichas políticas tienen sobre la población objetivo. En este sentido se puede percibir al seguimiento de las



políticas como una evaluación sobre los valores y los hechos, lo anterior lleva a la reflexión respecto a ¿qué son los valores?

Existen diversos estudiosos del tema de las evaluaciones de las políticas públicas que consideran que estas deberían tener su principal atención en la explicación y la predicción, al tiempo que consideran a los valores y la ética como una ocurrencia tardía. Para Milton Friedman (1953); las discrepancias que se crean en el quehacer de las políticas podrían reducirse a sus niveles mínimos siempre y cuando los analistas tengan la capacidad de predecir lo hagan de una manera más precisa.

Esta visión de la realidad se encuentra influenciada por el positivismo lógico, el cual buscaba separar los valores y los hechos, esta corriente considera que como positivo a los hechos ya que, son estos los que cuentan con la capacidad de plasmar lo que en realidad es; por otro lado, los valores solo presentan una especulación de la realidad, o lo que debería ser. Este positivismo lógico nace en la década de los 20's en Europa en el llamado Círculo de Viena, este grupo tiene como miembros a físicos y filósofos que defendían el hecho de que la ética y la moral no deben ser consideradas como parte de la ciencia. Hasta ese momento se buscaba que los analistas de políticas requirieran circunscribirse únicamente al estudio de lo que en realidad es y no en lo que debería ser.

Durante la década de los 50's comienza a cambiarse la perspectiva del conocimiento, ya que hasta ese momento el positivismo consideraba que únicamente se podía tener un conocimiento científico partiendo del método científico en el que se da prioridad al conocimiento de la naturaleza mediante las ciencias físicas. Esta visión de la ciencia se amplió para considerar que este conocimiento puede ser influenciado por factores económicos, políticos, sociales y culturales y no únicamente por los generados por las fuerzas de la naturaleza. Es en esta nueva perspectiva en la que resulta necesaria una atención precisa entre los hechos y los valores.

Los valores son abordados por Pepper (1958), de forma conjunta, aquellos en los que se deberán incluir cualquier tipo de necesidad, deseo, interés o preferencia. Bajo esta visión los valores son plasmados como “objetos” entre un abanico de comportamiento de los individuos que conllevan elecciones. Siguiendo esta lógica los hacedores de políticas



consideran como valores cualquier cosa de interés para los evaluadores como la preferencia de estos por la eficiencia.

Otra manera en la que se pueden concebir a los valores es aquel en que se considera a estos como un criterio, en otras palabras, se deben tomar en cuenta no solo como simples objetos, ya que estos valores se convierten en un punto de vista que funciona como parámetro de elección. En esta percepción se consideran los criterios o pautas que los individuos selecciona entre un gran número de valores a los que podría acceder (Dunn, 2014).

Fue hasta que Kaplan (1964) considerara que ambas conceptualizaciones de valores para relacionarlos contextualmente como personales, estándares e ideales. En el contexto personal, el autor concluye que los valores pueden manifestarse en forma de preferencias, deseos y necesidades. Un ejemplo de este valor es "Prefiero los hospitales privados a los públicos". Por otro lado, el contexto estándar incluye manifestaciones vertidas a un grupo o un individuo que cuentan con cierto número de valores; un ejemplo de esto puede ser: "El transporte escolar mixto es una buena política de integración social desde la perspectiva de los ciudadanos de Morelia ". Por último, la conceptualización ideal implica el uso de juicios de valor, estos juicios son incapaces de simplificarse en expresiones de valor o declaraciones de valor.

Los juicios de valor tienen una característica especial, ya que, es a partir de la expresión de estos que se pueden realizar justificaciones de ciertos valores como la eficiencia; un ejemplo de esto puede darse al elegir una política pública que busque la maximización de los beneficios sociales. En otras palabras, los juicios de valor dan soporte y explican la motivación que tienen los hacedores de políticas a elegir un camino específico. Sin embargo, este juicio de valor es mucho más que una aseveración descriptiva de una selección personal, ya que requiere que se presenten justificaciones éticas. Es posible tratar de describir valores, sin embargo, se precisa que estos valores cuenten con un sustento que los justifique y es en este punto donde los juicios de valor encuentran cabida (Kaplan, 1964).



4.3.2.- La ética, la meta-ética y las políticas públicas.

Se puede entender por ética el estudio reflexivo de la elección moral; así mismo, se tiene la meta-ética que no es otra cosa que el estudio y origen de las conceptualizaciones éticas. La ética suele empleársele a los modos de comportarse de forma usual de los individuos, en este sentido, se puede hablar de una actividad ética por parte de los hacedores de políticas; y es esta concepción de la ética la que ha venido fomentando la creación de códigos de ética encaminados a regular las acciones de los servidores públicos (Mertins, 1979). En este sentido Gewirth (1978); plantea que la “moralidad consuetudinaria” no se refiere únicamente a las costumbres, sino que esta moralidad incluye las opiniones de los individuos respecto a lo que consideran correcto, estas opiniones plantean por lo tanto lo que se hace y lo que debe hacerse.

Se puede apreciar, que la ética habla de dos distintas percepciones que se interrelacionan, por un lado, la ética descriptiva, se centra en el estudio de actividades morales usuales y comunes, y por el otro, tenemos a la ética normativa, encargada de analizar y valorar el desarrollo de los planteamientos normativos encargados de la solución de problemáticas prácticas (Dunn, 2014).

En este punto se necesita hablar de la ética normativa, puesto que es esta la encargada de establecer las justificantes en las cuales se sustentan las normas, esta busca dar respuesta a preguntas cómo: ¿Qué punto de vista sustentan las aseveraciones de la norma respecto a la bondad, rectitud o justicia respecto de las actividades realizadas por el Estado? Por otro lado, la meta-ética se cuestiona de distinta forma: ¿Qué punto de vista (meta-ético) sustentan las aseveraciones de la norma (éticos normativos) respecto a la bondad, rectitud o justicia respecto de las actividades realizadas por el Estado? Se puede hablar del prefijo meta que se emplea para demostrar que algo está “sobre” otra cosa, con esta idea Cook y Gruder (1978, p. 6), establecen el uso del vocablo meta-evaluación para referirse a la evaluación de las evaluaciones; es decir, se trata de la realización de “estudios empíricos sumativos donde los datos se recopilan directamente de los participantes del programa dentro de un marco de diseño sistemático”.



Se han venido generando cuestionamientos relacionados con el rol que tienen en el análisis de las políticas públicas la ética normativa y la meta-ética. En los análisis empíricos de políticas se hace hincapié en la realización de una evaluación de juicio con relación al punto de vista considerados para sustentar los dichos plasmados en las normas (MacRae, 1976; Fischer, 1995).

Existen diferencias evidentes respecto de la manera en la que abordan los temas de justicia y equidad social la ética normativa, la descriptiva y la meta-ética. Un ejemplo de lo anterior lo encontramos en la problemática de la justicia distributiva, debido a que a lo largo de las décadas no se podido generar un consenso relativo al criterio empleado para dotar a la sociedad de los bienes de una forma justa. Esta problemática suele abordarse estableciendo los posibles resultados al emplear algún criterio decisivo de carácter neo utilitarista como pueden ser: 1.- Mejoramiento de la eficiencia neta; 2.- La mejora de Pareto y 3.- Mejora de Kaldor-Hicks. En el primero el criterio se sustentará al buscar maximizar los beneficios totales una vez que a estos se le hayan disminuido los costos totales. El segundo de estos criterios es similar al punto anterior; es decir, la maximización de los beneficios totales una vez incluidos los costos totales, pero estos beneficios se limitarán hasta el punto en el cual ya no sea posible mejorar la situación de los individuos sin que cause menoscabo en la situación de otros individuos o grupos sociales. Por último, el tercer criterio plantea una evolución conceptual de los dos anteriores debido a que busca la maximización de los beneficios totales una vez disminuidos los costes totales al punto tal en el que los ganadores estén en posibilidades (al inicio), de compensar a aquellos que resultaron perdedores en esta redistribución (Dunn, 2014).

Para resolver el problema de la justicia distributiva cada una de las perspectivas éticas pueden emplear distintas opciones para dar sustento a sus decisiones. Tenemos, por ejemplo, que la ética descriptiva en aras de alcanzar la maximización los beneficios, necesita sustentar las posibles decisiones, en este caso se podrían calcular las desigualdades en la distribución de la riqueza mediante el uso del índice de Gini. Por otro lado, la ética normativa buscará justificar sus acciones encaminadas a mejorar la



distribución de la riqueza por medio teorías de justicia; una de estas podría ser la que Rawls (1968), quien considera que en el seno de una sociedad en la que no existen desacuerdos entre el poder y la riqueza se estaría frente a lo que el denominó “velo de ignorancia”, esta sociedad por lo tanto no conoce los privilegios y por ende, en este supuesto la justificación de las decisiones sería la de la búsqueda de maximización del bienestar social. Sin embargo, para la meta-ética, esta justificación de Rawls ya que en su modelación teórica supone que previamente existe una concepción de los individuos relativos a la naturaleza humana en donde los compromisos normativos no tienen su génesis en un discurso social (Dunn, 2014).

Se puede apreciar la importancia de la ética en las ciencias sociales y en específico en las políticas públicas, se requieren se sustentos éticos en cada una de las acciones e intervenciones del estado en la búsqueda de la resolución de los problemas de orden público, es por esto que se han establecido manuales, procedimientos y hasta acciones públicas basadas en las perspectivas éticas debido a que son estas las que pueden encausar a los Estados a alcanzar el bienestar social y combatir las desigualdades.

4.3.3.- La evaluación, sus orígenes y su importancia.

Tras ejecutar una evaluación de política pública traerá como consecuencia axiomas evaluativos; sin embargo, la evaluación no busca dar respuesta a cuestionamientos de hechos (¿existe algo?), u obtener respuestas a cuestiones de acción (¿qué se debe hacer?), la evaluación busca obtener respuestas a cuestionamientos de valoración (¿qué tan valiosa es?). William Dunn (2014) sostiene que la evaluación puede realizarse por cuatro distintas metodologías con el fin de ayudar a los analistas políticos a evaluar las políticas públicas:

- 1.- Enfoque de valor: La evaluación tiene como punto medular la obtención de justificaciones que permita conocer la conveniencia o valor de los programas y acciones por parte del Estado; no se trata únicamente de la obtención sumaria de información de los resultados de las políticas o acciones públicas (ya sean resultados ex antes o ex post), este enfoque busca dar respuesta a si el



establecimiento de las metas y objetivos son los adecuados así como a establecer si la acción pública logro los objetivos y metas establecidos.

2.- Interdependencia entre los hechos y los valores. Durante el ejercicio evaluativo resultan necesarias las obtenciones de “hechos” y de los “valores”; ya que serán estos quienes sentaran las bases sobre las que se podrá establecer si un programa o política pública ha conseguido un nivel superior o inferior en su intervención que les será de utilidad para la sociedad en su conjunto. Por otro lado, las evaluaciones permitirán establecer si los resultados que se perciben sean imputables a estas políticas. Se puede concluir el seguimiento a las acciones de gobierno dan vida y justificación a las evaluaciones.

3.- Orientación presente y pasada. Las evaluaciones de las políticas públicas tienen una orientación temporal muy notoria ya a los resultados del pasado y los resultados presentes, lo cual no ocurre con las recomendaciones, ya que estas se concentran en evitar eventos en un futuro. En otras palabras, las evaluaciones tienen una visión más en el pasado, puesto que, la evaluación inicia posteriormente a la implementación de políticas (ex post). Mientras que las recomendaciones tienen una visión en el futuro, es decir, estas se realizan antes de que se hayan implementado las políticas (ex ante).

4.- Valor de dualidad. Los valores que se encuentran detrás de las aseveraciones obtenidas mediante la evaluación cuentan con una propiedad doble, debido a que estas pueden considerarse tanto como un fin como en un medio. Se puede apreciar que las evaluaciones y las recomendaciones convergen en el punto en el cual los valores (por ejemplo, la salud), se consideran de una manera intrínseca (valiosos por sí mismos), al tiempo que se consideran extrínsecos (valor deseable puesto que conduce a algún otro fin). Los valores son analizados de acuerdo a un orden jerárquico en el que se plasman su importancia relativa y la interdependencia de los objetivos establecidos y las metas fijadas.



4.3.4.- El ejercicio de la evaluación.

Uno de los aspectos más relevantes en el análisis de políticas públicas se da en la evaluación. En primera instancia, se considera que la evaluación tiene la capacidad de dotar de información fidedigna y legítima relativas a la consecución de los objetivos (Por ejemplo, reducir en un 15% las enfermedades coronarias para el año 2030), y las metas (por ejemplo, Mejorar la salud de la sociedad), mediante la implementación de las políticas públicas. En una segunda instancia, la evaluación coadyuva a clarificar y criticar los valores que se encuentran tras la elección de los objetivos y metas de las políticas públicas; estos valores son juzgados sobre si las metas y objetivos elegidos fueron los adecuados para dar solución a los problemas públicos y en caso de no ser así, los hacedores de políticas contarán con los sustentos suficientes para realizar elecciones alternas y modificar o redefinir los objetivos o las metas (Curcio, 2007).

En una tercera instancia, la evaluación coadyuva para que se puedan emplear distintos métodos de análisis de las políticas públicas con el fin de conocer las estructuras de las acciones públicas, así como, la estructura en la cual se sustenta la problemática abordada. El conocimiento relativo al desempeño de las acciones gubernamentales puede propiciar una reestructuración y hasta una nueva definición de las metas y objetivos antes establecidos. En otras palabras, la evaluación puede fundamentar el nacimiento de una nueva política, la reestructuración de las políticas existentes y en un punto determinado, motivar la desaparición de una política existente (Curcio, 2007)

4.3.5.- Perspectivas de las evaluaciones de las políticas públicas.

Como se mencionó anteriormente una vez que se han realizado las evaluaciones, estas producirán información relativas al ejercicio de las políticas públicas. La información requiere ser analizada para que esta pueda ser usada con los fines de seguimiento (es decir que esta información pueda ser útil para modificar las metas y objetivos). Los criterios que pueden emplearse en las evaluaciones pueden ser retrospectivos (ex pos),



por otro lado, los criterios de prescripción tienen una aplicación encaminada a lo futuro (ex ante). Estos criterios son descritos en el cuadro siguiente:

Tabla 20. Criterios de evaluación de Dunn.

Tipo de Criterio	Pregunta	Criterios ilustrativos
Eficacia	¿Se ha logrado un resultado valioso?	Unidades de servicio
Eficiencia	¿Cuánto esfuerzo se requirió para lograr un resultado valioso?	Costo unitario Beneficios netos Relación beneficio-costos
Adecuación	¿En qué medida el logro de un resultado valorado resuelve el problema?	Costos fijos (problema tipo I) Eficacia fija (problema de tipo II)
Capital	¿Los costos y beneficios se distribuyen de manera equitativa entre los diferentes grupos?	Criterio de Pareto Criterio de Kaldor-Hicks Criterio de Rawls
Sensibilidad	¿Los resultados de las políticas satisfacen las necesidades, preferencias o valores de grupos particulares?	Coherencia con las encuestas ciudadanas
Oportunidad	¿Son los resultados deseados (objetivos) realmente dignos o valiosos?	Los programas públicos deben ser equitativos y eficientes

Fuente: Elaboración propia con base en Dunn (2014).

Para Browne y Wildavsky (1998), la evaluación se puede dar en cualquier momento, consideran que se puede dar de manera “retrospectiva” esta tiene atributos en los que se prefieren muchas definiciones de evaluación, en este sentido, se requiere investigar hasta qué punto se han obtenido resultados positivos de este programa en el pasado; o se puede dar de manera “prospectiva” en esta posición se estima que se tiene una posibilidad de que una política pueda operar de manera positiva en el futuro. Sin embargo, si la evaluación se da de manera continua a lo largo del ejercicio de la política esta evaluación se considerará como “formativa”. Si la evaluación se establece como formativa y al mismo tiempo es retrospectiva se considera que esta esta “en marcha”.



Pero si la evaluación se da antes o después de que se implemente un programa la evaluación es conocida como “integrativa”.

4.3.6.- Los enfoques de las evaluaciones.

La evaluación ha venido evolucionando de manera acelerada y esto se ha hecho evidente por el aumento de literatura respecto a este tema, convirtiéndolo en una de las opciones para la investigación social (Browne y Wildavsky, 1998). En cuanto se va dando un mayor número de evaluaciones se hace necesario la creación de una identidad independiente a la formulación de políticas públicas, esta distinción y formación de estructura propia y distintiva de la evaluación se formaliza más cuando el evaluador busca dar respuestas a si las políticas cumplen con cinco preguntas 1) ¿Cuándo?, 2) ¿Dónde?, 3) ¿Para quién?, 4) ¿Qué? Y 5) ¿Por qué? (Browne y Wildavsky, 1998)

Para Dunn (2014), la evaluación cuenta con dos vertientes interrelacionadas; por un lado, el que pueda emplear diversos métodos con el fin de vigilar las acciones que desarrollan las políticas públicas y de verificar si son alcanzados los resultados de estas políticas y, por otro lado, el uso de un grupo de valores que fungirán como sustento del valor esperado para un individuo o grupo social en su conjunto. Si bien es cierto la interrelación de estos aspectos parecieran contar con premisas fácticas y de valor, esto no siempre se da de esta manera, ya que, actividades que se pueden delinear como “evaluación”, al realizar el análisis de las políticas en esencia obtienen afirmaciones designativas más que evaluativas.

Se puede percibir que no existe un significado claro sobre la evaluación de las políticas públicas. Browne y Wildavsky (1998) centran el análisis de la pregunta ¿Qué?, dar respuesta a que será lo que se pretende evaluar es imprescindible, puesto que, cuando se intenta realizar una evaluación dejando de lado el análisis relativo a que se pretende evaluar el resultado será muy limitado ya que pudieran dejarse de lado los resultados de la política debido a que estas pueden ser encaminadas a la eficiencia de las acciones de gobierno, y no consideran la implementación y los efectos que esta puede tener en los resultados de una política.



Para dar claridad en cuanto a los distintos enfoques evaluativos Dunn (2014) propone que tres distintas evaluaciones: la pseudoevaluación, la evaluación formal y la evaluación teórica, esta visión puede resumirse en la tabla siguiente:

Tabla 21. Los enfoques de la evaluación de Dunn.

Enfoque	Objetivos	Supuestos	Formas principales
Pseudoevaluación	Utilizar métodos descriptivos para producir información confiable y válida sobre los resultados de las políticas.	Las medidas de valor son evidentes o indiscutibles.	• Experimentación social • Contabilidad de sistemas sociales • Auditoría social • Síntesis de investigación y práctica
Evaluación formal	Usar métodos descriptivos para producir información confiable y válida sobre los resultados de las políticas que se han anunciado formalmente como objetivos de programas y políticas.	Las metas y los objetivos anunciados formalmente por los responsables de la formulación de políticas y los administradores son medidas apropiadas de precio o valor.	• Evaluación del desarrollo • Evaluación experimental • Evaluación de proceso retrospectiva • Evaluación de resultados retrospectiva
Evaluación de la teoría de decisiones	Utilizar métodos descriptivos para producir información confiable y válida sobre los resultados de las políticas que son valorados explícitamente por múltiples partes interesadas.	Las metas y objetivos anunciados formalmente, así como latentes, de las partes interesadas son medidas apropiadas de precio o valor	• Evaluación de evaluabilidad • Análisis de utilidad de atributos múltiples

Fuente: Elaboración propia con base en Dunn (2014).



a) Pseudoevaluación.

Este tipo de evaluación emplea metodologías descriptivas con la finalidad de elaborar información fidedigna y valida con relación a los efectos de la política, en esta tipología no se cuestiona la importancia de los resultados de la política analizada para la sociedad, los grupos sociales o los individuos. Esta evaluación funciona teniendo la hipótesis de que las medidas de valor son evidentes e incontrovertibles.

En la pseudoevaluación el evaluador de políticas usualmente emplea distintos métodos como los cuestionarios, muestreos aleatorios, diseños cuasi-experimentales, con la finalidad de dar respuesta a los cambios que se dan en los resultados de las políticas públicas con relación a los recursos públicos y las variables que intervienen en este proceso. En esta evaluación los resultados obtenidos se consideran como un buen objetivo o un logro, es decir, consideran que el simple aumento de número de médicos o enfermeras con relación a periodos anteriores son un objetivo cumplido y no se detienen a analizar si en realidad estos crecieron en las cantidades necesarias para que las instituciones de salud continúen dando los servicios de calidad debido al aumento de beneficiarios en esa misma temporalidad (Dunn, 2014).

b) Evaluación formal.

Dunn (2014), entiende este tipo de evaluación como aquella que emplea métodos descriptivos con la finalidad de elaborar información fidedigna y valida con relación a los efectos de la política, evaluando los efectos con relación a los objetivos previamente designados por las políticas, mismos que se presentan de manera formal por los encargados de la formulación y la implementación de dichas políticas. La principal hipótesis de esta evaluación es que las metas y los objetivos dados a conocer de manera formal son convenientes para medir el valor de los programas o políticas.

El analista de políticas emplea en la evaluación formal las metodologías usadas en la pseudoevaluación y teniendo igualmente el mismo fin, pero se diferencian en que la evaluación formal emplea las leyes, reglamentos y acuerdos mediante los cuales se le



dan vida a las políticas y programas, para estar en posición de identificar, precisar y pormenorizar las metas y los objetivos formales. Esta evaluación tiene como sus principales juicios la eficacia y la eficiencia. La evaluación formal se subdivide en cuanto a la forma en la que miden el alcance de las metas y objetivos (formales), como sumativa y formativa. La primera de ellas realiza un monitoreo de la política cuando está ya se ha implementado durante un tiempo (se recomienda su uso en políticas estables); la formativa por su parte monitorea la política continuamente a fin de establecer si se alcanzaron las metas y objetivos, siendo su principal diferencia con la sumativa el número de intervenciones que se dan a la política. La evaluación formal puede también dividirse con relación al tipo de control que los evaluadores tienen sobre los insumos y procesos de la política como directa (se da una evaluación con características similares a experimentos sociales), e indirecta (esta evaluación se da una vez que se hayan implementado las políticas) (Dunn, 2014). Esta división da lugar a las distintas formas de evaluar una política de manera formal.

Tabla 22. Diferentes tipologías de la evaluación formal.

Control sobre acciones de política	Orientación hacia el proceso de políticas	
	Formativo	Sumativo
Directa	Evaluación del desarrollo	Evaluación experimental
Indirecta	Evaluación de proceso retrospectiva	Evaluación de resultados retrospectiva

Fuente: Elaboración propia con base en Dunn (2014).

Cada una de las combinaciones que se pueden dar en una evaluación formal tiene sus características y singularidades, por lo que estas se abordarán de manera breve:

La evaluación del desarrollo.- Esta evaluación es de orientación formativa y de control directo por parte del evaluador; de ahí que este tipo de evaluación está dirigida para una organización u operadores de un programa o política con el fin de dar un seguimiento constante respecto de los insumos públicos que ejercen; en palabras de Rossi y Wright (1977), este tipo de evaluación es útil “para alertar al personal sobre



debilidades incipientes o fallas no intencionales de un programa y para asegurar la operación adecuada por parte de los responsables de su operación” (p. 21). En este tenor, se puede percibir que la mayor de sus fortalezas es que pueden de manera inmediata aplicar los conocimientos obtenidos para llevar a los programas a la consecución de las metas formales.

La evaluación retrospectiva del proceso. Esta evaluación es de orientación formativa y de control indirecto por parte del evaluador por lo que este tipo de evaluación se realiza posteriormente a la implementación de la política pública; este tipo de evaluaciones parten de la premisa de que el ejecutor de la política cuenta con una estructura suficientemente robusta a fin de obtener información confiable y veraz relativa el programa público. Este tipo de evaluación considera los problemas que causaron un cuello de botella durante el ejercicio del programa, sin que los insumos puedan ser manipulados de forma directa como los recursos públicos, así como la logística como la de entrega de medicamentos por parte de un proveedor. Esta evaluación genera un desglose ex post (retrospectivamente), sobre cómo se implementó el programa o política para medir sus resultados contra las metas y objetivos establecidos de manera formal (Dunn, 2014)

La evaluación experimental.- Esta evaluación es de orientación Sumativa y de control directo por parte del evaluador tanto de los insumos como de los procedimientos de implementación de las políticas. Este tipo de evaluaciones buscan realizar un experimento controlado en el cual únicamente la variable de entrada o un procedimiento específico (misma que se selecciona por parte de los evaluadores), son controlados por los evaluadores y por ende estos no influyen en los resultados de este experimento. En este sentido Williams (1971), tras realizar diversos análisis de políticas concluye que este tipo de evaluaciones deben contar al menos cuatro estrictos requisitos para que puedan realizar; 1.- contar con variables definidas y que puedan ser manipuladas por el evaluador llamadas de tratamiento, las cuales deben especificarse en términos operativos 2.- Una planificación de la evaluación mediante la que se puedan realizar el mayor número de conclusiones respecto el accionar de los grupos objetivo o de entornos similares a fin de



que tengan un valor externo; 3.- Una planificación de la evaluación que permita un mínimo error al entender el accionar de las políticas obtenidas por la implementación de los insumos y la manipulación en el proceso de la política (validez interna) y 4.- Contar con sistemas que permitan dar seguimiento a los procesos que se venían dando y los procesos llevados mediante el experimento. Debido a la complejidad en el cumplimiento de estos puntos por la falta de control en cada uno de los aspectos a evaluar estas evaluaciones son conocidas como cuasi-experimentales.

Las evaluaciones retrospectivas de resultado.- Esta evaluación es de orientación Sumativa y de control indirecto por parte del evaluador; en este tipo de evaluación tratan de separar los posibles efectos de múltiples factores por medio de métodos cuantitativos. Este tipo de evaluaciones pueden efectuarse durante un periodo de tiempo y en el que se evalúan uno o varios programas (longitudinales); y otro en el cual se evalúan diferentes políticas o programas en un momento determinado del tiempo (Estudios transversales) (Dunn, 2014)

c) Evaluación de la teoría de decisiones.

Este tipo de evaluaciones hace uso de métodos descriptivos mediante los que se generan información fidedigna y verdadera sobre los efectos de las políticas o programas mientras estos son evaluados de forma abierta por los diferentes actores interesados en estas políticas. La principal diferencia de esta evaluación con relación a la pseudoevaluación y la evaluación formal radica en que la teoría de decisión busca sacar a la luz las metas y objetivos ocultos y los evidentes de los participantes interesados en las políticas. En otras palabras, ya no solo se cuenta con las metas y objetivos que los hacedores de políticas plantearon en un inicio y que servía de parámetro para la ejecución de estas, bajo este tipo de evaluación todos los interesados en la política participan de manera activa en la formulación de metas y objetivos capaces de medir el cumplimiento los mismos por la ejecución de las políticas (Dunn, 2014)

Múltiples autores como Weiss (1972); Edwards, Guttentag y Snapper (1975); y Rein y White (1977); consideran que la evaluación de la teoría de decisiones es un camino por



medio del cual se pueden sortear deficiencias que se tienen en las evaluaciones pseudo y formal, tales como:

I.- Subutilización y no utilización sobre el desempeño. Una gran cantidad de la información que se obtiene mediante las evaluaciones se emplea muy poco o en un momento determinado no es tomada en cuenta para retroalimentar la formulación de políticas; este fenómeno puede darse debido a que ambas evaluaciones no son capaces de obtener las perspectivas que los actores interesados en la política requieren sobre el cumplimiento de las metas y objetivos

II.- Ambigüedad de las metas de desempeño. En gran cantidad de las políticas o programas se llegan a establecer objetivos imprecisos. Es decir, se puede dar el caso de que el objetivo general pueda traer consigo objetivos específicos que pudiesen conflictuarse el uno con el otro, un ejemplo pudiera ser el de dotar a la sociedad de un mejor servicio de salud y que uno de los objetivos particulares fuese el reducir el número de consultorios en las áreas rurales para centralizar los servicios en las cabeceras municipales. Debemos recordar que los objetivos pueden ser instrumentalizado por cuando menos seis distintos parámetros para ser evaluado: conveniencia, adecuación, equidad, eficiencia, capacidad de respuesta y eficacia. La teoría de decisiones tiene como una de sus motivaciones el reducir a su mínima expresión las ambigüedades en las metas fijadas en las políticas al tiempo que se hacen visibles aquellos objetivos en conflicto.

III.- Múltiples objetivos en conflicto. Este punto viene relacionado con el anterior, debido a que la designación de objetivos y metas de los programas y políticas públicas no pueden ser instituidos de manera conveniente si estos se centran en los valores de un grupo político o de algún actor social que pretenda imponer sus doctrinas en los programas o políticas. De hecho, en un gran número de los programas y políticas que requieren ser evaluados convergen diversos intereses de un gran número de participantes, los cuales presentan objetivos que conflictúan entre sí. Es por lo que la evaluación de la teoría de decisiones trata de reconocer tanto a los actores interesados como a sus intereses a fin de consensuar entre estos y fijar metas y objetivos convenientes para cada actor.



4.4.- Resumen crítico.

Partiremos de la definición que Samuelson y Nordhaus (2005), que considera a la economía como: " El estudio de cómo las sociedades utilizan recursos escasos para producir bienes valiosos y distribuirlos entre diferentes personas " (p. 4); por otro lado, estos mismos autores señalan que: "La teoría económica afirma que una economía produce con eficiencia cuando no se puede mejorar el bienestar económico de una persona sin perjudicar a otra" (Samuelson y Nordhaus, 2005, p. 4).

En lo relativo a la economía del bienestar podemos encontrar su génesis con Adam Smith y su influencia filosófica, si bien él no hablaba claramente de un bienestar general, su visión hedonista de la vida si implicaba que cuando los individuos buscan su propio beneficio indirectamente se estará alcanzando el beneficio social.

Por lo anterior se hace necesario el definir lo que es la economía del bienestar cómo: "La (...) rama del análisis económico cuyo afán es descubrir los principios para maximizar el bienestar social" (Stanley y Randy, 2009, p. 397). Se trata entonces de la unificación de ideas más que a un sistema específico del pensamiento económico. Para Stanley y Randy (2009) la economía es percibida como: "el estudio de la forma en la cual la sociedad decide utilizar sus recursos limitados para lograr la máxima satisfacción" (p. 397). Ambas concepciones serán empleadas en el trabajo de investigación ya que se considera que el bienestar es el obtener el mayor beneficio a la sociedad y en caso específico el obtener el mayor nivel de salud de los individuos en la sociedad.

El bienestar social tiene parte de la estabilidad económica, y por ende se entiende que para tener esta estabilidad económica se debe pensar en la distribución de la riqueza en la sociedad, existen también otros factores como el monto de los salarios devengado por sus labores en su trabajo, los peligros que sufre el trabajador al ejercer sus labores en las fábricas. Por lo que el bienestar económico reemplaza la escasez patrimonial de las personas y garantizando el confort y las mejoras que este bienestar económico da. La orientación del bienestar parte de una perspectiva que combina distintas acciones entre



los individuos, en dichas actividades el nivel de vida valorarse bajos los términos del talento para alcanzar los resultados planteados (Duarte y Jiménez, 2007).

El bienestar de las personas requiere distintos factores que cambian dependiendo de la aportación que ofrecen cada uno al bienestar. Independientemente de los distintos factores que se puedan establecer, existen algunos que los que diferentes autores coinciden: que los individuos puedan estar bien nutridos, que cuenten con una buena salud, un acceso a una educación adecuada y residir en una vivienda digna (Barr, 1992; Hills, 2001; Duarte y Jiménez, 2007; Cattaneo et al., 2009). Estos factores se emplearán en la investigación debido a que el no contar con alguno de estos incide negativamente en los determinantes sociales en la desigualdad en salud.

La teoría del bienestar puede concentrarse en su manera de pensar en dos grandes ramas, los marginalistas y los dualistas. Los economistas marginalistas o neoliberales, tienen inconformidad con las políticas que plantean realizar una redistribución, puesto que en su percepción estas no garantizan que se obtenga un óptimo de Pareto sobre esa redistribución de riqueza; por otro lado, se encuentran los economistas dualistas quienes están a favor de las políticas redistributivas que harán más justa la distribución de la riqueza, ellos sostienen que la utilidad de un bien no puede cuantificarse de manera tradicional, sino que, se pueden generar aproximaciones de las utilidades por mediciones cardinales que permitirían generar un acomodo equitativo de la riqueza en la población.

Los economistas de corriente dualista se encuentran a favor de generar políticas redistributivas, si bien esta corriente concuerda con la visión de los marginalistas en que las utilidades no pueden cuantificarse de una manera tradicional y observable, consideran que es factible realizar las mediciones de manera ordinal, que, si bien puede no tener la precisión de la medición cardinal, presenta una mayor proximidad al nivel de utilidad que cada persona le otorga a estas retribuciones.

Si bien es cierto estos puntos de vista pueden percibirse como meramente económicos si reflejan en un sentido un mecanismo social en el que el nivel de ingresos influye directamente en el cómo se darán las atenciones médicas y los cuidados a la salud.



El estado también ha sufrido metamorfosis a lo largo de la historia, ya que, paso de ser ese ente que solamente se preocupaba por los intereses de los más poderosos a buscar el cuidado y protección de los derechos de todos los ciudadanos independientemente de su posición social, clase o género esta evolución se pudo alcanzar debido al empuje que el bienestar ha dado a la democratización social.

Es en este entorno del Estado de bienestar que se comenzaron a articular una serie de políticas a favor de los grupos más vulnerables, en específico tenemos las que conciernen a garantizar el derecho a la sanidad. Las actividades de la salud realizan primordialmente por las instituciones sanitarias, mismas que, tomaban el control de las acciones de salud para garantizar estos bienes aun si esta acción signifique tener el control restrictivo de los individuos.

Se comenzó a percibir a la salud como punto neurálgico entre la sociedad y las políticas públicas encaminadas a alcanzar el estado de bienestar, este punto de vista se le conoce como el modelo de activos. El modelo de activos da una visión de la salud donde se reorientan las actividades de la sociedad para que estas se concentren en aquello que les genere una mejora de su estado de salud para poder alcanzar el bienestar que potencializará la equidad en salud.

El desarrollo humano resulta importante en la salud debido a que esta perspectiva dota de un mayor conocimiento de la salud y, por ende, una base teórica de cómo entender la salud y los principales fines de la misma: tener una mayor esperanza de vida y una vida con la mayor calidad de salud posible.

Sen (1999) nos habla que “el mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo. Los que preguntan si una mejor salud es un buen instrumento del desarrollo quizá pasen por alto el elemento de diagnóstico más fundamental: que ‘la salud forma parte integrante de un buen desarrollo’ (p. 8). En este sentido Amartya (1999), abunda más en este tema al decir “la buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. Una persona sana podrá más fácilmente obtener ingresos, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana” (p. 8).



Por último, este trabajo concentrará sus esfuerzos mediante un análisis multifactorial de la salud bajo el modelo de los determinantes sociales de la salud que propuesto por la Organización Mundial de la Salud busca medir la desigualdad en la salud de una manera multifactorial este modelo considera tres mecanismos estratificados en salud:

A) Contexto socioeconómico y político. Este apartado se describe las estructuras sociales que influyen significativamente la estructura social; el gobierno que planea y ejecuta las políticas; las políticas macroeconómicas; las políticas sociales; políticas que inciden directamente en la manera en la que se lleva a cabo los servicios de salud en la sociedad y la cultura y valores de la sociedad, se refiere a como se percibe socialmente la salud y a la percepción de la prestación de servicios de salud (Borrell y Artazcoz, 2008).

Navarro (2003), proponen el análisis mediante la estratificación de los regímenes políticos en tres grandes rubros: los países social demócratas, países democráticos cristianos y países liberales, partiendo de esta investigación diversos análisis concuerdan con las conclusiones de navarro en el sentido de que los Estados con tradición socialdemócrata fomentan un estado del bienestar más amplio, encaminándose a reducir los efectos de las desigualdades de renta mediante políticas públicas que fomenten alcanzar el pleno empleo, la combinación de estos factores conlleva a mejores indicadores de salud, principalmente el de mortalidad infantil logrando así menores desigualdades de salud (Navarro et al., 2003; Coburn, 2004; Raphael y Bryant, 2004; Navarro et al., 2006; Borrell et al., 2007; Chung y Muntaner, 2007).

B) Posición socioeconómica. En este punto se encuentran los determinantes estructurales de las desigualdades en salud, la clase social, el género, la etnia y el nivel socioeconómico que tienen cada uno de los miembros sociales en el país en el que habitan (Marmot, 2007).

Las desigualdades se dan entre los que cuentan con mayor poder que obtienen una mayor cantidad de recursos que tendrán una ventaja superior en relación con aquellas familias que tengan menor acceso a al poder y más desfavorecidas. Krieger et al. (2005), concluyen que las desigualdades están íntimamente relacionadas con la discriminación o



que se puede dar mediante las correlaciones entre la clase, género o raza que se dan de manera injustas.

C) Los determinantes intermedios. Estos se refieren a la manera en la que la conformación de la estructura de la sociedad genera desigualdades en los factores intermediarios, mismos que, generan desigualdades en salud. Los factores intermediarios son: i) circunstancias materiales, es el nivel de ingresos, las condiciones laborales, la vivienda. ii) Las circunstancias psicosociales en este sentido (Marmot y Wilkinson, 2001), consideraron que, en el lugar de trabajo, el bajo apoyo social, la hostilidad, la depresión y la ansiedad estaban relacionados con la enfermedad coronaria. iii) los factores conductuales y biológicos, estos se refieren a los distintos estilos de vida que perjudican la salud. iv) el sistema de salud, se refieren a las instituciones que deberán prestar los servicios de salud a la ciudadanía.

Resulta necesario el considerar la tipología que ofrece Navarro (2003), debido a que nuestro país es una combinación entre un país social demócrata y un país de corte liberal, si bien es cierto se está apostando actualmente a dotar a la población de un servicio universal en México, la limitada cantidad de padecimiento que se proporcionan y la calidad de las intervenciones médicas que requieren analizarse a fin de conocer el nivel de desigualdad en salud que tiene en México.

Lo relativo a contexto socioeconómico y político, encontramos que la política pública juega un papel primordial en el entramado gubernamental debido a que las acciones gubernamentales se ven articuladas mediante las políticas públicas; sin embargo, la simple implementación de estas no garantiza que se puedan lograr los objetivos y metas establecidos, o que en un momento determinado estos objetivos y metas fueron establecidos de una manera suficiente para maximizar los beneficios sociales.

En este punto se precisa del uso de la evaluación de las políticas públicas. La evaluación puede entenderse como “La investigación de la evaluación es un vigoroso campo de actividad que se dedica a recolectar, analizar e interpretar la información referente a la necesidad de implementar, y al impacto de los esfuerzos hechos por mejorar



la suerte de la humanidad, mejorando las condiciones de vida en comunidad” (Browne y Wildavsky, 1998, p. 285).

La evaluación funge como bisagra entre los valores estimados al inicio (diseño de la política), y los resultados de la política (evaluación de la política), permitiendo a los analistas de la política el conocer si se están alcanzando los objetivos y metas, de no ser así, la información obtenida por las evaluaciones proveen de la evidencia suficiente para cambiar el rumbo que se está dando a las políticas, pasando por el cambio de metas y pudiendo llegar a sustentar el que pueda desaparecer las políticas debido a que su articulación no maximiza los beneficios sociales.



CAPÍTULO 5.- EVIDENCIA EMPÍRICA DE LA SALUD.

El método empleado para la realización de esta investigación es el método científico. El cual es definido por Kerlinger (1975) de la siguiente manera: “la investigación científica es una investigación sistemática, controlada, empírica, amoral, pública y crítica de fenómenos naturales. Se guía por la teoría y las hipótesis sobre las presuntas relaciones entre esos fenómenos” (p. 13). Se hace necesario el conocer las distintas investigaciones relacionadas con la salud y el bienestar.

En la primera parte de este capítulo, se muestran las investigaciones de la sanidad y el desarrollo humano, se abordan con el propósito de mostrar los análisis econométricos, las variables empleadas y los resultados obtenidos.

La segunda parte muestra las principales investigaciones nacionales relativas al bienestar sanitario y la salud, con la finalidad de mostrar las complejidades que existen en México para la obtención de información e indicadores. Si bien es cierto, existen indicadores de las políticas de salubridad, estos no siempre son parametrizados a nivel subnacional complicando la comparabilidad entre las entidades federativas.

5.1.- Investigaciones sanitarias y bienestar

Las investigaciones relacionadas a la salud han venido enfocándose principalmente al bienestar social. Por un lado, tenemos a las investigaciones enfocadas en algún tipo de padecimiento fisiológico, en el que se busca conocer las posibles causas y consecuencias. Este tipo de investigaciones conciernen más al ámbito epidemiológico por lo que esta investigación no mencionará este tipo de investigaciones por el tipo de enfoque que se dará a esta investigación.

Por otro lado, se tienen las investigaciones en salud que se enfocan principalmente en el bienestar (desde un punto de vista multidimensional), de los individuos en un lugar específico y la interacción de factores sociales, políticos-culturales y sociales intervinientes en para alcanzar el bienestar en salud.



Uno de los estudios relacionados con el bienestar y que servirían de sustento para estudios subsecuentes es el realizado por Esping-Andersen (1990). Aquí el autor clasifica a los gobiernos de bienestar en países desarrollados dividiéndolos en tres tipos: los regímenes liberales (dotan de una asistencia modesta empleando una cantidad pequeña de recursos para ayudar a personas con bajos niveles de ingreso); los regímenes conservadores (se basan principalmente en valores familiares, tienden a ser muy tradicionalistas por lo que centran sus apoyos en las familias) y regímenes socialdemócratas (quienes buscan promover la igualdad en los altos estándares por medio de programas universalistas).

Tomando como sustento las clasificaciones y conclusiones de Esping-Andersen se profundizan los análisis a los gobiernos que buscan desarrollarse por medio de políticas de bienestar. Las futuras investigaciones concluyen en un mismo sentido; el que los Estados con tradición socialdemócrata fomentan un estado del bienestar más amplio esto con el propósito de reducir los efectos de las desigualdades que se dan en la renta. La forma en la que los Estados buscan alcanzar este bienestar se da mediante la articulación de políticas públicas que promuevan alcanzar el pleno empleo. Incidiendo en la desigualdad de la renta y fomentando políticas de bienestar aumentarán de manera positiva los indicadores de salud, principalmente el de mortalidad infantil (Navarro et al., 2006; Borrell et al., 2007; Chung y Muntaner, 2007; Coburn, 2004; Raphael y Bryant, 2004; Navarro et al., 2003).

Cabe destacar el libro escrito por los epidemiólogos Wilkinson y Pickett (2010). Dicho libro se ha convertido en un referente para los estudiosos de las ciencias de la salud y ciencias políticas. Aquí muestran evidencias cuantitativas respecto a las desigualdades. Ambos autores comparan a personas de las mismas clases sociales en distintos países mediante el uso de los ingresos²² como parámetro comparativo entre las naciones analizadas. Concluyen que en un Estado que presente una mayor igualdad en la distribución de los recursos, los estratos sociales menos favorecidos obtienen mejores

²² Los autores se basan en la desigualdad de los ingresos, dado que cada uno de los países clasifican de manera heterogénea sus sistemas socioeconómicos, imposibilitando una comparabilidad adecuada.



resultados en materia de salud. Pese a lo anterior, el grupo social con mayores ingresos un tendrán algunos beneficios.

Wilkinson y Pickett (2010) sostienen a lo largo de su libro una premisa: la relevancia que tienen las relaciones sociales en cualquier país para alcanzar un buen nivel de salud y sobre todo el bienestar de los individuos.

Las desigualdades sociales se dan en el sentido de que aquellos que cuentan con mayores niveles de ingresos obtendrán una ventaja superior en relación con aquellas familias que tengan menor acceso a al poder y generen menor cantidad de recursos serán las más desfavorecidas. Si bien estas desigualdades son evidentes estudios científicos como el realizado por Krieger et al. (2005), concluyen que las desigualdades están íntimamente relacionadas con la discriminación o que se puede dar mediante las correlaciones entre la clase, género o raza que se dan de manera injustas.

Todas estas investigaciones generan una nueva visión ya que, anteriormente solo se concentraban en una relación directa entre pobreza y salud. Esto ocurría debido a que se excluían los factores socioeconómicos, así como, las políticas de salud de cada uno de los Estados. En términos generales los estudios relacionados con la pobreza y la salud se centraban en las enfermedades generadas por las limitaciones financieras, tales como la mala nutrición, las enfermedades contagiosas, y los factores económicos que causan un empobrecimiento derivado de las enfermedades en las familias (Laurell, 2013).

Otro gran número de investigaciones se concentran en las políticas públicas que pretenden alcanzar el acceso universal a los servicios de salud. En este sentido, se pudo constatar que dependiendo del grado de desarrollo de una economía se puede percibir como una atención médica, es decir, priorizando el servicio.

Lo anterior queda de manifiesto en la investigación de Stuckler (2010). Este autor, busca generar una definición de la cobertura universal en salud. Stukler concluyo que este concepto no se ha clarificado del todo. Sin embargo, el autor clasifica a la cobertura en salud en dos grandes bastiones: los países de altos ingresos se refieren a este concepto como "Atención médica universal" (p. 2), por otro lado, los países con bajos ingresos establecen este concepto como "Cobertura universal" (p. 2). Estados como el mexicano



se prioriza la cobertura de la población sin considerar que esta no necesariamente garantiza una suficiente amplitud de los servicios de atención médica. En resumen, entre los países más pobres se le otorga más peso a una cobertura básica de la población que a la calidad de los servicios.

Se hace evidente la complejidad que presenta el estudio de la salud, debido a que, esta se ve afectada por múltiples factores: económicos, políticos y sociales que repercuten en el estado de salud de los individuos. Así mismo, resulta evidente que las investigaciones en salud se han realizado en su mayoría para realizar una comparación entre países.

En este punto podemos apreciar que no existen muchas investigaciones en salud al nivel estatal y mucho menos en México. Es por lo que la presente investigación busca llenar ese hueco en el conocimiento científico al estudiar el desarrollo humano y la salud. Buscará responder como se da esta relación y cómo influye el dotar a la población de un acceso efectivo a la salud con el desarrollo social en México.

5.2.- Investigaciones Internacionales de la salud y el Índice de Desarrollo Humano.

Si bien es cierto, las investigaciones nacionales se han enfocado principalmente en los resultados obtenidos por el Seguro Popular (protección financiera y ampliación de cobertura); se requiere analizar las experiencias internacionales que se han venido generando relativas a los servicios sanitarios y el uso del análisis mediante el estudio econométrico de datos de panel.

Primero tenemos la investigación realizada por Castells-Quintana, Royuela y Thiel, (2019); en la que se concluye la necesidad de generar una medición más amplia para el desarrollo humano. En esta investigación se empleó en análisis de datos de panel en 117 países. Consideran al Índice de Desarrollo Humano como su variable dependiente, y como variables explicativas: la desigualdad medida por el índice de Gini, el consumo gubernamental como porcentaje del PIB, apertura que la consideran cómo la proporción



de exportaciones más relevantes como porcentaje del PIB, la inflación y la urbanización que es medida como el porcentaje de personas que viven en áreas urbanas. Este trabajo considera que se requieren emplear mayores factores para el análisis del desarrollo humano.

En segundo lugar, encontramos la investigación de Rodríguez et al. (2017), en donde se concluye que el aumento del gasto público tanto en salud como en educación tienen un efecto positivo en el índice de desarrollo humano, sin embargo, el gasto en salud tiene un mayor efecto en un aumento del IDH, debido a que, al generar un aumento de un punto porcentual del gasto en salud, genera un aumento de 0.046% del IDH. Esta investigación empleó los Datos de Panel mediante el método de errores estándar corregidos para datos de panel (PCSE por sus siglas en inglés), con datos de 34 países miembros de la OCDE del periodo 1980-2013. Para este fin se emplearon: el Índice de Desarrollo Humano, Consumo de las familias per cápita, Media móvil de 5 años anteriores en inversión privada per cápita, Gasto público sanitario per cápita, Media móvil de los 5 años anteriores del gasto público sanitario per cápita, Gasto público educativo per cápita, Exportaciones per cápita e Importaciones per cápita.

En tercer lugar, tenemos la investigación de Pinilla-Rodríguez, Jiménez y Montero-Granados (2014), en el cual se concluyó que la descentralización de los servicios sanitarios (que en este caso se empleó la tasa de mortalidad infantil), muestran una relación positiva y significativa, pero resaltando más este efecto en países de rentas mayores, con instituciones mayormente democráticas que contasen con una mayor dependencia con el nivel central y países donde exista mayoritariamente actividades rurales. Aquí se realizó otro análisis en el cual se consideró al IDH como variable dependiente para explicar el desarrollo obtenido por la descentralización en América Latina, en este sentido los autores consideran que la descentralización ha fomentado el desarrollo humano en Latinoamérica. En esta investigación se empleó un modelo de Datos de Panel de efectos fijos o aleatorios, para 17 países de América Latina, para el periodo de 1990-2009. Para estos análisis se emplearon diversas variables dependientes, sin embargo, para los efectos de esta investigación se considerarán únicamente 2: Tasa



de mortalidad infantil e Índice de Desarrollo Humano. Como variables independientes se emplearon los gastos públicos en los sectores social, sanitario, educativo y de vivienda (como porcentaje del PIB), la tasa de población urbana, el tamaño de la burocracia central y el porcentaje de impuestos directos en la carga tributaria.

En cuarto lugar, se encontró la investigación de López-Casasnovas y Soley-Bori (2014), en el cual se concluyó que el índice de Salud es afectado de forma significativa por el aumento del PIB per cápita, por el índice de Gini y por el aumento en el gasto en Salud. Esta investigación considera la necesidad de realizar estudios de Datos de Panel longitudinales que permitan conocer las variaciones de los estados de salud a lo largo de los años y de cómo las políticas han influido en este; consideran además necesario realizar un análisis de los indicadores económicos a niveles inferiores (subnacionales), que permitan concluir de forma más acertada estas correlaciones. Esta investigación empleó un Modelo de Datos de Panel, estimado por Efectos Aleatorios, para 32 países en los años 1980 y 2010. Para este fin de empleo como variables dependientes el índice de Salud ajustada y el índice de Salud no ajustado por desigualdad; como variables independientes se tienen la tasa de crecimiento del PIB per cápita, la tasa de desempleo, la desigualdad en la distribución de la riqueza (medida por el coeficiente de Gini), la tasa de pobreza y tres variables ficticias que son variables dummy en las que se pretende incluir a gasto social, gasto en salud por país y la existencia de un Sistema Nacional de Salud.

En quinto término, veremos el trabajo realizado por Nuhu, McDaniel Alorbi y Ruiz (2018); en este se determinó que el Índice de Desarrollo Humano tiene una relación negativa entre la mortalidad neonatal y la mortalidad materna y que mediante un análisis de mediación demostró que el gasto en salud medio entre la mortalidad materna y neonatal, por lo que, al aumentar el gasto sanitario en países con IDH bajo tendrán como efecto una reducción en la mortalidad materna y neonatal. La investigación empleó modelos de curva de crecimiento latente para conocer el trayecto de la mortalidad materna y la neonatal y cómo estas afectan al Índice de Desarrollo Humano. Posteriormente se empleó un análisis de mediación con el fin de establecer si el gasto sanitario mediaba la



relación entre el Índice de Desarrollo Humano y las tasas de mortalidad materna y la neonatal.

Como sexta investigación veremos la realizada por Gomanee, Girma y Morrissey (2005), en la que concluyen en la proporción en la que el bienestar agregado se encuentre inversamente correlacionado con la pobreza, las ayudas sociales contribuyen de manera positiva en la mitigación de la pobreza, así mismo, se encontró que este efecto se potencializa en países que cuentan con niveles bajos en los indicadores de desarrollo humano. En esta investigación se emplearon regresiones cuantificas, para 38 países usando como variables dependientes el Índice de Desarrollo Humano y la Tasa de Mortalidad Infantil y como variables independientes la creación del índice de gastos a favor de los pobres (PPE por sus siglas en ingles), que se conforma de la siguiente manera: $PPE = P_S + P_E + P_H$; donde: P_S es el gasto público en servicios de saneamiento y vivienda, P_E es el gasto público en educación y P_H es el gasto público en servicios de salud (todos medidos como una proporción del PIB).

Tenemos la investigación realizada por Çağlayan y Van (2017), en esta investigación se llegó a la conclusión de que existe una relación positiva a corto plazo con las variables del gasto en salud, PIB, usuarios de internet, la esperanza de vida al nacer, estimación porcentual de años de escolaridad de los legisladores y el Índice de Desarrollo Humano. Al largo plazo, existe una correlación negativa entre las variables población rural y la esperanza de vida al nacer, con el Índice de Desarrollo Humano; al mismo tiempo, se tiene una correlación positiva del gasto en salud, el PIB, los usuarios de internet y la estimación porcentual de años de escolaridad de los legisladores con el Índice de Desarrollo Humano. En esta investigación se empleó un modelo de opción múltiple ordenados por panel, para 130 países entre los años 2009 a 2014. Para esta investigación se usaron como variable dependiente el Índice de Desarrollo Humano y como variables independientes el porcentaje de población rural femenina, gasto privado en salud como porcentaje del PIB, PIB per cápita, porcentaje de la población usuarias de internet, esperanza de vida al nacer, porcentaje del número de mujeres en los escaños del



parlamento y número de años de estudio promedio de los legisladores. Este análisis puede resumirse en la tabla siguiente:

Tabla 23. Principales investigaciones de la salud y sus variables.

Nombre	Variable Dependiente	Variable Independiente	Método
Inequality and sustainable development: Insights from an analysis of the human development index (Castells-Quintana et al., 2019).	Índice de Desarrollo Humano	• La desigualdad medida por el índice de Gini, • Consumo gubernamental como porcentaje del PIB, • Apertura (exportaciones más relevantes como porcentaje del PIB), • La inflación y • La urbanización que es medida como el porcentaje de personas que viven en áreas urbanas	Análisis de datos de panel en 117 países
El efecto del gasto público sanitario y educativo en la determinación del bienestar de los países de la OCDE: un modelo con datos de panel (Rodríguez et al., 2017).	Índice de Desarrollo Humano	• Consumo de las familias per cápita, • Media móvil de 5 años anteriores en inversión privada per cápita, • Gasto público sanitario per cápita, • Media móvil de los 5 años anteriores del gasto público sanitario per cápita, • Gasto público educativo per cápita, • Exportaciones per cápita e Importaciones per cápita	Los Datos de Panel mediante el método de errores estándar corregidos para datos de panel (PCSE), con datos de 34 países miembros de la OCDE del periodo 1980-2013



Nombre	Variable Dependiente	Variable Independiente	Método
Descentralización fiscal en América Latina. Impacto social y determinantes. (Pinilla-Rodríguez et al., 2014).	Tasa de mortalidad infantil e Índice de Desarrollo Humano para explicar el desarrollo obtenido por la descentralización en América Latina	• Los gastos públicos en los sectores: social, sanitario, educativo y vivienda (% PIB), • La tasa de población urbana, • Tamaño de la burocracia central y • Porcentaje de impuestos directos en la carga tributaria	Modelo de Datos de Panel de efectos fijos o aleatorios, para 17 países de América Latina, para el periodo de 1990-2009
The Socioeconomic Determinants of Health: Economic Growth and Health in the OECD Countries during the Last Three Decades (López-Casasnovas y Soley-Bori, 2014).	Índice de Salud ajustada y el índice de Salud no ajustado por desigualdad	• Tasa de crecimiento del PIB per cápita, • Tasa de desempleo, • Desigualdad en la distribución de la riqueza (Gini), • Tasa de pobreza y • 3 variables ficticias: Gasto social, Gasto en salud por país y Existencia de un Sistema Nacional de Salud	Modelo de Datos de Panel, estimado por Efectos Aleatorios, para 32 países en los años 1980 y 2010
Effect of healthcare spending on the relationship between the Human Development Index and maternal and neonatal mortality (Nuhu et al., 2018).	Índice de Desarrollo Humano	Gasto sanitario como mediación entre: El Índice de Desarrollo Humano Tasa de mortalidad materna Tasa de mortalidad neonatal	Modelos de curva de crecimiento latente. Posteriormente se empleó un análisis de mediación.
Aid, public spending, and human welfare: evidence	Índice de Desarrollo Humano Tasa de Mortalidad Infantil	índice de gastos a favor de los pobres (PPE),	Regresiones cuantílicas, en 38 países



Nombre	Variable Dependiente	Variable Independiente	Método
from quantile regressions (Gomanee et, al, 2005).		$PPE = P_S + P_E + P_H$; donde: P_S es el gasto público en servicios de saneamiento y vivienda, P_E es el gasto público en educación y P_H es el gasto público en servicios de salud (medidos como una proporción del PIB)	
Determinants of the Levels of Development Based on the Human Development Index: Bayesian Ordered Probit Model (Çağlayan-Akay y Van, 2017).	Índice de Desarrollo Humano	• % población rural femenina, • Gasto privado en salud (% PIB), • PIB per cápita, • % de la población usuarias de internet, • Esperanza de vida al nacer, • % del número de mujeres en los escaños del parlamento y • Número de años promedio de estudios los legisladores	Modelo de opción múltiple ordenados por panel, para 130 países entre los años 2009 a 2014

Fuente: Elaboración propia a con base al análisis de diversas investigaciones.

Podemos percibir que a nivel internacional la metodología mayormente empleada es el análisis mediante el modelo econométrico de datos de panel, puesto que esta permite analizar cómo las variables dependientes se relacionan con las independientes. Permite establecer los cambios generados por las variables dependientes a lo largo de los años y como se correlacionan entre sí. Por otro lado, se puede apreciar que existen variables que son empleadas de forma consistente: la cantidad monetaria del estado



invertida en salud, la esperanza de vida al nacer, la existencia de un sistema sanitario, la tasa de población urbana y en nivel de educación promedio.

5.3.- Las investigaciones en México respecto a la salud.

Es necesario iniciar por analizar el esfuerzo en cuanto a las políticas públicas nacionales en un sentido más específico el caso del Seguro Popular. Si bien es cierto que se han realizado muchas investigaciones evaluando el impacto del Seguro Popular en cómo se utilizan los servicios de salud, el gasto en salud, y el mercado laboral²³. Existen también investigaciones respecto del uso de los servicios de salud, algunas de estas demuestran que se han incrementado el uso de dichos servicios por los afiliados al Seguro Popular. En estas investigaciones encontramos a Garrido et al. (2008), quienes emplearon cifras obtenidas mediante encuestas realizadas en unidades ambulatorias y hospitalarias de los Servicios Estatales de Salud, teniendo como resultados primarios que el Seguro Popular ha mejorado el porcentaje de recetas surtidas. Sin embargo, pese a estas resoluciones los autores concluyen que los servicios ofrecidos por las instituciones de seguridad social siguen siendo superiores.

Otra investigación más la encontramos con Gakidou et al. (2006), los que emplearon la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2005-2006, donde encontraron que el uso de los servicios de salud es se da mayormente por parte de los afiliados al Seguro Popular. Al momento de realizar la comparación con la población no asegurada se puede inferir que el uso de estos servicios sigue siendo menores en comparación con el uso de servicios de la población con seguridad social. Llegan también a la conclusión de que, a nivel municipal, se tiene una mayor propensión al uso de los servicios de salud de los individuos que viven en los municipios en los que se implementó el Seguro Popular, en comparación con aquellos que viven en municipios donde el Seguro Popular no se ha implementado, además que los municipios con niveles altos de afiliación

²³ Existen mayores referencias a investigaciones previas en "Taking Stock of Eight Years of Implementation of Seguro Popular in Mexico"; Bosch, M., M. B. Cobacho y C. Pages (2012)



al Seguro Popular cuentan con una mayor tasas de hospitalización en los hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud; cabe hacer mención que esta investigación se realizó en los inicios de la implementación del Seguro Popular, por lo que en sus conclusiones encontramos la comparativa entre Entidades Federativas que cuentan y las que no cuentan con el Seguro Popular.

Una investigación realizada por Scott (2006) utiliza la Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares (ENIGH) del 2004 a fin de comparar el uso de servicios de salud entre afiliados al Seguro Popular, a los afiliados al programa IMSS-Oportunidades, a otras instituciones de seguridad social, no asegurados y a los beneficiarios de los institutos nacionales de salud; encontrando los grupos sociales con más carencias son los más beneficiados por la política pública del Seguro Popular. Scott propone que existe un mayor empleo de los servicios que otorga la Secretaría de Salud por los afiliados al Seguro Popular, comparándolo con la población no asegurada.

Sosa, Galarraga y Harris (2007), emplea la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2005-2006, encontrando que las mujeres beneficiarias del Seguro Popular preferían ser atendidas durante el parto en instituciones privadas que las cuales pueden aceptar el Seguro Popular, a fin de que ellas no sean atendidas en clínicas de las Secretaría de Salud estatales. Así mismo, Barros (2008) en su investigación concluye que han aumentado el uso de los servicios médicos en instituciones públicas; mostrando a la par una disminución en los servicios privados de salud, por parte de los beneficiarios del Seguro Popular. Sin embargo, en las investigaciones realizadas por King et al. (2007; 2009), se generaron un par de experimentos tendientes a evaluar el desempeño del programa, establecen que no es posible concluir que el Seguro Popular obtuviera un resultado significativo o que no tuviera efecto alguno en el uso de los servicios de salud.

En lo referente al gasto catastrófico en salud, se realizaron investigaciones en las que se encuentra la evidencia de que el Seguro Popular ayudo a mejorar los indicadores de protección financiera cuando se incurre en pagos catastróficos (Gakidou et al., 2006), este resultado se nota de manera más fehaciente en las familias más pobres (Galárraga et al., 2008).



Asimismo, para otros autores como Scott (2006), Barros (2008) y Hernández, et al. (2008); consideran que el gasto en salud del hogar y el gasto catastrófico en salud es menor para los hogares afiliados al Seguro Popular en comparación con los no asegurados; pero indican que este resultado está muy por debajo del esperado en las metas establecidas en la política pública. Otros estudios concluyen que el Seguro Popular no ha tenido ningún impacto en el gasto catastrófico en salud; esto lo encontramos en el estudio de Galárraga, et al. (2008), quienes usaron la ENIGH para su investigación, encontraron que no hay impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico en salud; sin embargo, este estudio refleja que sí existe una reducción en el gasto total en salud del hogar en medicinas y en servicios de salud. Así mismo, al emplear la ENSANUT y la Encuesta de Impacto del Seguro Popular, estos autores encuentran que estar afiliado al Seguro Popular reduce la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico, en gasto en medicinas y de servicios de salud. Por último, la investigación liderada por King (2009) encuentran que el Seguro Popular ha tenido un impacto significativo en la reducción del gasto catastrófico en salud, pero no encuentran efectos en el gasto en medicinas.

Se puede observar que los últimos estudios en México vienen encaminados al análisis de los efectos que el Seguro Popular ha generado en las familias mexicanas y de cómo, por medio de la articulación de esta política se ha buscado salvaguardar la protección financiera de las familias; por otro lado se encuentran estudios concerniente a la ampliación del padrón de familias afiliadas al seguro popular, debido a que consideran que mediante estas dos vertientes se lograría un servicio universal en salud.

Sin embargo, son pocos los autores que analizan la calidad de los servicios que se prestan en las entidades federativas por medio de sus esfuerzos estatales para combatir los padecimientos transmisibles y no transmisibles en la población; dejando de lado también la calidad de los servicios que se prestan, el número de padecimientos que pueden ser tratados en la población, el número de hospitales, la cantidad de médicos por cada mil habitantes con el que nuestro país cuenta; por nombrar algunos, por lo que resulta necesario el análisis más completo sobre los servicios de salud en México para establecer de manera precisa que tan lejos se encuentra esta meta.



CAPÍTULO 6.- MODELO ECONOMETRICO DE DATOS DE PANEL.

Esta investigación empleó el método científico para el análisis de las variables propuestas para este modelo econométrico. Al interior de este capítulo recordaremos brevemente que es el método científico y cómo este se desarrolla. Puesto que, esta investigación se llevó a cabo utilizando el método científico. Aquí mismo, se describe la econometría y en específico se tratará de los modelos de datos de panel.

6.1.- El método científico.

Kerliger (1975) recapitula los pasos mediante los que se realizan las investigaciones, en específico se aborda la propuesta de Charles Sanders Peirce. Este autor propone la existencia de cuatro caminos metodológicos para la investigación:

1. El método de la tenacidad. Aquí las personas defienden firmemente la verdad, la que es admitida como verdadera debido al apego que se tiene a ella, puesto que siempre ha sido tomada como indiscutible.
2. El método de la autoridad o de creencias establecidas. Esta metodología se encuentra un paso más adelante que el de la tenacidad. Dado que al empleándolo se alcanzan adelantos en la humanidad de forma paulatina. Los conocimientos logrados aquí son confiables debido a la fuente que los emite, principalmente expertos en la materia.
3. El método a priori o método de la intuición. Se basa en la superioridad, es decir, en el supuesto de que las proposiciones *a priori* concuerdan con la razón y no necesariamente con la experiencia.
4. El método de la ciencia. Es aquel que satisfaga las dudas evitando que las creencias humanas afecten al conocimiento, estos conocimientos deben alcanzar el grado en el que cualquier persona que pretenda obtenerlos tendrá la misma conclusión. Este el método de la ciencia. Su hipótesis fundamental es esta: “hay



cosas reales cuyas características son totalmente independientes de nuestra opinión acerca de ellas” (Buchler, 1995, p. 18).

En resumen, Peirce concibe a la investigación científica como algo más allá que el solo experimentos, la ciencia muestra el camino a seguir para explicar cualquier aspecto de la realidad. Este autor afirma que la realidad preexiste independientemente de los pensamientos humanos.

6.2.- La econometría

A fin de obtener información relevante que permita contextualizar el trabajo de tesis, la metodología planteada para desarrollar esta investigación se dará mediante el uso de un modelo econométrico. En una primera instancia, se profundizará en la revisión de la literatura e investigaciones existente, a fin de generar una visión completa del tema en cuestión. Esta revisión incluye la consulta de bases de datos, libros, etc. En este sentido, el presente trabajo de investigación empleará la econometría para analizar los datos y las relaciones que cada una de ellas guarda. Como punto inicial, se precisa definir a la econometría, para este fin, podemos apreciar lo que diversos autores señalan:

En estos términos, la econometría puede definirse como el análisis cuantitativo de los fenómenos económicos reales basado en el desarrollo concurrente de la teoría y la observación, relacionados mediante métodos de inferencia apropiados (Samuelson et al., 1954, p. 142).

La econometría se define como la ciencia social en la cual las herramientas de la teoría económica, las matemáticas y la inferencia estadística se aplican al análisis de los fenómenos económicos (Goldberger, 1964, p. 1).



La econometría se basa en el desarrollo de métodos estadísticos que se utilizan para estimar relaciones económicas, probar teorías económicas y evaluar e implementar políticas públicas y de negocios (Wooldridge J. , 2010, p. 1).

Por otro lado, tenemos a Gujarati y Porter (2010), quienes consideran en un sentido más literal el significado de econometría como una “medición económica”. La econometría es considerada como un conglomerado de teorías económicas, economía matemática, estadística económica y estadística matemática. La teoría económica provee de un sustento hipotético cualitativo, que por sí misma no cuenta con un soporte cuantitativo que permita realizar la medición apropiada de los fenómenos naturales provistos por la economía. Es aquí donde la econometría funge como un proveedor de contenido empírico a la economía, este sustento se da mediante la formulación matemática en las que las teorías económicas son traducidas en modelos econométricos que se encargaran de demostrar la validez de las teorías económicas. Para cumplir con este fin se requiere que la econometría tradicional lleve a cabo los siguientes pasos:

1. Planteamiento de la teoría o de la hipótesis.
2. Especificación del modelo matemático de la teoría.
3. Especificación del modelo econométrico o estadístico de la teoría.
4. Obtención de datos.
5. Estimación de los parámetros del modelo econométrico.
6. Pruebas de hipótesis.
7. Pronóstico o predicción.
8. Utilización del modelo para fines de control o de políticas.

Gujarati y Porter (2010) sostienen que la econometría cuenta con dos categorías: la teórica y aplicada, a su vez cada una de estas puede realizar sus investigaciones mediante una perspectiva clásica o bayesiana. La econometría clásica lleva a cabo sus mediciones económicas trabaja mediante modelos econométricos que hacen uso de la estadística para validar relaciones económicas puestas a prueba. Por otro lado, la econometría aplicada emplea técnicas de la economía teórica con el fin de examinar campos específicos de la economía.



En la econometría, la modelación matemática resulta indispensable para interpretar las relaciones causales entre las variables que se pretenden analizar. El modelo econométrico es la expresión matemática de las teorías a las que se pretende establecer una rigurosidad científica. Los modelos econométricos pueden ser clasificados a través del número de ecuaciones con las que cuentan, por la manera en la que se relacionan las variables dependientes y las independientes (forma funcional) y por la temporalidad de los datos de las variables (periodo de tiempo). Sin embargo, ningún modelo econométrico podría operarse sin que las variables sujetas al análisis cuenten con datos. Los datos con los que cuenta una variable pueden ser de tres distintos tipos: datos o series temporales (en esta los datos están ordenados de manera natural que impone el tiempo), datos atemporales o de corte transversal (los datos corresponden a un momento determinado en el tiempo) y datos panel (combina los datos de corte transversal y series de tiempo para analizar las características de los grupos sociales y la variabilidad que estos tienen a lo largo de un periodo de tiempo) (Cavero et al., 2011).

6.3.- Modelos de datos de panel.

El uso del modelo econométrico bajo la técnica de datos de panel inicia en los años 80's, siendo llamativos debido a que emplean datos de series temporales, así como datos de corte transversal. Esta popularidad se debió principalmente a los desarrollos tecnológicos que han permitido la creación y manejo de bases de datos sumamente robustas facilitando a los econometristas a experimentar con la combinación de datos (Franco et al., 2010).

Se infiere que, en los modelos de datos panel es posible realizar un análisis una misma unidad de muestra, (familia, empresa, país o individuo), y su comportamiento a lo largo de un periodo de tiempo. Dicha especificación permite a este modelo una visión bidimensional: una espacial o de estructura y otra que se refiere al tiempo o temporal. La dimensión estructural generalmente predominante, hace posible generar un modelo que muestra las diferencias individuales observables, al tiempo que permite tener un control



de aquellas no pueden ser observables, estas características permiten librar las debilidades que se presentan en los modelos econométricos de regresión clásica. Por otro lado, la dimensión temporal muestra las fluctuaciones o evoluciones que se dan a lo largo del tiempo (Ramoni y Orlandoni, 2013).

Con estas premisas podemos describir la estructura básica que guardan los Modelos de Datos de Panel (MDP); aquí se busca establecer si la variabilidad que se da en y es atribuible a los cambios que las variables explicativas presentan, considerando en todo momento las diferencias individuales el modelo lineal es el siguiente:

$$y_{it} = \alpha + x'_{it}\beta + u_{it} \quad i = 1, \dots, N; t = 1, \dots, T \quad (1)$$

$$u_{it} = \mu_i + v_{it} \quad (2)$$

Dónde x_{it} representa la i -ésima observación relativas a K variables independientes; β se trata de $K \times 1$; donde $i: 1, \dots, N$ expresa al número de unidades muestrales, donde $t: 1, \dots, T$, denota el número de periodos; α se trata de un escalar. Por último, μ_i incluye los efectos individuales; v_{it} representa los residuales restantes. Si se buscara emplear este modelo de datos de panel con la finalidad de evaluar políticas o programas públicos y que en este accionar al menos una de las variables explicativas muestre valores dicotómicos como un parámetro distintivo respecto a si los individuos sujetos a revisión fueron beneficiarios del programa y aquellos que no lo fueron; en este caso, pueden existir fuentes de variabilidad:

- a) Efecto individuo: Este tipo de efectos muestran la incidencia directa con relación de las peculiaridades de los individuos que pueden observarse o alterarse durante el periodo de tiempo marcado por la variable y_{it}
- b) Efecto tiempo: este efecto puede considerarse como inmutable entre individuos, sin embargo, no debemos perder de vista que cada espacio temporal traerá consigo efectos específicos que no pueden ser observados.



- c) Efecto individuo-tiempo: Este tipo de consecuencias pueden ser establecidas por el comportamiento inicial de las variables, o por causas del azar (Ramoni y Orlandoni, 2013).

Se podrían realizar conjeturas respecto a que los t periodos de tiempo y los n individuos, presentan coeficientes idénticos, sin embargo, este supuesto es muy restrictivo. Pudiésemos pensar en el otro caso extremo en el cual se tenga la hipótesis en la que β_{kit} se caracteriza por ser variable entre los individuos y el tiempo, en este supuesto sería imposible su modelación; por este motivo se requieren establecer los siguientes supuestos (Greene, 2007; Wooldridge, 2002):

Primer supuesto. - Exogeneidad contemporánea: x_t y ε_t son ortogonales (perpendiculares entre sí), en cuanto a los valores de la media condicional (el valor esperado de una variable con relación a una distribución de probabilidad condicional). Bajo este supuesto queda restringida la relación que se pueda dar en cualquier periodo. $E(\varepsilon_t|X_t) = 0$, para $t = 1, 2, \dots, t$

Segundo supuesto. - Este supuesto amplía la restricción de perpendicularidad entre las variables durante cualquiera de los periodos de tiempo. $E(\varepsilon_t|x_1x_2, \dots, x_t) = 0$, para $t = 1, 2, \dots, t$

En un análisis más detallado se aprecia que el primer supuesto puede resultar complejo de articular si existen variables omitidas en el modelo. Cabe hacer mención que lo anterior resulta ser uno de los principales alicientes para optar por el modelo econométrico de datos de panel. Por esta razón la formula número (1) pasaría a tomar la siguiente estructura:

$$y_{it} = x'_{it}\beta + z'_i\alpha + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

$$y_{it} = x'_{it}\beta + \alpha_i + \varepsilon_{it} \quad (3)$$

En la nueva ecuación (2) Z_i incluye un término constante y una serie de características individuales (ya sea que estas se observen o no), todas estas inmutables a lo largo del tiempo. Tanto y como x, z , se trata de variables aleatorias. Se requiere conocer cuales



son los efectos parciales que tienen las diferentes variables explicativas x_i , incluyendo a la política o programa bajo investigación, bajo la premisa de que z permanezca inmutable; para alcanzar este fin se pueden realizar 3 distintas opciones:

- I. Si el término constante z_i muestra en su interior variables observables para cada una de las variables dependiente a lo largo de los años y_{it} , o en su caso, si el término constante incluye un único valor inmutable en su interior un término. Ante este comportamiento de los datos el MDP requerirá realizar una regresión de manera similar a una estimación por Mínimos Cuadrados Ordinarios, o MCO.
- II. Si término constante z_i muestra en su interior variables no observadas y que no muestren una asociación con las variables x_{it} , éste último será un nuevo factor no que no puede ser observado y que incidirá en la variable dependiente y , sin que este esté se ajuste de manera sistémica con las variables independientes x , o que esta se incluya en el término de error. Con estas características el modelo econométrico que permitirá analizar correctamente la regresión será el de Mínimos Cuadrados Ordinarios con efectos aleatorios.
- III. Si término constante z_i muestra en su interior variables no observadas pero que si presentan una asociación con las variables x_{it} , se deberá optar por generar una regresión de Mínimos Cuadrados Ordinarios con efectos fijos (Ramoni y Orlandoni, 2013).

6.3.1.- Ventajas del uso del modelo de Datos de Panel.

Existen diversas motivaciones que han inspirado a un uso cada vez más frecuente de los modelos de datos panel (MDP): uno de ellos es el aceptar que existen complejidades para estimar modelos de comportamiento individual por medio de datos agregados de series de tiempo; otra motivación se encuentra en las posibles distorsiones que las diferencias individuales introducen en las estimaciones que resultan del ejercicio de encuestas (corte transversal); actualmente se cuentan con un mayor número de técnicas econométricas, así como de paquetería computarizada que facilita el manejo de



grandes cantidades de datos, al mismo tiempo, al contar con una mayor tecnología en cuanto al resguardo, manejo y análisis de los datos.

Existen diversas ventajas del uso de MDP, sin embargo, podemos destacar el poder considerar de una forma explícita la heterogeneidad no observable, disminuyendo la posibilidad de que aparezcan sesgo que por la naturaleza de esta heterogeneidad se genera, sin tener que recurrir a variables dicotómicas; otra ventaja se encuentra en un mejor aprovechamiento de la información; menor riesgo de colinealidad; permite estudiar dinámicas de ajuste, modelos con retardos, relaciones Inter temporales, modelos de ciclo de vida e intergeneracionales, permanencia en el tiempo de fenómenos como desempleo, pobreza; identifica y cuantifica efectos no posibles de detectar con datos de corte transversal o con series de tiempo (comparación de situaciones sin-con o antes-después de una intervención); permite construir y probar modelos de comportamiento relativamente más complejos sin recurrir a muchas restricciones (eficiencia técnica, cambio tecnológico, economías de escala); reducen sesgo de agregación, al recoger información de micro unidades (individuos, firmas, hogares), aumentando la precisión de las estimaciones. Los problemas que se pueden presentar son los inherentes a toda muestra: cobertura, datos faltantes, espaciamiento, sesgos temporales, errores de medida, auto-selección, atrición (Baltagi, 1995; Wooldridge, 2002).

6.4 - Modelo de Mínimos Cuadrados Dinámicos (DOLS)²⁴

Este modelo DOLS fue propuesto por Stock y Watson en el año de 1993. Dichos autores proponen especificar el modelo de la siguiente manera:

Partiremos del supuesto de que exista una relación a largo plazo entre dos variables, una dependiente y y otra independiente x . Expresada mediante la siguiente ecuación (Stock y Watson, 1993):

$$\hat{y}_t = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 x_t + \hat{u}_t$$

²⁴ Por sus siglas en ingles.



Donde: $\widehat{\beta}_0$ y $\widehat{\beta}_1$ son parámetros de largo plazo

En la que $y_t \Delta x_t \sim I(1)$; $u_t \sim I(0)$. Es decir, se asume que la relación entre las variables estudiadas se da al largo plazo por lo que son integradas de orden 1, y que el término de error es integrado de orden 0. Conforme a lo anterior Stock y Watson (1993), plantean un modelo econométrico bajo la siguiente especificación:

$$\widehat{y}_t = \widehat{\beta}_0 + \widehat{\beta}_1 x_t + \widehat{\delta} \sum_{j=-q}^r \Delta x'_{t+j} + \widehat{u}_t$$

A la ecuación anterior se le adiciona un componente aumentado $\Delta x'_{t+j}$, mismo que, se trata de la variación de la variable explicativa expresada en diferencias, pudiendo incluir a esta variable los adelantos o los rezagos expresados por r y q , respectivamente, que hará posible generar inferencias respecto de la relación en el largo plazo que existe entre x y y expresado por el parámetro β_1 . Cabe hacer mención que tanto los adelantos como los rezagos se pueden producir automáticamente por medio de los criterios de información Akaike (AIC) o criterios de Schwarz (SBIC) (Stock y Watson, 1993).

Este modelo permitirá realizar la regresión que explique la relación entre las variables propuestas para esta investigación, explicando así la relación al largo plazo de estas. En el siguiente capítulo se abordará de manera específica las variables que se emplearán en el modelo econométrico de esta tesis.



CAPÍTULO 7.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El apartado siguiente presenta la modelación de las variables explicativas y explicada, mediante el modelo de datos de panel de Mínimos Cuadrados Dinámicos o DOLS por sus siglas en inglés. Con la finalidad de conocer las relaciones que al largo plazo puedan tener las variables analizadas en el modelo propuesto. Este tipo de modelos econométricos representarán una relación a largo plazo de sus variables y no una causalidad como tal.

7.1.– Las variables empleadas en la investigación.

El modelo propuesto para esta investigación considera variables sanitarias por el periodo comprendido del año 2000 al 2020. Cada una de las variables se analiza en las 31 entidades federativas y la Ciudad de México. Así mismo, la variable dependiente, el índice de salud, fue calculado mediante las metodologías propuestas por el PNUD.

7.1.1.– La variable dependiente.

El PNUD propone una forma en la cual se puede cuantificar el avance de las naciones mediante el IDH. Este indicador se conforma de 3 componentes: la esperanza de vida, el nivel de educación y el nivel de ingreso. Este índice se calcula y publica con una periodicidad anual en sus informes anuales. Los informes permiten evaluar el bienestar de un estado comparando sus avances a lo largo del tiempo y entre las diferentes naciones.



7.1.1.1.- Índice de salud estatal.

La presente investigación emplea al índice de salud (IS), el cual se basa en la expectativa de vida al nacer, como el principal indicador del bienestar sanitario. Como se ha mencionado, el IS se calcula de manera anual para México como país. Sin embargo, esta investigación busca analizar al Estado mexicano mediante cada una de las entidades federativas. Para este fin, se analizaron las publicaciones que el PNUD realizó en México en la que se publicaron el IS por estado. Al interior de la publicación Índice de Desarrollo Humano para las entidades federativas, México 2015 (2015), contenía el IS para cada estado, pero únicamente para los años 2008, 2010 y 2012. Los datos publicados resultan insuficientes para el periodo de tiempo que se propone analizar, haciendo necesario realizar el cálculo del IS con los cuales generar modelo econométrico.

Con el fin de obtener las cifras del IS del 2001 al 2020, se hará el cálculo de estas. El PNUD propone en sus notas técnicas la metodología a emplear para la obtención del Índice de Desarrollo Humano. Dicha nota señala el cálculo de cada una de las dimensiones que componen al índice de desarrollo humano. Hablando específicamente de la dimensión de salud, se establecieron como valor máximo²⁵ (85 años) y como mínimo²⁶ (20 años). Mediante estos valores mínimos internacionales y la esperanza de vida al nacer, medida en años, se obtiene un factor que va desde 0 a 1, por lo que, cuanto más se acerquen a la unidad las regiones estarán más próximas a lograr el valor máximo esperado (PNUD, 2020).

Conforme lo anterior, se realizaron los cálculos para cada una de las entidades federativas por el periodo comprendido del 2000 al 2020. La fórmula descrita por el PNUD requiere la esperanza de vida, la cual, se obtuvo de los datos publicados en la página de internet de la CONAPO (2020). Conforme a la metodología se obtuvieron los valores del IS requeridos. A continuación, se mostrará, a manera de ejemplo, cómo fue obtenido el Índice de Salud en el año 2020 para la entidad federativa de Michoacán de Ocampo.

²⁵ Se da este valor debido a que es la expectativa por parte de las naciones para alcanzar esta esperanza de vida (PNUD, 2020).

²⁶ Este valor se estableció puesto que en el siglo 20 ninguna de las mediciones de las expectativas de vida es inferiores a 20 años (PNUD, 2020).



Tabla 24. Datos para el cálculo del Índice de Salud Estatal de Michoacán 2020.

EJEMPLO: MICHOACÁN DE OCAMPO 2020

Esperanza de vida al nacer ^a	74.87
Expectativa de vida valor máximo ^b	85
Expectativa de vida valor mínimo ^b	20

Nota: a Dato obtenido de la página web de la CONAPO (CONAPO, 2020)

b valores propuestos por el PNUD (PNUD, 2020)

Fuente: elaboración propia.

$$\text{Índice de salud}_{Mich-20} = \frac{74.87 - 20}{85 - 20}$$

$$\text{Índice de salud}_{Mich-20} = 0.844$$

En una primera instancia, se realizó la comparativa entre el índice de salud publicado por el PNUD en 2015 y el índice de salud calculado estos presentan valores idénticos, mostrando que fue empleada correctamente la metodología del PNUD. En una segunda etapa, se procedió a realizar los cálculos para los años restantes.

En el numerador se encuentra la esperanza de vida al nacer, el cual se obtuvo de la base de datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2020). A la par, los datos empleados de expectativa de vida tanto máximos como mínimos, son los propuestos por el PNUD en el 2020.

7.1.2.– Variables independientes.

Lo concerniente a las variables explicativas, estas fueron obtenidas del sitio web de la Secretaría de Salud para cada una de las dimensiones parametrizadas en México: condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, eficiencia y sustentabilidad. Esta investigación emplea variables del rubro de condiciones de salud: la incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años. En lo relativo a disponibilidad y accesibilidad se empleó el indicador: Médicos generales y familiares por cada mil



habitantes. En lo concerniente a la eficiencia se tomaron los indicadores de: intervenciones quirúrgicas por mil habitantes; promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente. Y, por último, en la sustentabilidad se modeló el indicador de: gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total.

7.1.2.1.- Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes.

A lo largo de esta investigación se ha establecido los avances del sistema sanitario en México en las últimas 4 administraciones. Las evoluciones en materia de sanidad incluyen la ampliación a la cobertura de los servicios de salud hasta alcanzar una universalidad en estos servicios.

En México, se tiene un indicador de nombre intervenciones quirúrgicas por mil habitantes. Este indicador plasma los procesos efectuados en los nosocomios, principalmente en instituciones especializadas o generales. Las operaciones quirúrgicas forman parte medular de los servicios médicos.

El indicador propuesto por la Dirección General de Información en Salud se calcula de manera anual para cada una de las entidades federativas. Este parámetro busca dejar de manifiesto la cantidad de cirugías por persona, mostrando la oferta de cirugías con relación a la media de la población del área geográfica, estableciendo así el número potencial de personas que puedan atenderse.

La OMS sostiene que alrededor del mundo se realiza un número mayor a 234 millones de tratamiento quirúrgicos. Algunas de estas atenciones son: alumbramiento obstruido, defectos congénitos, padecimientos cancerígenos, las complicaciones diabéticas, padecimientos cardiacos, cataratas, atención a lesiones causadas por incidentes de tráfico y caídas (Asamblea Mundial de la Salud, 68, 2015).

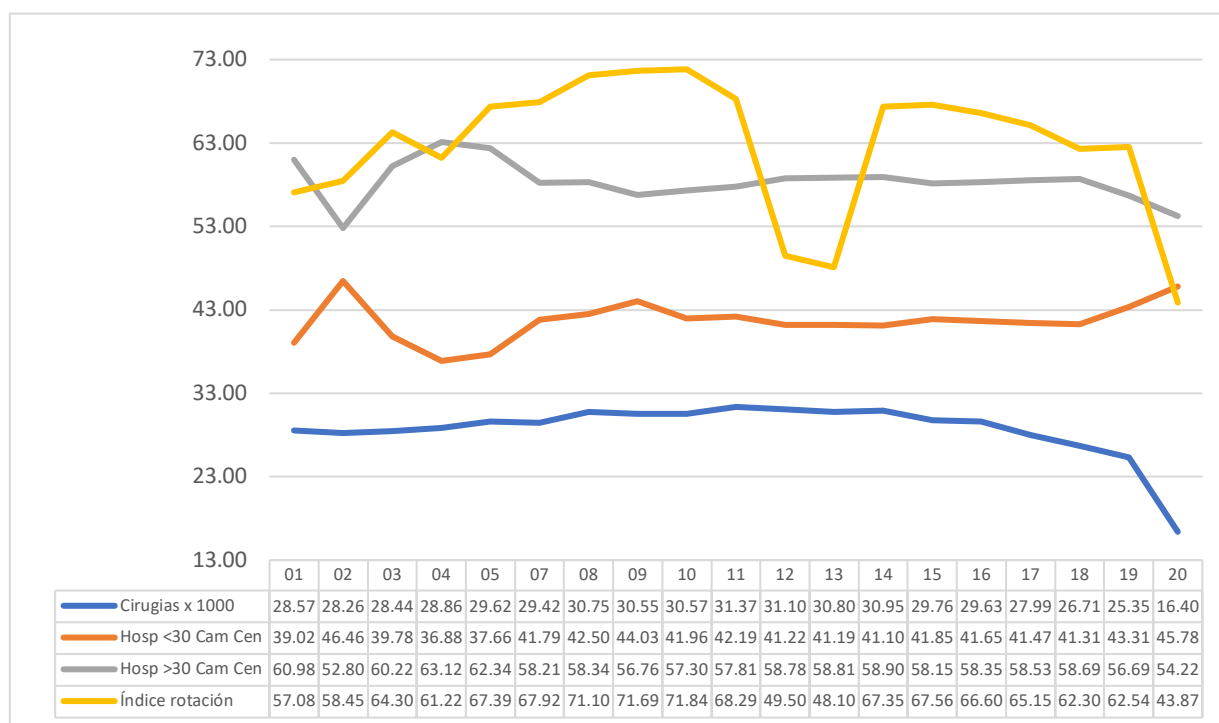
La OMS considera que un aumento en las capacidades quirúrgicas resulta altamente benéfico con relación a los costes y los beneficios obtenidos. Al mismo tiempo, se aprecia que al aumentar las inversiones en esta materia reducirá la morbilidad. El



análisis del costo-beneficio llega a ser de 10 a 1, en otras palabras, por cada dólar que los estados invierten en infraestructura quirúrgica, trae como consecuencia 10 dólares más en la productividad que los individuos más saludables alcanzan (Asamblea Mundial de la Salud, 68, 2015).

En México el número de cirugías ha presentado una disminución desde el año de 2019 hasta el 2020. Sin embargo, esta baja puede ser explicada al analizar en conjunto las inversiones en hospitales más pequeños, que no necesariamente tienen inversiones en sus capacidades quirúrgicas. Por último, el índice de rotación muestra la cantidad de egresos de los hospitales, relacionado con el número de camas censables disponibles. A continuación, se presenta la figura número 21, donde se aprecian estas tendencias.

Figura 21. Comparativo de intervenciones quirúrgicas, inversión en hospitales y rotación de hospitales.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Secretaría de Salud (2022).



Es evidente que se requiere incidir de forma tal, que permita revertir la tendencia negativa. Para este fin, se propone una mayor asignación presupuestal en capítulo 6000, inversión en obra pública, que permita la construcción y equipamiento de los quirófanos.

Si bien es cierto, existen partidas del presupuesto de egresos de la secretaría de salud en la obra pública, como se aprecia en la figura 21, la inversión no ha impactado directamente en los quirófanos o el equipamiento de estos. Se hace necesario el análisis de este indicador con relación al índice de salud y la relación de esta variable en el largo plazo.

7.1.2.2.- Médicos generales y familiares por cada mil habitantes.

La OMS ha puesto en marcha la estrategia mundial en la que se busca fortalecer al personal encargado de la atención médica. Lo anterior quedo de manifiesto en la resolución WHA69.19 2016 (2016), aquí se llegó al acuerdo de incrementar los presupuestos destinados al personal de salud, en lo concerniente al empleo, capacitación y promoción. Debido a que, se reconoce que son los recursos humanos como eje medular en materia sanitaria.

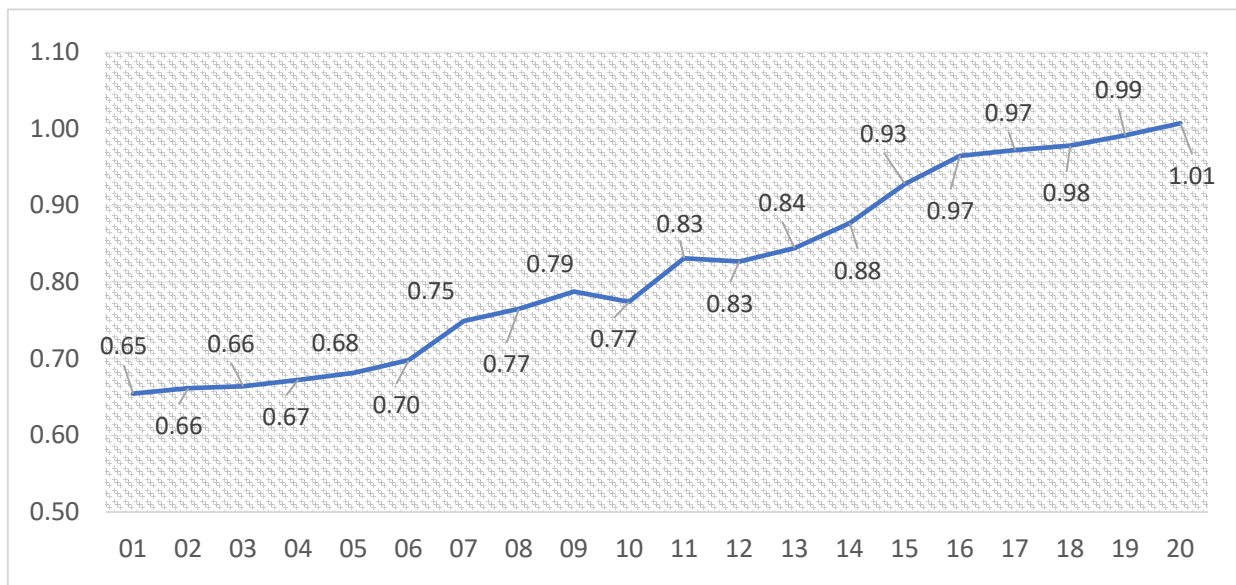
Surge así la necesidad de hacer mayores esfuerzos para retener y fomentar al personal médico cualificado. La OMS considera que, sin el auxilio de este sector se limitaría el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en los rubros educativo, sanitario, nutricional y de perspectiva de género, factores fundamentales en la lucha contra las desigualdades (United Nations, 2023).

En México, se cuenta con un indicador en materia de personal sanitario. Este indicador se calcula por la Dirección General de Información en salud, de manera anual para cada una de las entidades federativas. Este indicador, muestra el potencial con el que cuenta el SNS para dar respuesta a las demandas de servicios de salud que la sociedad exige. Del mismo modo, ofrece un parámetro que da a conocer el número de médicos con los que cuentan las entidades federativas en proporción a la cantidad de habitantes que aquí residen.



Al analizar este indicador a lo largo de los años, se muestra una tendencia positiva. El mismo muestra que, a nivel nacional, en el periodo comprendido entre 2001 al 2020, se ha incrementado en 0.35 médicos al contacto por cada mil habitantes. Esto puede apreciarse en la figura número 22.

Figura 22. Promedio nacional de médicos generales y familiares por cada mil habitantes.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Secretaría de Salud (2022).

La tendencia en la contratación del personal de salud puede considerarse como algo positivo, esto no necesariamente pudiese serlo. Por un lado, se tiene la visión de la OMS donde se hace hincapié en reforzar la contratación de personal, la figura 22 nos haría pensar que este objetivo se está cumpliendo en nuestro país. Sin embargo, al comparar este indicador contra el promedio de la OCDE, el indicador está muy por debajo del promedio de los estados miembro, siendo este de 3.5 médicos por cada mil habitantes. Lo anterior deja de manifiesto la importancia de analizar la relación entre esta variable y el índice de salud.



7.1.2.3.- Promedio diario de consultas por médico en contacto con el paciente.

Las consultas es uno de los principales bastiones en materia de salud. Si bien es cierto, el número de consultas es importante, para organismos supranacionales como la OMS, la OCDE y el BM (2020), resulta más importante el apostar a la calidad en los servicios de salud. Para estos organismos, la calidad, es el nivel en el que se presta atención médica a las personas incrementando la posibilidad de tener efectos favorables en su salud, estos resultados están ligados a la aptitud que los médicos posean (OMS, OCDE y BM, 2020)

La OCDE (2013), considera que las consultas médicas se pueden prestadas a los pacientes en lugares muy diversos, como en los consultorios particulares de los médicos, en un espacio físico ubicado en el interior de los nosocomios y en algunas circunstancias especiales en la vivienda del paciente. En múltiples estados en Europa, los pacientes se dirigen con los médicos generales para su atención ante cualquier padecimiento. Estos médicos de cabecera los canalizan, en caso de requerirlo, con un especialista. En la otra cara de la moneda se encuentran países como Corea, japon o Austria, donde en enfermo puede acudir sin limitación alguna con el especialista.

Si bien es cierto el número promedio de consultas pudiese considerarse como una medida de productividad de los médicos, este promedio esta influido por múltiples factores. En países donde la contratación del servicio médico se retribuye por honorarios, resulta más común que se cuenten con números superiores al promedio en las consultas, mientras que, en los estados donde la contratación del personal se da de forma subordinada al patrón, como en el caso de México, se presentan tasas inferiores al promedio. Existe además un tercer grupo como en Estados Unidos donde los pagos al personal se dan mediante honorarios, que presentan tasas inferiores al promedio, esto muestra que existen más factores que influyen en este indicador (OCDE, 2013).

La investigación de Bourgueil et al. (2006), concluyó que en Suecia su baja tasa en el indicador de consultas médicas puede ser explicado por el rol que las enfermeras tienen

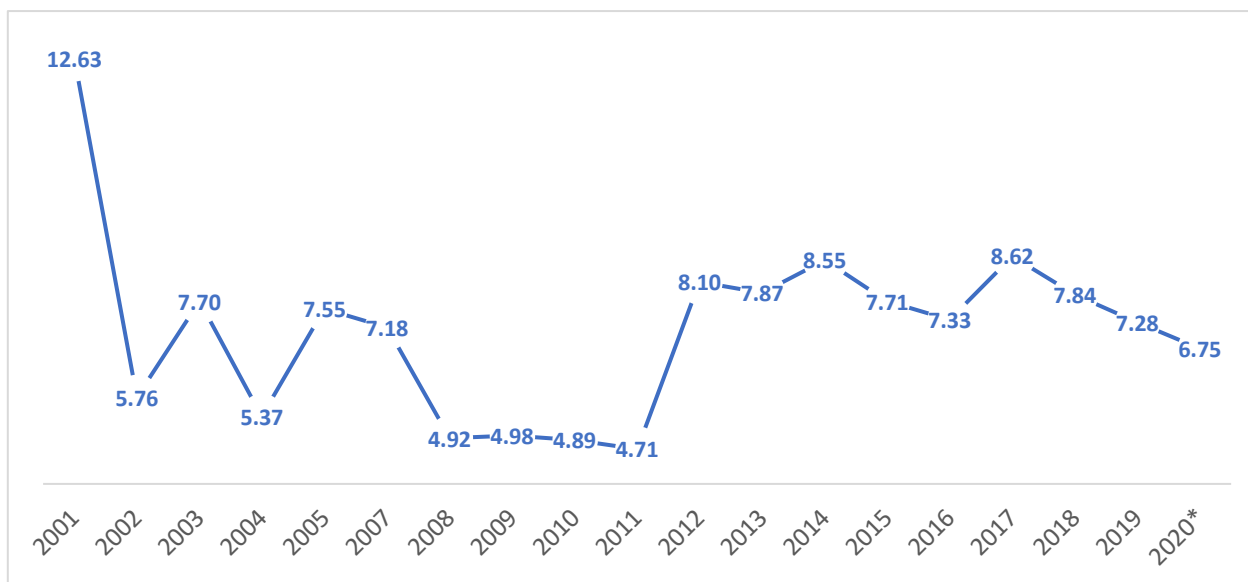


en el sistema sanitario de este país, dado que brindan atención a los pacientes evitando que estos asistan con su médico.

Lo anterior, deja de manifiesto la complejidad de este indicador. En México se tiene un indicador encargado de calcular el promedio diario que consultas. Dicho indicador, se realiza de manera anual por la Dirección General de Información en Salud para cada entidad federativa. Este indicador incluye a los médicos generales, familiares y pasantes de medicina en contacto con el paciente de la Secretaría de Salud, el IMSS–Bienestar, los universitarios, el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, METRO, Servicios Médicos Estatales, Servicios Médicos Municipales.

Este parámetro tiene una gran importancia, dado que, se trata del primer acercamiento de los pacientes ante algún padecimiento, que, en caso de tratarse de forma adecuada, evitaría enfermedades más severas que limiten a los individuos de realizar sus labores en sus puestos de trabajo o de restringir sus actividades cotidianas. Lo anterior, resulta preocupante que en México este promedio se haya desplomado a lo largo de los años, esto queda en evidencia en la figura 23.

Figura 23. Promedio nacional diario de consultas médicas.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Secretaría de Salud (2022).



Resulta evidente el desplome del número de consultas que ha tenido México en los últimos años, que, si bien había mostrado un ligero repunte en 2012, aun estábamos lejanos a los promedios que se venían dando en el 2001. Si bien es cierto, este índice no debe pensarse como un parámetro de productividad, si muestra un retroceso en lo concerniente a la atención primaria de padecimientos a nivel nacional.

Como se ha mencionado este es un parámetro en el que convergen múltiples factores, México presenta la contratación asalaria del personal médico lo cual per se nos hace pensar en niveles por debajo del promedio de la OCDE²⁷. Sin embargo, nuestro sistema de salud no está desarrollado como el de Suecia, donde las enfermeras resultan el principal motor de la atención primaria. Todo lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer la capacidad hospitalaria que permita aumentar el número de consultorios médicos, con el fin de, promover la atención primaria de los padecimientos en México.

7.1.2.4.- Incidencia de desnutrición en menores de cinco años.

La OMS concibe esta afección en un término más amplio denominado malnutrición. Este concepto alude a las insuficiencias y disparidades en el consumo de calorías o nutrientes de los individuos. La malnutrición, comprenden tres categorías: a) la desnutrición, aquí se consideran la emaciación²⁸, el retraso del crecimiento²⁹ y la deficiencia ponderal³⁰. b) Malnutrición, este concepto guarda una relación con los micronutrientes³¹ ya sea por la falta de estos por sus excedentes en el organismo. c) El sobrepeso y los padecimientos no transmisibles que se puedan adquirir por una alimentación deficiente (OMS, 2023).

La desnutrición de los infantes resulta más peligrosa, puesto que, este sector de la población es más susceptible a contraer trastornos de salud y en algunos casos la muerte.

²⁷ El promedio de la OCDE para el año 2021 es de 6.8 (OECD, 2023).

²⁸ Se refiere al peso deficiente con relación a la talla (OMS, 2023).

²⁹ Talla inadecuada con relación a la edad (OMS, 2023).

³⁰ Peso inadecuado con relación a la edad biológica (OMS, 2023).

³¹ Se refiere a las vitaminas y minerales (OMS, 2023).



La emaciación, permite establecer que un individuo no ha comido las cantidades requeridas. En los infantes la emaciación moderada o grave, puede causar la muerte de forma más acelerada que en alguien mayor, sin embargo, es posible tratarse por parte del estado (OMS, 2023).

En 2015, La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueban la creación de la Agenda 2030, que busca que los miembros puedan alcanzar un Desarrollo Sostenible. Al interior de la agenda, se propone erradicar los diferentes tipos de malnutrición en cualquier etapa de la vida. Se pretende que las personas puedan adquirir alimentos inocuos y nutritivos que permitan la ingesta necesaria de nutrientes esenciales (Naciones Unidas, 2015).

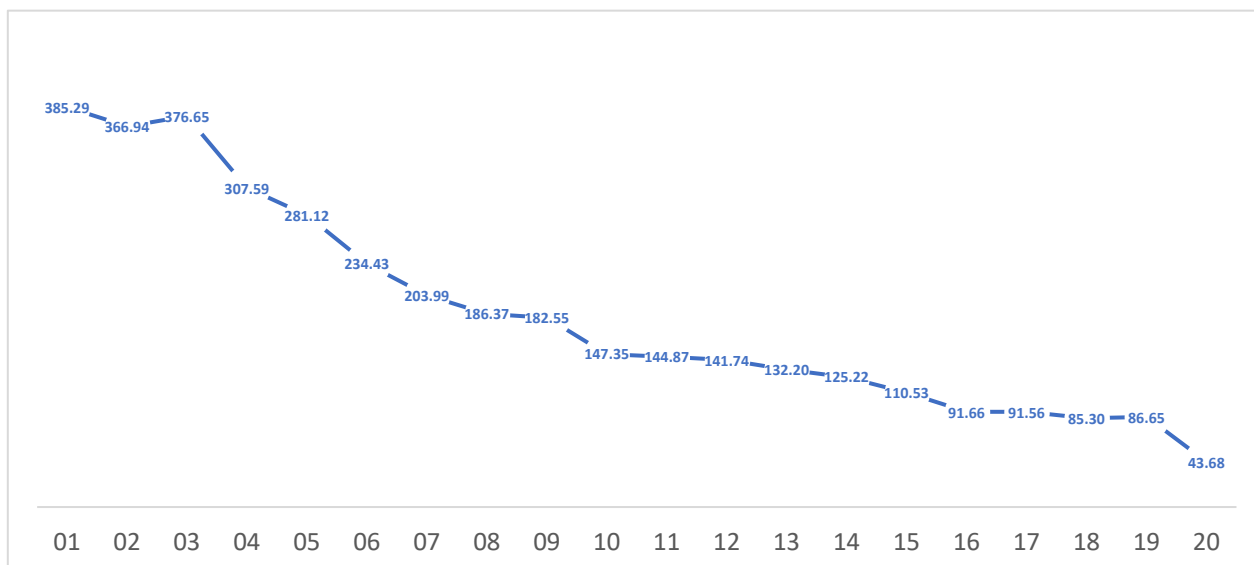
La Agenda 2030 en la meta segunda se tiene como finalidades el erradicar la hambruna, alcanzar la seguridad alimentaria y el perfeccionamiento en la nutrición. En esta agenda los estados miembros combatan la desnutrición en los infantes, lo que tendrá como efecto la reducción en la mortalidad infantil y disminución en futuras enfermedades no transmisibles como hipertensión y diabetes (Naciones Unidas, 2015).

A nivel mundial 52 millones de infantes que tienen 60 o menos meses de vida, tienen algún grado de emaciación. De esta cifra 17 millones de niños presentan una emaciación grave. Algunas de las consecuencias más preocupantes se ven materializadas en que 155 millones de infantes padecen retrasos en su crecimiento; así mismo, alrededor del 40% de los lactantes, en sus primeros 6 meses de vida, tienen únicamente como alimento la leche materna, haciendo falta alimento adicional que otorgue los nutrientes suficientes para su desarrollo (OMS, 2023).

México al ser un estado miembro de la OMS y la ONU, se ha sumado a la lucha en contra de la desnutrición. Encontramos evidencia de esto en el indicador llamado: Incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años. Este indicador se realiza de manera anual por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud para cada entidad federativa. Este indicador pretende cuantificar el nivel de emaciación en México, reconociendo el gran problema que la malnutrición y buscando reducir estas problemáticas. Lo anterior puede verificarse en la figura 24.



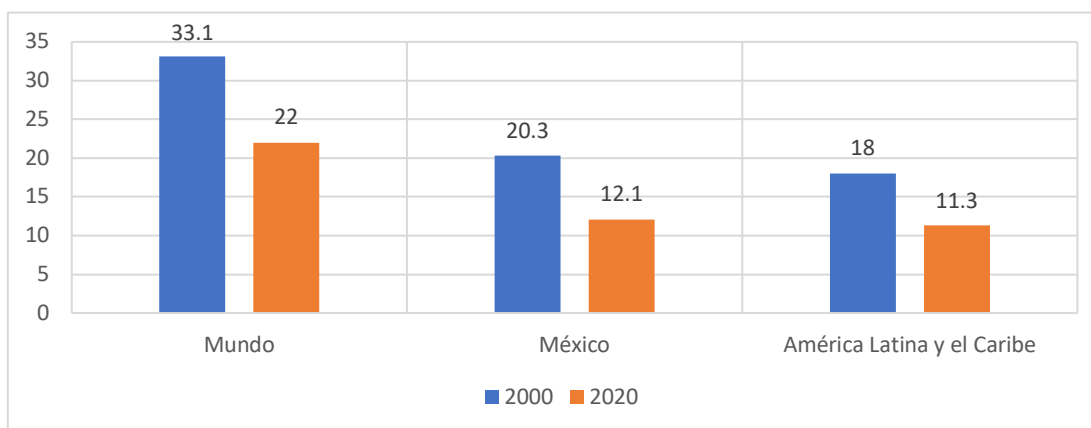
Figura 24. Promedio nacional de desnutrición infantil en México.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Secretaría de Salud (2022).

Resulta evidente que las políticas para combatir la emaciación han mostrado buenos avances. Si únicamente nos concentrásemos en la figura anterior nos muestra un gran avance en la reducción en este indicador, sin embargo, debemos analizar alguno de los principales efectos adversos el retraso en el crecimiento. Mostremos una comparativa de México y los promedios mundiales y en américa latina en la figura 25.

Figura 25. Retraso en el crecimiento como porcentaje de niños menores de 5 años.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del tablero de los indicadores básicos de la OPS (2023).



Las comparativas de la figura anterior, muestran que, si bien es cierto, la cifras en México están por debajo en el retraso en crecimiento a nivel mundial, al compararlo con la región de américa latina, un se está por encima del promedio. Cabe destacar que en un par de décadas este indicador se ha reducido en 8 puntos porcentuales, se requiere redoblar esfuerzos para estar en porcentajes inferiores a los mostrados en América Latina.

7.1.2.5.- Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total.

El monto erogado en materia de salud destinados a cubrir los requerimientos sanitarios tanto de los individuos como de la sociedad en general va evolucionando a lo largo de los años. Estos gastos, están supeditados a múltiples factores económicos, poblacionales y sociales, a la par de los presupuestales y de organización de los sistemas sanitarios (OCDE, 2019).

Durante el periodo comprendido entre los años de 1990 al 2000, los estados miembros de la OCDE gozaron de una expansión económica y por ende un progresivo aumento en el monto destinado al gasto en sanidad. Todo esto cambió al llegar el año 2008, debido a la crisis financiera que sufrieran estas mismas economías, durante esos años el gasto en salud quedo prácticamente estancado. Sin embargo, existe un evento que lo cambiaría todo, el COVID-19. Por un lado, las economías se cerraron existiendo una parálisis en el sistema económico repercutiendo en el PIB de los Estados, y por el otro lado, el gasto en salud tiene a aumentarse exponencialmente debido a las necesidades ante la pandemia. Es de esperar que la relación directa que se tenía entre PIB y gasto en salud se ajusten sustancialmente (OCDE, 2021).

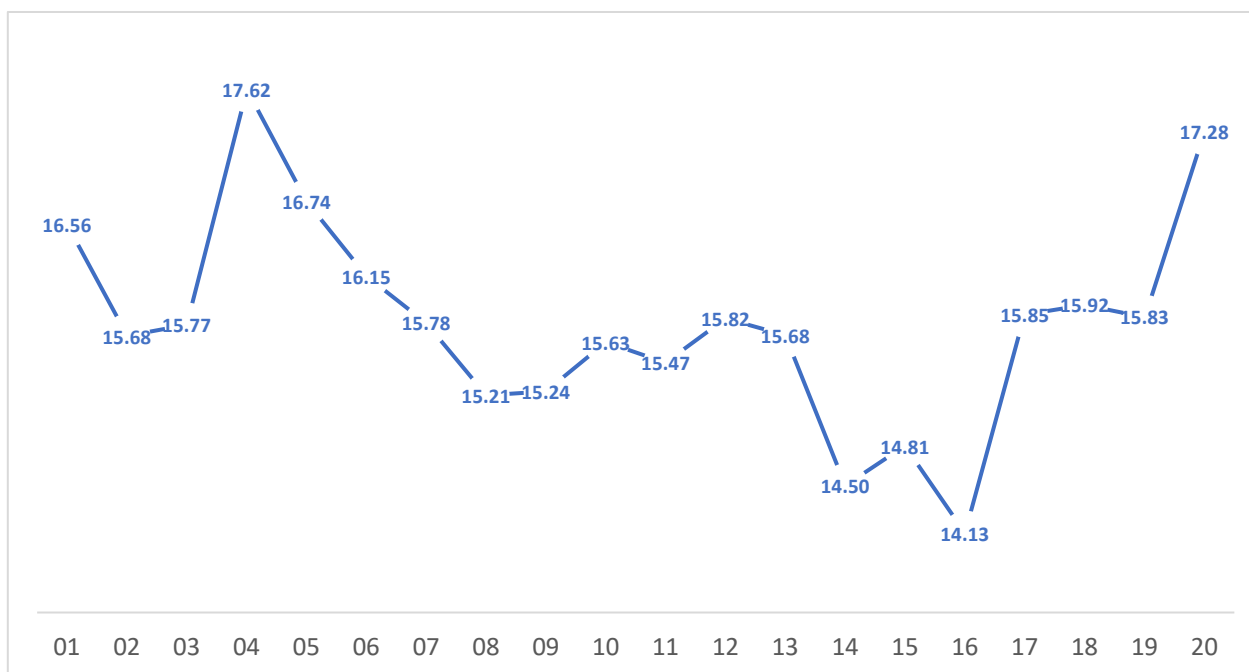
Hasta el año 2019, previos a los sucesos pandémicos del COVID-19, los estados miembros de la OCDE tuvieron una media de erogaciones en salud de aproximadamente 8.8% con relación a su PIB. En este mismo periodo, encontramos al tope de gasto en salud a Estados Unidos con un 16.8%, seguido por Alemania con un 11.7%. a continuación, se tiene un segmento de estados con altos ingresos que en promedio



invertieron más del 10% de su PIB. Continuando con la lista, se insertan 12 países que tuvieron un gasto de salud entre el 8 y el 10%, aquí destacan Brasil y Sudáfrica. Muy alejado del promedio de los estados miembros se encuentran las naciones que invierte en gasto sanitario menos del 6% de su PIB, siendo en este renglón donde se ubica México (OCDE, 2021).

México es un estado que no invierte en salud una cantidad grande con relación a su PIB. Uno de los indicadores del gasto en salud el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, este indicador es realizado por la Dirección General de Información en Salud, este se formula de manera anual para cada uno de los estados. Este indicador se integra por el gasto del ramo 12³², 33³³ y 19³⁴, IMSS–Oportunidades, el gasto en salud estatal y el gasto para la población sin seguridad social. A continuación, se mostrará en la figura 26 la evolución de este indicador.

Figura 26. Promedio nacional del gasto en salud como porcentaje del gasto total.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la Secretaría de Salud (2022).

³² Gasto de la Secretaría de Salud

³³ Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

³⁴ Aportación a la Seguridad Social



El gasto público en salud ha venido mostrando, en términos generales, un notorio descenso, esto nos lleva a concluir que el gasto no es el suficiente para que el Estado tenga la capacidad de salvaguardar el derecho de los ciudadanos mexicanos a la salud. En este punto, resulta conveniente analizar el gasto en salud con relación a los países a nivel mundial y aquellos que conforman América Latina mediante el gasto público en salud per cápita de 2019. Aquí México gastó 540.40 dólares, cifra que se encuentra muy por debajo del promedio mundial, 1,115.00 dólares, y de América Latina, 662.60 dólares (The World Bank, 2023).

Resulta evidente que el gasto en salud en México es escaso, por lo que se requiere innovar con el monto que cada entidad federativa puede obtener. Esto deja en evidencia la importancia del indicador y del análisis de este con relación al índice de salud en el largo plazo.

Las variables seleccionadas se analizaron mediante el modelo econométrico DOLS para conocer si estas variables pueden correlacionarse, explicando la relación a largo plazo planteadas por Stock y Watson (1993). A continuación, se describirá el modelo econométrico y los resultados que este arroja.

7.2.– Desarrollo del modelo econométrico DOLS.

De conformidad a la propuesta de Stock y Watson descrita en el apartado 6.4 se da por sentada la relación a largo plazo de las variables estudiadas, en otras palabras, se hace necesario el realizar las pruebas de raíz unitaria a cada una de las variables sujetas a revisión. A continuación, se muestran los resultados obtenidos:

7.2.1.- Pruebas de Raíz unitaria.

El modelo DOLS considera el supuesto de que las variables estudiadas requieren ser integradas de orden 1. Por lo anterior, se procede a conocer que orden de integración



corresponde a cada variable sujeta a revisión. Se realizan las pruebas de Levin-Lin-Chun y la prueba de Im-Pesaran-Shin. Estas pruebas tienen como hipótesis nula el que los paneles tienen raíces unitarias. A continuación, se mostrarán los resultados de las pruebas de raíz unitaria:

Tabla 25. Pruebas de raíz unitaria a niveles.

Variables	Levin-Lin-Chu		Im-Pesaran-Shin	
	Estadístico	Probabilidad	Estadístico	Probabilidad
log_ISE	0.1579	0.5627	2.4855	0.9935
log_Des_5	2.4775	0.9934	6.1744	1.0000
log_CiruX1000	26.308	1.0000	13.3582	1.0000
log_Consultas	4.0406	1.0000	1.3880	0.9174
log_Med_GenX1000	-1.2870	0.0991	2.0754	0.9810
log_Gto_Pob_Aseg	-0.1412	0.4439	1.0199	0.8461

Nota: Fuente: Elaboración propia empleando el programa estadístico Stata 16

Se puede apreciar en los resultados de las pruebas muestran valores superiores a 0.05; por esta razón, se acepta la hipótesis nula, queriéndonos decir que los paneles presentan raíces unitarias de las variables a nivel.

Partiendo de los resultados anteriormente obtenidos, se procedió a analizar las variables en su primera diferencia. Lo anterior, con el fin de comprobar el supuesto del modelo de que las variables son integradas de orden 1, en otras palabras, se requiere que las variables que se modelarán sean estacionarias en ese nivel. A continuación, se presentan los valores obtenidos al aplicar las pruebas de raíz unitaria a la primera diferencia de las variables:

Tabla 26. Resultados de pruebas de raíces unitarias a la primera diferencia.

Variables	Levin-Lin-Chu		Im-Pesaran-Shin	
	Estadístico	Probabilidad	Estadístico	Probabilidad
log_ISE	-6.6493	0.0000	-10.5032	0.0000
log_Des_5	-5.8701	0.0000	-12.8091	0.0000
log_CiruX1000	-9.5386	0.0000	-13.0154	0.0000
log_Consultas	-9.5386	0.0000	-13.0154	0.0000
log_Med_GenX1000	-7.0292	0.0000	-10.9296	0.0000
log_Gto_Pob_Aseg	-6.5723	0.0000	-12.2577	0.0000

Nota: Fuente: Elaboración propia empleando el programa estadístico Stata 16



Los resultados obtenidos en esta prueba muestran que las variables en su primera diferencia son estacionarias. Podemos observar en la tabla anterior que los P-valores son inferiores a 0.05. Por tal motivo, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, esto nos indica que las variables son estacionarias en su primera diferencia.

Una vez que se cumple con el supuesto del modelo de integración de las variables de orden 1, propuesto por de Stock y Watson, se procede a realizar las pruebas de cointegración de estas variables para conocer si estas presentan relaciones a largo plazo.

7.2.2.- Pruebas de Cointegración.

El procedimiento subsecuente son las pruebas de cointegración. Previamente quedo establecido el grado de integración de las variables, el cual es de orden 1, el siguiente paso a seguir será el conocer si estas tienen una relación en el largo plazo. A continuación, se presentarán los resultados que se obtuvieron en las pruebas de Pedroni y Westernlud para el modelo de datos de panel propuesto en esta investigación. Al interior de la tabla 27 se presentan los valores estadísticos obtenidos.

Tabla 27. Resultados de la prueba de cointegración de Pedroni.

Concepto	Estadístico	Probabilidad
Relación de varianza modificada	-6.7022	0.0000
Estadístico t Modificado Phillips-Perron	2.7667	0.0028
Estadístico t Phillips-Perron	-3.4278	0.0003
Estadístico t Dickey-Fuller	-6.0768	0.0000

Fuente: Elaboración propia empleando el programa Stata 16.

Los resultados estadísticos de las variables sujetas a revisión conforme a los P-valores son inferiores al 0.05, por lo que, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa indicando que las variables cointegran a largo plazo. Por otro lado, se pueden analizar otras pruebas de cointegración con el fin de verificar que las variables son



estables a lo largo del tiempo. La tabla 28 muestra la prueba de cointegración de Westerlund, obteniendo los siguientes estadísticos:

Tabla 28. Resultados de la prueba de cointegración de Westerlund.

Concepto	Estadístico	Probabilidad
Relación de varianza	4.6867	0.0000

Fuente: Elaboración propia empleando el programa Stata 16.

El estadístico arroja un P-valor de 0.0000, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Lo anterior implica que algunos de los paneles están cointegrado.

7.2.3.- Modelo econométrico DOLS.

De conformidad a la propuesta de Stock y Watson descrita en el apartado 6.4 existe una relación al largo plazo en las variables revisadas. Lo anterior quedó plasmado en el apartado 7.2.2. A continuación se presentará el modelo econométrico a fin de conocer si en lo general o en lo individual el modelo es significativo:

Tabla 29. Modelo estadístico DOLS.

		R-squared = 0.8735
		Adj R-squared = 0.8278
Variables	Coeficiente	Probabilidad
log_Des_5	-0.0101596	0.000
log_CiruX1000	0.0276331	0.000
log_Consultas	0.0222357	0.000
log_Med_GenX1000	0.0136705	0.000
log_Gto_Pob_Aseg	0.0081491	0.015

Fuente: Elaboración propia empleando el programa estadístico Stata 16, con la rutina de Diallo Ibrahima Amadou³⁵

Nota: log_Des_5: Incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años

log_CiruX1000: Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes

³⁵ El autor adaptó el procedimiento original de Kao y Chiang (2002), mediante el uso de la programación Mata de Stata. Por lo que, los errores o imperfecciones que existieran en los cálculos son responsabilidad del autor.



log_Consultas: Promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente
log_Med_GenX1000: Médicos generales y familiares por mil habitantes
log_Gto_Pob_Aseg: Gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total.

Los resultados obtenidos mediante el modelo DOLS señala que en lo general las variables modeladas resultan significativas ($\text{Prob} > \chi^2 = 0.0000$). Así mismo, en lo individual cada una de las cinco variables explicativas modeladas, resultan también significativas. En términos generales cada una de las “X” propuestas permiten explicar al índice de salud por entidad Federativa por el periodo de 2001 a 2020.

7.2.4.- Análisis de los residuales del modelo DOLS.

Por último, de conformidad a lo planteado por Stock y Watson (1993), los residuales de la regresión del modelo DOLS deberá ser normalmente distribuidos para que pueda considerarse que el modelo da cumplimiento con los supuestos establecidos para esta regresión. Empleando el software Stata 16, se realizó la regresión del modelo DOLS, así como el cálculo de los residuales que el modelo genera, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 30. Análisis de los residuales del modelo DOLS.

Variable	Observaciones	Probabilidad
Residuales	512	0.9158

Fuente: Elaboración propia empleando el programa estadístico Stata 16.

Analizando los resultados, se aprecia que el P-valor es de 0.9158, por lo cual, se acepta la hipótesis nula, de que los residuales están normalmente distribuidos. Partiendo de estos resultados, se puede establecer que existe una relación estable al largo plazo entre las variables seleccionadas y que los residuales obtenidos del modelaje son estacionarios a nivel.



7.3.– Interpretación de los resultados del modelo econométrico.

Los resultados de la regresión generada a los 32 grupos, 512 observaciones y 21 años (2000 al 2020), una variable dependiente y 5 independientes. Se eligieron estas variables debido a que son los indicadores sociales mediante los que se pretende valorar los avances en materia sanitaria. Los valores estadísticos que se obtienen mediante el modelo DOLS, son significativos evidenciando que estos indicadores son pertinentes para conocer los avances que se han venido dando en México al Índice de Salud Estatal.

Podemos decir que en lo particular cada una de las variables independientes son significativas, analicemos cada una de ellas en el orden en el que se muestran en la regresión:

- a) Incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años³⁶, tiene un p valor de 0.000 lo que se interpreta como que esta variable es significativa. Se aprecia que el coeficiente tiene un signo negativo, con un valor de 0.0101596. Lo que indica que se tiene una asociación significativa negativa con del índice de salud calculado para cada entidad federativa. En otras palabras, ante un decremento porcentual de la incidencia de desnutrición, se espera el índice de salud se incrementará en 0.010
- b) Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes³⁷, tiene un p valor de 0.000 lo que se interpreta como que esta variable es significativa. Se aprecia que el coeficiente tiene un signo positivo, con un valor de 0.0276331. Lo que indica que se tiene una asociación significativa positiva con del índice de salud calculado para cada entidad federativa. En otras palabras, ante un incremento porcentual en las intervenciones quirúrgicas, el índice de salud se aumentará en 0.028.
- c) Médicos generales y familiares por mil habitantes³⁸, tiene un p valor de 0.000 lo que se interpreta como que esta variable es significativa. Se aprecia que el coeficiente tiene un signo positivo, con un valor de 0.0222357. Lo que indica que se tiene una asociación significativa positiva con del índice de salud calculado para cada entidad

³⁶ Log_Des_5

³⁷ log_CiruX1000

³⁸ log_Med_GenX1000



federativa. En otras palabras, ante un incremento porcentual en número de médicos generales y familiares por cada mil habitantes, el índice de salud se aumentará en un 0.022.

- d) Promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente³⁹, tiene un p valor de 0.000 lo que se interpreta como que esta variable es significativa. Se aprecia que el coeficiente tiene un signo positivo, con un valor de 0.0136705. Lo que indica que se tiene una asociación significativa positiva con del índice de salud calculado para cada entidad federativa. En otras palabras, ante un incremento porcentual en el promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente, el índice de salud se aumentará en un 0.14.
- e) Gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total⁴⁰, tiene un p valor de 0.015 lo que se interpreta como que esta variable es significativa. Se aprecia que el coeficiente tiene un signo positivo, así como un valor de 0.0081491, lo que quiere decir que se tiene una asociación significativa positiva con del índice de salud calculado para cada entidad federativa. En otras palabras, ante un incremento porcentual del gasto público en salud para la población asegurada como porcentaje del gasto público total, el índice de salud se aumentará en un 0.01.

Ante lo anterior muestra que en el largo plazo las variables tienen relación entre sí, tales que, permitan obtener aumentos en el índice de salud al incidir directamente en las variables explicativas mejorando la salud de los individuos en cada entidad federativa. Este modelo muestra las variables que mayormente inciden en mejorar al índice de salud. Conforme a estos resultados, se tienen las herramientas suficientes para proponer una modificación a la política sanitaria actual. Esta propuesta será desarrollada en el capítulo siguiente.

³⁹ Log_Consultas

⁴⁰ log_Gto_Pob_Aseg



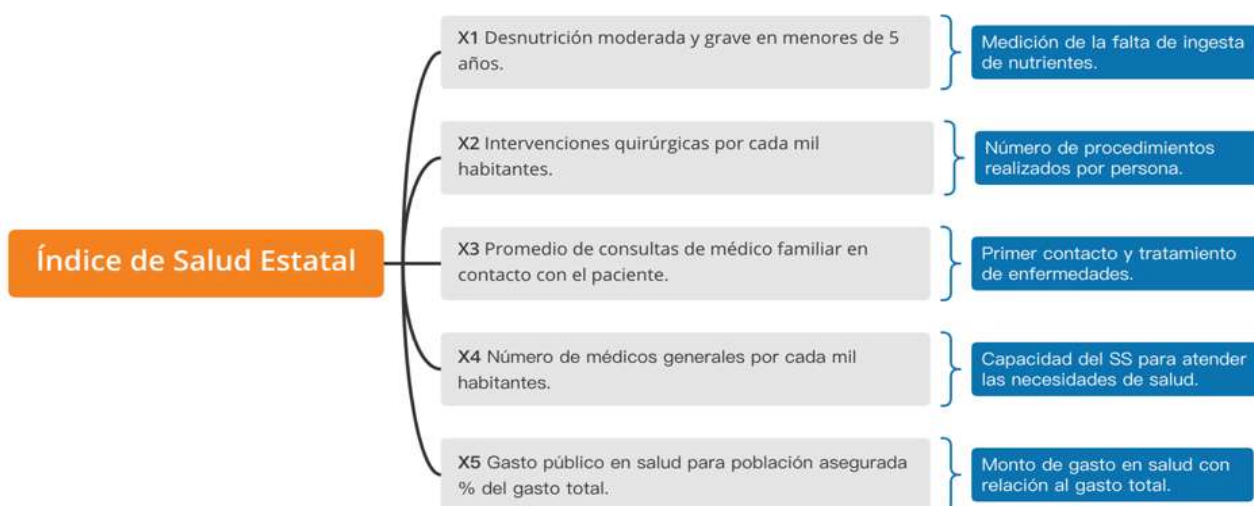
CAPÍTULO 8.- PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA SANITARIA.

Partiendo de los resultados obtenidos en la modelación econométrica, se propone realizar adecuaciones a la política sanitaria actual, con el fin de que, esta permita que los ciudadanos obtengan un mayor desarrollo humano. En este sentido, se propone una política en la que se desarrollen las variables que fueron modeladas en el capítulo 7.

En este capítulo, se propondrán las modificaciones a la política de salud tendientes a potencializar el bienestar sanitario en México. Serán analizadas cada una de las variables a fin de identificar cómo las políticas sanitarias se instrumentado para el fortalecimiento del bienestar de la población.

Una vez analizadas las variables mediante el modelo DOLS se conoció que la variable independiente que muestra mayor incidencia es el número de intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes, seguido por número de médicos generales y familiares por cada mil habitantes, en tercer lugar, se encuentra en número promedio de consultas médicas. Las variables analizadas en el modelo se interrelacionan conforme a la figura 27:

Figura 27. Esquema de las variables de investigación.



Fuente: Elaboración propia.



El modelo DOLS demostró la existencia correlacional entre las variables modeladas al largo plazo. Tomando como punto de partida los resultados obtenidos y la política sanitaria implementada por la presente administración, se encontró una falencia en sus indicadores para el seguimiento a las variables aquí modeladas. Por lo anterior, se proponen nuevos indicadores con el fin de potencializar y dar seguimiento a las políticas de salud en México.

8.1.– La agenda pública y la evaluación.

En una primera instancia se hace necesario identificar los problemas que requieran la acción del estado. En este sentido, corresponde al Estado identificar las exigencias que se tienen por parte de la sociedad, a fin de integrarlas en la agenda pública. Esta agenda es esencial ya que marcará la pauta mediante la cual el gobierno atenderán los problemas públicos (Corzo, 2020).

Existen tres modelos de agenda, la pública, política y de gobierno. La agenda pública, es el conglomerado de temáticas que las diferentes agrupaciones sociales pugnan para atenderse por el gobierno (Kingdon, 2011). La agenda política, se trata de las temáticas con la relevancia tal que ameriten el debate y atención de los políticos involucrados en las problemáticas de la sociedad. Por último, la agenda de gobierno es donde se concretan los planes y proyectos que se implementarán durante la administración pública (Corzo, 2020)

Una vez definidos los problemas, el estado actúa mediante las instituciones en una incidencia directa. Debemos entender que las instituciones públicas delimitarán el campo de acción estatal. En resumen, la agenda contiene los problemas públicos y la manera en la que estos serán abordados. Conforme a lo anterior, las instituciones permitirán establecer los objetivos y proveen los medios a emplear para lograrlos (Laswell, 1956; Birkland, 2001).

Tomando como punto de partida los resultados obtenidos del modelo econométrico, esta investigación propone modificaciones a la política pública actual de



conformidad a la visión incrementalista propuesta por Lindblom. El incrementalismo considera la existencia de agentes políticos que proveen y analizan información de la problemática en cuestión. Lo anterior con la finalidad de poder elegir entre los posibles caminos que permitan salir del paso a las problemáticas públicas (Lindblom, 1959).

Aunado a lo anterior, debemos recordar que las políticas públicas son un ciclo dinámico, en el cual, se pueden generar evaluaciones en cada etapa de sus ciclos. Las evaluaciones permiten obtener información confiable y válida relativas al logro de los objetivos o metas. Otra de sus capacidades es la de permitir al Estado esclarecer y en su momento criticar los objetivos trasados (Dunn, 2014).

Conforme a esta visión, este trabajo de investigación busca que el estado emplee una evaluación formal, esto con el fin de establecer si la relación entre los efectos de las políticas y las metas propuestas en un inicio potencializan el bienestar sanitario. Esta evaluación tiene como eje principal a la eficacia y la eficiencia. Estos criterios de evaluación pretenden conocer si se ha conseguido algún resultado de valor⁴¹ (Dunn, 2014).

Partiendo de lo anterior, esta investigación pretende proponer nuevos indicadores para la política sanitaria plasmada en Programa Sectorial de Salud 2020-2024, a fin de que la actual política sea complementada por estos nuevos indicadores y acciones propuestos. Esto permitirá alcanzar mayores niveles de bienestar sanitario al tiempo que se podrán conocer las problemáticas subnacionales e incidir de manera directa en cada entidad federativa.

8.2.– La problemática pública en materia de salud.

La sanidad a nivel mundial ha sido una de las principales prioridades para el combate a las desigualdades y el bienestar. La salud no se trata de un estado de falta de

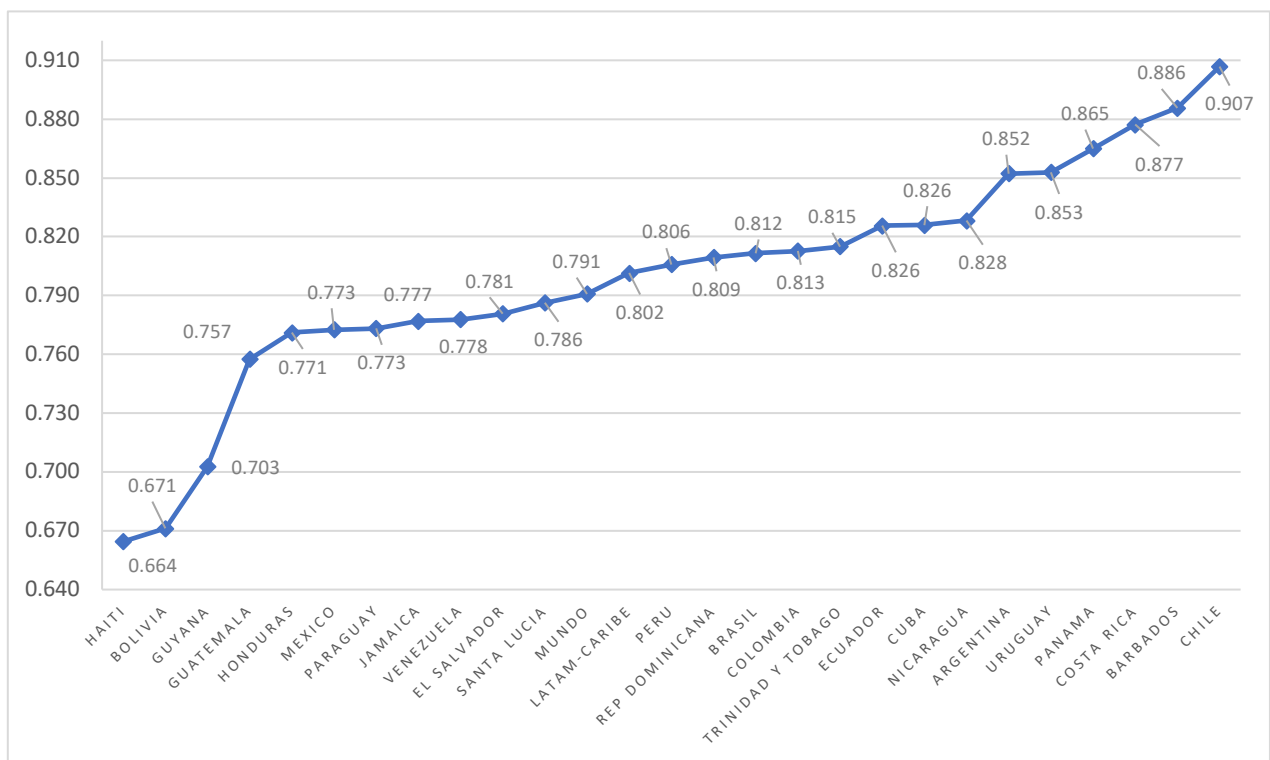
⁴¹ Véase los apartados 4.3.4. el ejercicio de la evaluación, 4.3.5. perspectivas de la evaluación de las políticas públicas y 4.3.6. los enfoques las evaluaciones.



enfermedad, de hecho, se trata de un derecho de los individuos que los estados deben salvaguardar (ONU Consejo Económico y Social, 2000).

El índice de salud en 2021 ha venido mostrando mejoras, en América Latina este indicador se situó en un 0.802. Así mismo, este índice a nivel mundial se ubicó en 0.791. Por otro lado, México mostró un indicador de 0.773, el cual está por debajo del promedio de América Latina y a nivel mundial. La región de Latinoamérica tiene como principal exponente a Chile con un 0.907, el cual está muy por encima de México evidenciando el atraso en materia de salud (United Nations Development Programme, 2022). Esto lo podemos ver en la figura 28:

Figura 28. Índice de salud de América Latina y el Caribe 2021.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Human Development Report 2021/2022 (United Nations Development Programme, 2022).

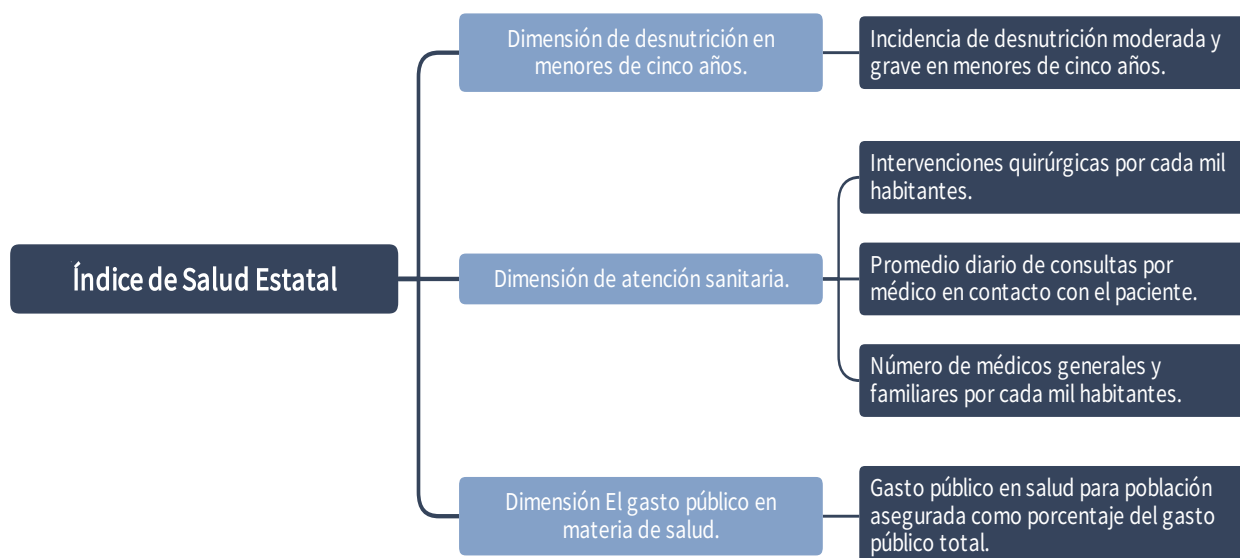
Las investigaciones internacionales concluyen que el desarrollo humano es explicado por variables estrechamente relacionadas a la salud como el gasto público en



salud y la esperanza de vida, por nombrar algunos (Gomanee et, al, 2005; López-Casasnovas y Soley-Bori, 2014; Pinilla-Rodríguez et al., 2014; Çağlayan-Akay y Van, 2017; Rodríguez et al., 2017; Nuhu et al., 2018; Castells-Quintana et al., 2019).

Para los fines de esta investigación dividiremos las variables en tres dimensiones y cinco variables, estas se muestran en la figura 29:

Figura 29. Dimensiones del Índice de Salud Estatal.



Fuente: Elaboración propia basado en Gomanee et, al, 2005; López-Casasnovas y Soley-Bori, 2014; Pinilla-Rodríguez et al., 2014; Çağlayan-Akay y Van, 2017; Rodríguez et al., 2017; Nuhu et al., 2018; Castells-Quintana et al., 2019.

Analizando el índice de salud en México, se tiene una tendencia positiva a lo largo de los años analizados. Sin embargo, este crecimiento se ha venido dando de manera desigual y desordenada a nivel federal, mostrando un índice mayor al norte del país y mucho menor al sur.

Encontramos que en el 2020 el menor índice de salud estatal se obtuvo en Guerrero y Chiapas, mientras que los estados con un mayor índice fueron Nuevo León y Ciudad de México.

El modelo DOLS demostró que la dimensión que presentó una mayor incidencia al índice de salud fue la atención sanitaria. En esta dimensión se está conformada por tres



indicadores, de los cuales dos se destacan del resto: el número de intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes, seguido por el número de médicos generales por cada mil habitantes.

El número de cirugías ha venido mostrando un descenso desde el año 2014, hasta caer en 2020 a un mínimo histórico. Por otro lado, los médicos generales han venido avanzando año con año, pero este aumento no se ha dado de forma proporcional a las necesidades médicas (SSA, 2022).

Lo concerniente a la dimensión de desnutrición, esta ha venido mostrando disminuciones aceleradas. Sin embargo, este índice debería corresponderse con el retraso de crecimiento en los infantes. Al comparar estos datos se aprecia una cantidad mayor al promedio de América Latina haciendo evidente un ajuste en la actual política pública (OPS, 2023).

Por último, encontramos la dimensión de gasto público en materia de salud. La cantidad asignada a la partida presupuestaria de gasto en salud con relación al monto total de gasto público ha mostrado un retroceso desde el 2004 para aumentar de manera extraordinaria en 2020. Pese a esto, estos porcentajes se encuentran muy por debajo de la media mundial (The World Bank, 2023).

Con la finalidad de proponer acciones e indicadores mediante los que el estado pudiera incidir de forma más directa, se analizará por separada todas y cada una de las dimensiones encontradas en esta investigación.

8.3.- Dimensión de desnutrición en menores de cinco años.

La desnutrición es un problema que ha movilizado a los organismos internacionales. La UNICEF en colaboración con el gobierno de México han venido estudiando esta problemática. Ambos concluyeron que en México uno de cada ocho infantes cuenta con medidas corporales inferiores al promedio. Lo anterior, hace evidente insuficiencia en la ingesta de nutrientes y como consecuencia, una mayor probabilidad de perder la vida (UNICEF, 2023).



La Organización Mundial de la Salud visualiza este problema partiendo de una perspectiva más vasta: la malnutrición. Aquí se abordan complicaciones como la falta de nutrientes y su principal efecto adverso el retardo en el crecimiento, así mismo, se analiza la ingesta excesiva de calorías y las enfermedades no transmisibles que estos abusos traen (OMS, 2023).

Esta dimensión resulta fundamental en para los objetivos de la agenda 2030. Haciendo importante considerar las aristas que esta agenda aborda para lograr el bienestar de los individuos. En el caso particular de México, se hace necesario analizarlo a detalle a fin de proponer modificaciones a las políticas sanitarias.

8.3.1.- Incidencia de desnutrición en menores de cinco años.

La desnutrición infantil ha tomado una relevancia internacional. La agenda pública internacional gira en sentido de la Agenda 2030 donde se propone erradicar los diferentes tipos de malnutrición en cualquier etapa de la vida. Se pretende que las personas puedan adquirir alimentos inocuos y nutritivos que permitan la ingesta necesaria de nutrientes esenciales (Naciones Unidas, 2015).

A nivel mundial 52 millones de infantes que tienen 60 o menos meses de vida, tienen algún grado de emaciación. De esta cifra 17 millones de niños presentan una emaciación grave. Algunas de las consecuencias más preocupantes se ven materializadas en que 155 millones de infantes padecen retrasos en su crecimiento. Así mismo, alrededor del 40% de los lactantes, en sus primeros 6 meses de vida, tienen únicamente como alimento la leche materna, haciendo falta alimento adicional que otorgue los nutrientes suficientes para su desarrollo (OMS, 2023).

Las políticas públicas internacionales que miden la reducción en la desnutrición inciden directamente en el objetivo 2.2 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Esta meta pretende terminar con la malnutrición para el 2025 (UN, 2023b).

Durante los años 2001 al 2020, en México la cantidad de personas que presentan un grado de desnutrición presentó un aumento, en 2001 se tenían 3.3 millones y para el



2020 ya se contabilizaban 7.8 millones (UN, 2022). Si se analiza únicamente el número de infantes con un retraso en su desarrollo, este presentó una reducción al pasar de 20.3% en el 2000 a 12.1% en 2020 (UN, 2022).

El modelo econométrico y problemática nacional e internacional nos llevan a proponer adecuaciones a los indicadores actuales. En específico abordaremos el Índice de cursos de alimentación.

Objetivo:

Atender la desnutrición infantil partiendo de la educación parental de aquellas familias que reciben los recursos de los programas sociales para que estos se empleen en adquisición de los alimentos necesarios para satisfacer la ingesta proteica suficiente acorde a su edad.

Meta:

Línea base: año 2023, valor 0. Meta: año 2024, valor 5%.

Estrategias:

- Brindar cursos en cada una de las Zonas de Atención Prioritaria en México.
- Realizar un padrón de los padres y sus infantes que asisten a los cursos para dar seguimiento de estos.
- Crear un tablero de control a nivel nacional pero dividido por municipios para identificar las zonas de atención.
- Generar compromisos de seguimiento en los centros de salud para actualizar los tableros de control.
- Crear un incentivo monetario para aquellos padres que doten a sus infantes de los nutrimentos adecuados.

Indicador propuesto: Índice de cursos de alimentación.

$$ICA^t = \left(\frac{NM5PC^t}{NTN5Des^t} \right) \times 100$$



Donde:

ICA^t : Índice de cursos de alimentación por entidad federativa, en el año t.

$NM5PC^t$: Número de niños menores de 5 años cuyos padres recibieron cursos de nutrición por entidad federativa, en el año t.

$NTN5Des^t$: Número total de niños menores de 5 años que presentan desnutrición por entidad federativa, en el año t.

Propuesta de indicador a la política sanitaria.

Este indicador pretende enfocar mayores esfuerzos al cambio de ámbitos de alimentación que los padres de los infantes otorgan a estos. Se espera que una vez que los padres cuenten con el conocimiento suficiente podrán proveer a los niños de estas familias una mejor ingesta calórica y obtención de nutrientes que impulsarán su correcto desarrollo en todas las etapas de su vida.

La actual política sanitaria se enfoca únicamente a la prevalencia de obesidad infantil, dejando de lado la correcta ingesta de nutrientes. Para más información remítase al anexo 23, para detalles de este indicador.

Este nuevo índice permitirá dar seguimiento de los programas públicos pudiendo crear un padrón de familias que reciben apoyos económicos y que asisten a cursos alimentarios. Lo anterior, con el fin de establecer el contrafactual necesario para realizar evaluaciones a los programas públicos y conocer si estos apoyos en realidad auxilian a los infantes a tener un estado óptimo de nutrición.

El presente indicador es viable para su realización empleando transversalmente recursos tanto de la secretaría de salud, como de la secretaria del bienestar. El primero de ellos mediante los recursos del programa de prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes. Y la segunda, mediante la asignación de recursos del programa de apoyo para el bienestar de niñas, niños de madres trabajadoras. Por lo que se hace viable la implementación y seguimiento de este programa.



8.4.- Dimensión de atención sanitaria.

Una de las principales metas de la Organización Mundial de la Salud es que todas las personas puedan acceder a los servicios sanitarios. Lo anterior implica que los individuos puedan asistir a los centros de salud de manera pronta, a recibir servicios de calidad y sin discriminar a nadie (OPS, 2000).

Existen diferencias entre cada uno de los estados que deben mitigarse, para este fin la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, realiza un estudio en el cual se concluye que los servicios sanitarios per se inciden en la sanidad de la sociedad. Considerando lo anterior, los servicios de salud cuentan con diversos componentes como la infraestructura, el personal médico y las intervenciones quirúrgicas (OMS, 2005).

Por las diferentes variables que inciden al sistema de salud, se requiere analizar cada una de estas y proponer los cambios que permitan potencializar el bienestar sanitario.

8.4.1.- Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes.

En el año 2015 los países miembros de la ONU acordaron una serie de objetivos tendientes a lograr un desarrollo sostenible. Conjuntamente, las agencias supranacionales como el BM y la OMS decidirán entre un centenar de posibles indicadores, cuáles serán implementados para evaluar la proximidad a la meta de alcanzar la cobertura universal de salud.

Una de las propuestas más innovadoras se presentó en el informe sobre la cirugía global 2030. Este informe fue realizado por la Comisión Lancet sobre Cirugía Global, que cuenta con la colaboración de 25 investigadores de los seis continentes. Esta comisión concluyó que los estados de ingresos medios y bajos pueden invertir en servicios quirúrgicos, estos salvarán vidas y fomentará el crecimiento económico (Meara, et al., 2015).

Por otro lado, la OMS informa que a nivel mundial se realizan más de 234 millones de tratamiento quirúrgicos (Asamblea Mundial de la Salud, 68, 2015). Sin embargo, 5 mil



millones de individuos a lo largo del planeta no pueden acceder a los servicios quirúrgicos, haciéndose más grande esta problemática en los países de renta media y baja, donde esta carencia son padecidas por nueve de cada diez habitantes (Meara, et al., 2015).

Cada año a nivel mundial, 33 millones de personas incurren en gastos catastróficos derivados del pago de cirugías y anestesias, trayendo como efecto secundario mayor pobreza en los países de renta media y baja (Meara, et al., 2015). La OMS sostiene que el acceso a las cirugías promueve el desarrollo económico. Esta organización recomienda a los estados inversiones en este sector puesto que por cada dólar invertido se obtendrán 10 dólares más en la productividad (Asamblea Mundial de la Salud, 68, 2015).

En México durante el periodo de tiempo de tiempo analizado en esta investigación este indicador ha venido en decadencia. En el 2001 se realizaron 28.57 cirugías por cada mil habitantes, y ya para el 2020 este número llegó a sus mínimos históricos de 16.40 cirugías por cada mil habitantes (SSA, 2020).

México se encuentra con una problemática debido a la baja en la prestación de servicios quirúrgicos. El indicador de intervenciones quirúrgicas muestra la cantidad de cirugías por cada mil habitantes, parametrizando la oferta de cirugías de cada área geográfica, estableciendo así el número potencial de personas que puedan atenderse.

Por lo anterior se propone una métrica que dé seguimiento a la inversión en infraestructura y equipamiento hospitalario. Este indicador daría a conocer de manera trimestral el monto de inversión, mediante el uso de datos que los entes ejecutores plasman en los avances trimestrales.

Objetivo.

Alcanzar el acceso universal y oportuno de los ciudadanos mexicanos a los servicios quirúrgicos y anestésicos que permitan alcanzar el máximo bienestar social en México.

Meta:

Línea base: año 2023, valor 0. Meta: año 2024, valor 15%.



Estrategias:

- Realizar un padrón nacional de la infraestructura quirúrgica con la que cuentan los centros de salud en México.
- Realizar un padrón de los instrumentales quirúrgicos con los que cuenta cada centro de salud.
- Establecer un programa nacional de infraestructura quirúrgica en el que se prioricen los centros de salud con relación a las demandas de atención que se requiera.
- Creación de un padrón de constructores en los que se plasmen los costes estimados para la construcción y equipamiento de quirófanos.

Indicador propuesto: Índice de inversión en infraestructura.

$$IIIFRA^t = \frac{(MTInfQ^t + ETInstQ^t)}{MTACap6^t}$$

Donde:

$IIIFRA^t$: Índice de inversión en infraestructura, en el año t.

$MTInfQ^t$: Monto total invertido en infraestructura quirúrgica por entidad federativa, en el año t.

$ETInstQ^t$: Erogación total en instrumental quirúrgico por entidad federativa, en el año t.

$MTACap6^t$: Monto total asignado al capítulo 6000 por entidad federativa, en el año t.

Analizando los indicadores de la actual política en salud no se encuentra algún indicador exclusivo que permita dar seguimiento a las intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, parte de la problemática se tiene por la insuficiencia de quirófanos.

La actual política sanitaria enfoca su indicador a mostrar el número de obras en proceso contra obras concluidas, dejando de lado el tipo de obras que se ejecutaron y el coste de cada una de ellas. Para más información remítase al anexo 24, para detalles de este indicador.



Este nuevo índice permitirá dar seguimiento a la inversión quirúrgica, a fin de establecer debidamente los montos necesarios para aumentar el índice de salud, la calidad de vida y el bienestar de la población.

El presente indicador es viable para su realización empleando transversalmente recursos tanto de la secretaría de salud, como del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). En ambos casos, se pueden asignar los recursos de infraestructura sanitaria para ampliar la oferta quirúrgica. Por lo que se hace viable la implementación y seguimiento de este programa.

8.4.2.- Promedio diario de consultas por médico en contacto con el paciente.

Uno de los indicadores mayormente empleados en materia sanitaria es el número de consultas médicas. Este indicador permite realizar una métrica respecto de la accesibilidad a los servicios de salud. Cabe mencionar que un gran número padecimientos pueden ser atendidos mediante las consultas médicas evitando así una mayor problemática que pudiese desencadenar en una hospitalización (OCDE, 2013).

Uno de los principales efectos por una falta de atención son los malgastos. A lo largo de los años se ha visto un aumento en el gasto público en salud, sin embargo, no se trata de invertir una mayor cantidad monetaria sino en ser más eficientes en el uso de los recursos monetarios. América Latina ha venido incrementando su número de beneficiarios a los sistemas de salud, siendo estos los que exigen más servicios y con una mejor calidad (OECD et al., 2019).

Conforme a lo anterior, la OCDE considera como una tarea difícil el estimar los malgastos debido a la limitada información con que se cuenta. Sin embargo, se calculan que en naciones como EE UU y Australia pueden desperdiciarse entre el 20 o 30% de los recursos de sus sistemas sanitarios (OCDE, 2017).

Un estudio realizado en el 2012 estimó que el 1.5 % de las erogaciones públicas en materia de salud se relacionan directamente con las hospitalizaciones, debido a que



aproximadamente el 19% de estas pudieron prevenirse mediante la atención médica primaria (Guanais, Gómez-Suárez, y Pinzón, 2012).

Lo anterior evidencia la importancia que la atención primaria tiene en los sistemas de salud. En el año 2019 la cantidad de consultas médicas han venido presentando variaciones tanto al alza, como a la baja. El promedio de los estados miembros de la OCDE fue de 6.8 consultas per cápita anual, Corea presentó un promedio de 17.2, destacándose con la mayor cantidad, y por último se encuentra México con un promedio de 2.3 consultas mostrando la gran brecha existente y los esfuerzos necesarios para aumentar este indicador (OECD, 2021a).

Profundizando más en las cifras de México, estas han mostrado variaciones a lo largo de los años, sin embargo, el número de consultas per cápita anual han venido a la baja. En el año 2009 se promediaron 2.9, una década después, en 2019 se promedió 2.3 consultas anuales per cápita y de acuerdo con la última publicación de la OCDE para 2020 se promedió 2.1 consultas per cápita anuales. Lo anterior significa que México ha venido perdiendo en una década 0.6 puntos porcentuales, implicando la falta de atención primaria en salud, incrementando así los malgastos debido a esta omisión (OECD, 2021a).

La cuantificación de consultas médicas se encuentra lejos de ser un parámetro de eficiencia, dado que, la cantidad de atenciones que cada médico pueda brindar fluctúa en la cantidad de tiempo que este dedique a cada paciente. Otros factores que influyen en esta métrica pueden ser la atención de pacientes hospitalizados, las encomiendas de tipo administrativa que estén a su cargo, las investigaciones científicas a su cargo, por nombrar algunas (OMS, OCDE y BM, 2020).

Un factor más que puede influir en el número de consultas médicas puede atribuirse al tipo de personal que se contrata en el sector salud, puesto que, en estados con ingresos bajos, se suelen priorizar contrataciones de personal que no es médico o que siéndolo no se encuentra en contacto con el paciente (OCDE, 2013).

Tomando en consideración todas estas atenuantes en número de consultas anuales por médico de los países miembros de la OCDE asciende a 2 mil 181;



Latinoamérica promedia 1 mil 381 y México mostró 1 mil 153 (OECD/The World Bank, 2020). Esta métrica muestra un largo camino a recorrer al actual SNS en México.

La inversión pública en la construcción y equipamiento de consultorios permitiría un incremento a la cantidad de atenciones médicas prestadas. Esto a su vez, haría posible atender padecimientos en sus etapas iniciales y limitaría los efectos adversos que las enfermedades no transmisibles no tratadas conllevan. Todo esto permitirá aumentar la eficiencia evitando el malgasto que por la hospitalización innecesaria incurre el estado mexicano. Para este fin, se propone un índice de ampliación de consultorios médicos, que permitan vigilar en número total de consultorios y el monto total en inversión pública que los entes ejecutores emplearon para su construcción.

Objetivo.

Brindar una atención primaria de calidad y oportuna a los individuos que permitan tratar padecimientos en sus etapas iniciales evitando así enfermedades no transmisibles y reduciendo el malgasto en materia sanitaria en México.

Meta:

Línea base: año 2023, valor 0. Meta: año 2024, valor 100.

Estrategias:

- Realizar un padrón nacional de consultorios médicos en los centros de salud en México.
- Realizar un padrón del equipamiento con los que cuenta los consultorios médicos para cada centro de salud.
- Establecer un programa nacional de ampliación de consultorios médicos de acuerdo con los padrones de beneficiarios para cada área geográfica.

Indicador propuesto: Índice de ampliación de consultorios médicos.

$$IACM^t = \left(\frac{MTConN^t + MTEqC^t}{MTPreCap6^t} \right) \times 100$$



Donde:

$IACM^t$: Índice de ampliación de consultorios médicos por entidad federativa, en el año t.

$MTConN^t$: Monto total de inversión en construcción de consultorios médicos nuevos por entidad federativa, en el año t.

$MTEqC^t$: Monto total de inversión en equipamiento de consultorios por entidad federativa, en el año t.

$MTPreCap6^t$: Monto total ejercido del capítulo 6000 en el sector salud por entidad federativa, en el año t.

Como ya se expuso el número de consultas médicas depende de múltiples factores, sin embargo, uno de ellos es la carencia de espacios físicos y el instrumental necesario para llevar a cabo una atención médica de calidad. Por lo que, esta investigación propone un incremento al número de consultorios médicos.

La actual política sanitaria enfoca su indicador a evidenciar el número de personas que no pueden acceder a los servicios sanitarios, sin tomar en consideración la atención médica o los tiempos de espera de los ciudadanos. Para más información remítase al anexo 25, para detalles de este indicador.

Este nuevo indicador permitirá dar seguimiento de la inversión en consultorios médicos, que facilitando la focalización en la inversión en los estados que no cuenten con la infraestructura suficiente para incrementar el promedio diario y evitar así las desigualdades en materia sanitaria.

El presente indicador es viable para su realización empleando transversalmente recursos tanto de la secretaría de salud, como del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). En ambos casos, se pueden asignar los recursos de infraestructura sanitaria para ampliar la oferta de atención médica. Por lo que se hace viable la implementación y seguimiento de este programa.



8.4.3.- Médicos generales y familiares por cada mil habitantes.

El fortalecimiento del personal de salud ha tomado cada vez mayor relevancia a nivel mundial. Inicialmente la resolución WHA69.19 2016 da al personal médico la relevancia necesaria, al grado de considerarse como la piedra angular de los sistemas de salud. Se plantearon también acuerdos internacionales tendientes a extender las asignaciones presupuestales para una mayor contratación de personal sanitario, la capacitación y promoción (Asamblea Mundial de la Salud, 69, 2016).

El fortalecimiento al personal sanitario deberá considerar la capacitación. Si bien es cierto que este personal brinda un servicio sanitario a la población esta acción traerá como consecuencia un mejor nivel de vida de los beneficiarios, razón por la cual este servicio debe brindarse con el más alto nivel de calidad posible (OECD/The World Bank, 2020).

Los esfuerzos encaminados al fortalecimiento del personal de salud buscan obtener una sinergia entre los estados y las instituciones encargadas del adiestramiento y enseñanza; entre los patrones y los sindicatos en materia de salud; con la finalidad de armonizar un plan transversal entre la plantilla sanitaria y la sociedad que permitan alcanzar los objetivos de la agenda 2030 (Asamblea Mundial de la Salud, 69, 2016).

La OMS calcula que para el año 2030 se generará a nivel mundial una escasez de 18 millones de trabajadores de la salud. Esta problemática será más aguda en los países de renta baja y mediana, no obstante, la totalidad de los países enfrentarán problemas tales como la formación de médicos, la conservación y desempeño del personal de salud (WHO, 2023).

Un gran número de países se encuentran ante un aumento en oferta y demanda de trabajadores cuya capacitación sea de nivel profesional en el ámbito sanitario. Muestra de ello la brinda la OCDE al señalar que al interior de los estados miembros las plazas relacionadas con los sistemas de salud constituyen un porcentaje mayor al 10% del total de empleos en sus economías (OECD, 2016).



La OCDE en su publicación anual salud en un vistazo 2021, presentó la cantidad de médicos promedio para los países miembros de este organismo. El número de médicos para el año 2000 fue de 2.8 millones, una década más tarde la cantidad de médicos aumento a 3.4 millones y la última cifra publicada es del año 2019 se alcanzó la cifra de 4.1 millones. Estos aumentos se pueden explicar debido a que la tasa de contratación de personal sanitario fue mayor al crecimiento poblacional, generando un efecto positivo en el promedio de médicos, que para el año 2000 fue de 2.7 por cada mil habitantes llegando en 2019 a un promedio de 3.6 (OECD, 2021b).

El caso particular de México se encuadra en el supuesto de la OCDE donde el aumento del promedio de personal médico se explica por la desaceleración en el crecimiento de la población. En el año 2000 México presentaba una cifra de 1.6 médicos por cada mil habitantes y para el año 2019 el número de médicos aumento a 2.4 por cada mil habitantes (OECD, 2021b).

Estos datos harían pensar que México viene avanzado positivamente en materia de personal sanitario. Sin embargo, al contrastar el número de médicos por cada mil habitantes con el promedio diario de consultas médicas, estas últimas han mostrado un decremento substancial haciendo evidente un mayor requerimiento de personal médico.

Por último, al comparar el número de médicos por cada mil habitantes en México de 2.4 contra el promedio de la OCDE de 3.6, aun nos encontramos muy por debajo del promedio de este organismo. Lo anterior deja de manifiesto la importancia de analizar la relación entre esta variable y el índice de salud.

Partiendo del análisis integral, entre el modelo econométrico y el indicador del número de médicos familiares por cada mil habitantes, se propone ampliar los indicadores de la política sanitaria actual. Por un lado, se busca generar una mayor estabilidad laboral del personal de salud y, por otro lado, aumentar la cualificación de este personal.



Objetivo I.

Aumentar el número de personal médico en contacto con el paciente a fin de atender la demanda de atención primaria de los individuos, con el más alto nivel de calidad evitando así padecimientos crónicos degenerativos.

Meta I:

Línea base: año 2023, valor 1.01 Meta: año 2024, valor 1.8.

Estrategias I:

- Establecer un indicador de la cantidad de médicos por cada mil habitantes a fin de alcanzar la media de los países miembros de la OCDE.
- Fomentar la contratación de personal médico a los servicios de salud de forma subordinada directa.
- Generar acuerdos con los sindicatos que permitan la contratación de los perfiles más idóneos, dejando de lado el nepotismo.

Indicador I propuesto: Razón de suficiencia de médicos generales.

$$RSMG^t = \frac{NMedCEF^t}{NtPerCISEF^t}$$

Donde:

$RSMG^t$: Razón de suficiencia de médicos generales, en el año t.

$NMedEF^t$: Número de médicos en contacto con el paciente contratado por entidad federativa en el año t.

$NtPerCISEF^t$: Número total de personal contratado por instituciones de salud por entidad federativa, en el año t.

Objetivo II.

Motivar y capacitar el personal de salud dotándolos de las herramientas necesarias para una correcta cualificación que permita ofrecer sus servicios con el más alto nivel de calidad.



Meta II:

Línea base: año 2023, valor 0. Meta: año 2024, valor 35%.

Estrategias II:

- Establecer convenios con los centros de educación superior, permitiendo alinear los conocimientos de formación básica impartidos, alineando estos a las necesidades en materia de salud.
- Crear convenios con instituciones de educación superior nacionales e internacionales, tendientes a la profesionalización del padrón médico, en contacto con el paciente, adscritos a Sistema Nacional de Salud.
- Incentivar económicamente a los médicos, en contacto con el paciente, adscritos al Sistema Nacional de Salud a cursar e impartir estudios en materia médica, epidemiológica, nutricional y en general cualquiera que permita ofertar atenciones médicas de calidad.

Indicador II propuesto: Razón de personal médico cualificado.

$$RPMedC^t = \frac{PMedCuEs^t}{NTMedCP^t}$$

Donde:

$RPMedC^t$: Razón de personal médico familiar en contacto con el paciente cualificado por entidad federativa, en el año t.

$PMedCuEs^t$: Número de personal médico con al menos 2 cursos de especialización por entidad federativa, en el año t.

$NTMedCP^t$: Número total de personal médico familiar en contacto con el paciente por entidad federativa, en el año t.

La problemática por la falta de personal médico resulta apremiante México tiene un promedio de consultas muy por debajo de los estándares internacionales. A esto se le une el hecho de no preocuparse de la cualificación de su personal de salud. La falta de atención al número de personal de salud al contacto con el paciente repercute



directamente en la oferta los servicios que se sanitarios requiere México. Los indicadores en salud se concentran en un solo tipo de actualización al personal médico ignorando la formación académica que fortalecería la calidad en el servicio.

La actual política sanitaria enfoca su indicador al número de médicos y enfermeras que se inscriben al programa EDUC@DS, sin tomar en consideración las especializaciones médicas que ofertan las universidades. Para más información remítase al anexo 26, para detalles de este indicador.

Ambos indicadores pretenden fortalecer al personal sanitario, el primero de ellos, el *RSMG^t* servirá como un indicador mediante el que se ira conociendo el avance en la contratación de médicos generales y así ponderar a que entidad federativa impulsar con más contrataciones.

El segundo indicador, el *RPMedC^t* viene en sintonía de los parámetros propuestos por la asamblea mundial de salud, en la que se establece como una meta, el fomento de la cualificación del personal de salud en contacto con los pacientes. La razón propuesta servirá de apoyo para establecer un control sobre los médicos que buscan mejorar su actividad y que no han podido llevar a cabo esta actualización. Así se podrá apoyar al personal para su mejora continua mediante la educación continua.

Los indicadores propuestos resultan viables para su realización empleando transversalmente recursos tanto de la secretaría de salud, como del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Se pueden emplear fondos del programa de formación y capacitación de recursos humanos para la salud. Del mismo modo, se pueden invertir montos del FASSA. Por lo que se hace viable la implementación y seguimiento de este programa.

8.5.- Dimensión del gasto público en materia de salud.

Durante los últimos años la cantidad monetaria asignada en materia de salud ha venido presentando aumentos de forma acelerada. A nivel mundial la inversión en sanidad se encuentra en alrededor del 10% del PIB mundial. Este aumento se ha dado de forma



más acelerada en los países en vías de desarrollo los cuales han aumentado en promedio en un 6% del gasto en salud (WHO, 2023).

Se pudiese pensar que este aumento generaría un efecto reductor en el gasto que las familias invierten en sanidad. De la totalidad de los recursos asignado en salud los estados invierten en promedio un 51% y una cantidad superior al 35% es sufragada de manera directa por las familias, causando un efecto empobrecedor (WHO, 2023).

Se hace necesaria una estrategia adecuada entre el gasto público y el sistema sanitario que el estado priorice para atender el derecho de las personas a la salud.

8.5.1.- Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total.

El gasto en salud es el recurso monetario que los estados invierten para sufragar las necesidades en materia sanitaria. Los servicios de salud pueden ser otorgados a los individuos mediante diferentes tipos de financiación, ya sea mediante un pago tripartito entre el empleador, el beneficiario y el gobierno o mediante el pago directo por parte de los hogares.

La primera opción se encuentran los proyectos de financiamiento gubernamental, ya sea nacional, estatal o para algún grupo focalizado. Esta opción permite a los individuos acceso a la atención médica asignándoles, para este propósito, algún centro de salud con relación al área geográfica en la que radican. Esta se ubica como la principal opción de los países miembros de la OCDE donde es mayormente empleada para asignar los fondos que cubrirán los servicios de salud (OECD, 2021b).

La segunda opción es la asignación de un seguro en salud de forma obligatoria. Este sistema puede quedar a cargo por el estado como por la iniciativa privada. La tercera opción se da mediante el uso directo de los recursos de los hogares, conocido como gastos de bolsillo. Aquí los individuos eligen de forma libre donde y como atenderse pudiendo sufragar el total de los costes o una parte proporcional derivada de un acuerdo de copago. Por último, se encuentra el acceso a la salud mediante un seguro voluntario (OECD, 2021b).



Cada una de las opciones de financiamiento de los servicios de salud muestran como los sistemas sanitarios trabajan. El promedio del gasto en salud de los estados miembros de la OCDE en el 2019 muestra una distribución en su financiamiento de la siguiente forma: I.- Financiamiento gubernamental, 35%; II.- Seguro obligatorio, 39%; III.- Seguro voluntario, 5%; IV.- Gasto de bolsillo, 20% y, V.- Otros, 1%. En este tenor, la financiación del sistema de salud en México se conforma de la siguiente forma: I.- Financiamiento gubernamental, 22%; II.- Seguro obligatorio, 27%; III.- Seguro voluntario, 7%; IV.- Gasto de bolsillo, 42% y, V.- Otros, 2% (OECD, 2021b).

Es más que notorio que el gasto en salud en México durante el ejercicio 2019 corre principalmente por cuenta de los hogares en este sentido México se ubica únicamente por arriba de países como la India⁴² y por debajo de Rusia⁴³. Este dato viene muy de la mano del indicador del gasto en salud en relación con el PIB.

Los montos asignados en función al tamaño de la economía se le conoce como el gasto en salud en relación con el PIB. Este gasto fluctúa debido a diversos factores económicos, políticos y sociales. A lo largo de la década de los 90 los estados miembros de la OCDE invertían montos superiores al resto de las economías mundiales (OCDE, 2019).

Conforme a los datos de la OCDE de 2019 México invierte en gasto sanitario menos del 6% de su PIB, monto que está muy alejado del promedio de la OCDE de 8.8% (OCDE, 2021).

Resulta evidente que el gasto en salud en México es escaso por lo que los individuos deben emplear recursos eficientemente para subsanar los requerimientos sanitarios. Se requiere innovación en la asignación de los montos que a cada entidad federativa le corresponde por medio de los fondos participables. Esto deja en evidencia la importancia del indicador y del análisis de este con relación al índice de salud en el largo plazo.

⁴² En 2019 la India tiene un 63% de gasto de bolsillo (OECD, 2021b).

⁴³ En 2019 Rusia tiene un 37% de gasto de bolsillo (OECD, 2021b).



Resulta evidente que el gasto en salud en México es escaso, por lo que se requiere innovar con el monto que cada entidad federativa puede obtener. Bajo esta premisa, se propone el índice de asignación presupuestaria en salud.

Objetivo.

Identificar los costes que cada entidad federativa ejerce por cada beneficiario, esto permitirá focalizar esfuerzos en las regiones de alta y muy alta marginación, reduciendo sustancialmente el gasto de bolsillo de efectos catastróficos en los hogares.

Meta:

Línea base: año 2023, valor 0. Meta: año 2024, valor 5%.

Estrategias:

- Generar estudios de oferta y demanda en materia sanitaria que faciliten la asignación presupuestaria adecuada.
- Establecer claramente los montos en materia de la recaudación federal participable, a fin de aumentar estos montos para cada entidad federativa.
- Establecer montos mínimos de gasto en materia de salud, que se relacionen con el producto interno bruto nacional para alcanzar los promedios internacionales en materia de salud.

Indicador propuesto: Índice de asignación presupuestaria en salud

$$IAPS^t = \left(\frac{NBImss^t}{MTGS^t} \right) \times 100$$

Donde:

$IAPS^t$: Índice de asignación presupuestaria en salud por entidad federativa, en el año t.

$NBImss^t$: Número de beneficiarios a los servicios de salud del IMSS e ISSSTE por entidad federativa, en el año t.

$MTGS^t$: Monto total de gasto ejercido por entidad federativa, en el año t.



El indicador actual de la política únicamente mide los montos asignados a la atención primaria con relación al gasto total en salud. En otras palabras, este parámetro focaliza su atención en conocer la cantidad monetaria ejercida en el primer nivel de atención sanitaria. Dejando de lado las demás necesidades presupuestarias de los sistemas de salud radicados en cada entidad federativa.

La actual política sanitaria se centra en conocer el monto de los recursos en salud empleados en el primer nivel de salud, esta investigación propone identificar el monto promedio asignado para cada beneficiario del IMSS e ISSSTE. Para más información remítase al anexo 27, para detalles de este indicador.

Este índice permitirá conocer el monto que cada entidad federativa invierte por cada beneficiario. Permitiendo realizar comparativas entre los estados que faciliten la creación de planes tendientes a distribuir equitativamente los recursos en los lugares que se requieren.

Hemos apreciado que México necesita prestar mayor atención a los indicadores sanitarios. Por un lado, comenzar a justificar la asignación presupuestal partiendo de las cifras obtenidas en el sistema de información del sector salud. Por el otro, se requiere hacer comparativas entre los estados miembros de la OCDE, esto con el propósito de tomar como guía las experiencias internacionales que ayuden a implementar correctamente las políticas sanitarias que mejoren el bienestar de los ciudadanos en México.

El presente indicador requiere un consenso entre la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Congreso de la Unión, permitiendo proponer asignar, y establecer los medios necesarios para ampliar la suficiencia presupuestaria anual. Lo anterior es viable, dado que, los recursos asignados deben alcanzar los estándares internacionales para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.



NOTAS FINALES.

La política sanitaria se encuentra al interior del Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Aquí se plantea como eje rector la atención primaria de salud integral-integrada, donde se prioriza la atención de primer nivel, en otras palabras, se pretende atender, mediante consultas médicas, los principales padecimientos no transmisibles en sus etapas primarias para evitar complicaciones futuras.

En una primera instancia, esta parece ser la apuesta correcta al pasar de una visión correctiva a una preventiva. Hecho que se evidencia en la inversión en centros de salud con menos de 30 camas censables o de primer nivel.

Sin embargo, recordemos que toda política pública debe ser susceptible a las adecuaciones en sus metas y/o sus objetivos. Esta es la motivación que dio vida a la Ley General de Desarrollo Social en la que se estipula la obligación de evaluar los resultados de las políticas mediante indicadores⁴⁴. Estos indicadores deberán mostrar el cumplimiento de estos programas, los cuales deberán alinearse con las políticas nacionales⁴⁵.

Considerando lo anterior y analizando los indicadores propuestos por el actual programa sectorial 2019-2024, estos no ayudan a parametrizar debidamente sus 5 ejes rectores. Una muestra de esto la encontramos en el eje 5 de la actual política donde se busca el bienestar y cuidado de la salud. Este objetivo no cuenta con indicadores que permitan dar seguimiento a las tasas de mortalidad en los infantes como la generada por la desnutrición infantil.

Tabla 31. Comparativa de indicadores de la dimensión de desnutrición en menores de 5 años. Incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años.

Indicador Actual	Indicador Propuesto
5.2 Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad	Índice de cursos de alimentación

⁴⁴ Artículo 74 Ley General de Desarrollo Social

⁴⁵ Artículo 76 Ley General de Desarrollo Social



Objetivo	
Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.	
Meta	
Linea base	Último periodo
2008	2024
Valor	Valor
17.5	12.5
Estrategias	
Fortalecer la prevención y atención a todas las formas de mal nutrición infantil, incluida la desnutrición la deficiencia de micronutrientes, la obesidad y el sobrepeso, con el fin de salvaguardar un desarrollo sano.	
Garantizar que todas las niñas y niños, cuenten con los servicios de atención primaria en salud, para prevenir, detectar y atender oportunamente los padecimientos que puedan afectar su desarrollo.	
Orientar a los padres y madres de familia, así como tutores para que promuevan estilos de vida saludables, y fomenten un desarrollo sano en sus hijos.	

Objetivo	
Atender la desnutrición infantil partiendo de la educación parental de aquellas familias que reciben los recursos de los programas sociales para que estos se empleen en adquisición de los alimentos necesarios para satisfacer la ingesta proteica suficiente acorde a su edad.	
Meta	
Linea base	Último periodo
2023	2024
Valor	Valor
0	5%
Estrategias	
Brindar cursos en cada una de las Zonas de Atención Prioritaria en México.	
Realizar un padrón de los padres y sus infantes que asisten a los cursos para dar seguimiento de estos.	
Crear un tablero de control a nivel nacional pero dividido por municipios para identificar las zonas de atención.	
Generar compromisos de seguimiento en los centros de salud para actualizar los tableros de control.	
Crear un incentivo monetario para aquellos padres que doten a sus infantes de los nutrimentos adecuados.	

Fuente: Elaboración propia con base en Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).

Otro de los ejemplos lo encontramos en el actual eje 3, donde se busca parametrizar el número de obras concluidas. Sin importar que tipo de obras se realicen ni los costes de estas, parámetros que permitirían a los entes ejecutores focalizar sus recursos en las áreas geográficas de alta y muy alta marginación. Este indicador no incluye ningún parámetro que mida las intervenciones quirúrgicas desde una perspectiva de oferta de servicios sanitarios, dado que, el no poder acceder a estas atenciones genera por un lado un efecto empobrecedor (más gasto de bolsillo) y una mayor cantidad de malgasto estatal.



Tabla 32. Comparativa de indicadores de la dimensión atención sanitaria. Intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes.

Indicador Actual		Indicador Propuesto	
3.1 Porcentaje de las acciones concluidas de infraestructura de los Servicios Estatales de Salud		Índice de inversión en infraestructura.	
Objetivo		Objetivo	
Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.		Alcanzar el acceso universal y oportuno de los ciudadanos mexicanos a los servicios quirúrgicos y anestésicos que permitan alcanzar el máximo bienestar social en México.	
Meta		Meta	
Linea base	Último periodo	Linea base	Último periodo
2008	2024	2023	2024
Valor	Valor	Valor	Valor
0	52	0	15%
Estrategias		Estrategias	
Elaborar un plan maestro específico para el fortalecimiento y ampliación de la infraestructura y equipamiento del sector, considerando la integración de redes básicas de atención médica y garantizando las condiciones de seguridad y accesibilidad.		Realizar un padrón nacional de la infraestructura quirúrgica con la que cuentan los centros de salud en México.	
Ampliar o reforzar progresivamente la infraestructura existente en los servicios federales y estatales para población abierta y derechohabiente, considerando el perfil epidemiológico, la complejidad del acceso geográfico, la pirámide poblacional, el número de egresos hospitalarios y sus causas.		Realizar un padrón de los instrumentales quirúrgicos con los que cuenta cada centro de salud.	
Fortalecer la infraestructura y equipamiento para los servicios de asistencia social y rehabilitación no hospitalaria, garantizando la accesibilidad para personas con discapacidad.		Establecer un programa nacional de infraestructura quirúrgica en el que se prioricen los centros de salud con relación a las demandas de atención que se requiera.	
		Creación de un padrón de constructores en los que se plasmen los costes estimados para la construcción y equipamiento de quirófanos.	

Fuente: Elaboración propia con base en Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).

Otro ejemplo lo encontramos en su eje 1 donde se mide el acceso a los servicios de salud, sin considerar algún tipo de métrica que permita establecer la cantidad de personal de salud en contacto con el paciente que se contrata. Esta falencia imposibilita establecer metas en las ampliaciones de servicios de salud, ya que, se pueden construir muchos centros de salud, pero de no contar con el personal médico necesario, esta inversión se convertirá en un gasto.



Tabla 33. Comparativa de indicadores de la dimensión atención sanitaria. Promedio diario de consultas por médico en contacto con el paciente.

Indicador Actual		Indicador Propuesto	
1.1 Porcentaje de población con carencia de acceso a los servicios de salud y/o que presenta alguna barrera para acceder al mismo: geográfica, económica, cultural, entre otras.		Índice de ampliación de consultorios médicos.	
Objetivo		Objetivo	
Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.		Brindar una atención primaria de calidad y oportuna a los individuos que permitan tratar padecimientos en sus etapas iniciales evitando así enfermedades no transmisibles y reduciendo el malgasto en materia sanitaria en México.	
Meta		Meta	
Linea base	Último periodo	Linea base	Último periodo
2018	2024	2023	2024
Valor	Valor	Valor	Valor
16.19	0%	0	100
Estrategias		Estrategias	
Realizar un diagnóstico preciso y verificado en el campo de las condiciones reales, en las cuales se encuentran los servicios de salud, priorizando la identificación de carencias de subespecialidades médicas en las redes de atención médica y conforme al perfil epidemiológico de cada región.		Realizar un padrón nacional de consultorios médicos en los centros de salud en México.	
Ampliar y fortalecer la red de prestación de servicios a través de la infraestructura física, humana y tecnológica de las instituciones y programas encargados de la atención a población sin seguridad social.		Realizar un padrón del equipamiento con los que cuenta los consultorios médicos para cada centro de salud.	
Promover la organización de los recursos financieros, humanos, y materiales de origen federal y estatal en consonancia con la reforma a la LGS en 2019 para priorizar la atención de población en condición de vulnerabilidad, marginación y discriminación.		Establecer un programa nacional de ampliación de consultorios médicos de acuerdo con los padrones de beneficiarios para cada área geográfica.	

Fuente: Elaboración propia con base en Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).

El personal médico debe considerarse como el motor del Sistema Nacional de Salud en México, sin embargo, al analizar el actual eje 3, únicamente se centran en los cursos de actualización impartidos por el gobierno. Estas acciones dejan de lado las recomendaciones de la OMS en el sentido de involucrar a todos los actores que



intervienen como las universidades, sociedad civil y sindicatos que permitan una actualización médica completa.

Tabla 34. Comparativa de indicadores de la dimensión atención sanitaria. Razón de suficiencia de médicos generales y razón de personal médico cualificado.

Indicador Actual		Indicador Propuesto		Indicador Propuesto	
3.3 Número de participantes registrados que concluyen los cursos de EDUC@DS		Razón de suficiencia de médicos generales.		Razón de personal médico cualificado.	
Objetivo		Objetivo		Objetivo	
Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.		Aumentar el número de personal médico en contacto con el paciente a fin de atender la demanda de atención primaria de los individuos, con el más alto nivel de calidad evitando así padecimientos crónicos degenerativos.		Motivar y capacitar el personal de salud dotándolos de las herramientas necesarias para una correcta cualificación que permita ofrecer sus servicios con el más alto nivel de calidad.	
Meta		Meta		Meta	
Linea base	Último periodo	Linea base	Último periodo	Linea base	Último periodo
2018	2024	2023	2024	2023	2024
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
60	65	0	1.8	0	35%
Estrategias		Estrategias		Estrategias	
Fortalecer la capacitación y educación continua para la actualización de todo el personal en su ámbito de competencia, en el nuevo modelo de salud y para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno de las enfermedades crónico-degenerativas.		Establecer un indicador de la cantidad de médicos por cada mil habitantes a fin de alcanzar la media de los países miembros de la OCDE.		Establecer convenios con los centros de educación superior, permitiendo alinear los conocimientos de formación básica impartidos, alineando estos a las necesidades en materia de salud.	
Fortalecer la capacitación y profesionalización del personal que brinda asistencia social.		Fomentar la contratación de personal médico a los servicios de salud de forma subordinada directa.		Crear convenios con instituciones de educación superior nacionales e internacionales, tendientes a la profesionalización del padrón médico, en contacto con el paciente, adscritos a Sistema Nacional de Salud.	
		Generar acuerdos con los sindicatos que permitan la contratación de los perfiles más idóneos, dejando de lado el nepotismo.		Incentivar económicamente a los médicos, en contacto con el paciente, adscritos al Sistema Nacional de Salud a cursar e impartir estudios en materia médica, epidemiológica, nutricional y en general cualquiera que permita ofertar atenciones médicas de calidad.	

Fuente: Elaboración propia con base en Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).

Por último, pero no menos importante se encuentra en el actual eje 2 con el que se busca establecer los montos en salud que son empleados en el primer nivel de atención.



Hace falta el conocer los costes que por cada beneficiario de los servicios de salud se tienen por entidad federativa, de este modo se pueden distribuir los montos de acuerdo con las necesidades de cada entidad federativa.

Tabla 35. Comparativa de indicadores de la dimensión gasto público en materia de salud. Gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total.

Indicador Actual		Indicador Propuesto	
2.1 Porcentaje del gasto público en salud ejercido en el primer nivel de atención.		Índice de asignación presupuestaria en salud	
Objetivo		Objetivo	
Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.		Identificar los costes que cada entidad federativa ejerce por cada beneficiario, esto permitirá focalizar esfuerzos en las regiones de alta y muy alta marginación, reduciendo sustancialmente el gasto de bolsillo de efectos catastróficos en los hogares.	
Meta		Meta	
Linea base	Último periodo	Linea base	Último periodo
2017	2024	2023	2024
Valor	Valor	Valor	Valor
24.89	30	0	5%
Estrategias		Estrategias	
Definir nuevos indicadores para monitorear la atención de los pacientes, y el impacto de las acciones, acorde al nuevo modelo APS-I.		Generar estudios de oferta y demanda en materia sanitaria que faciliten la asignación presupuestaria adecuada.	
Institucionalizar una política para la asignación y el uso racional de los recursos bajo el enfoque de austeridad y uso responsable de los recursos.		Establecer claramente los montos en materia de la recaudación federal participable, a fin de aumentar estos montos para cada entidad federativa.	
Fortalecer los informes relativos a la justificación y comprobación de la asignación de recursos financieros, para fomentar la transparencia y rendición de cuentas, así como para facilitar las decisiones sobre la utilización de los recursos en el sector salud.		Establecer montos mínimos de gasto en materia de salud, que se relacionen con el producto interno bruto nacional para alcanzar los promedios internacionales en materia de salud.	

Fuente: Elaboración propia con base en Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (2020).

La política sanitaria en México va por buen camino al apostar a la prevención, sin embargo, es necesario incluir visiones de acceso efectivo tanto a los servicios quirúrgicos como a los centros de salud para ser atendidos y donde necesariamente se requiere de un número adecuado de personal de salud con los conocimientos y herramientas suficientes para afrontar los problemas que México tiene en materia de salud en estas últimas décadas.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones.

A lo largo de esta tesis se han abordado diversas temáticas tales como la salud internacional, las políticas nacionales que implementan esas recomendaciones internacionales. Se mostraron los principales cambios legislativos, que a nivel internacional incidieron directamente en la conceptualización de la salud como un derecho humano, mismo que permearía en las constituciones de los países miembro de la ONU.

Se presentaron las investigaciones nacionales e internacionales de la salud que se tomaron como base para el modelado econométrico presentado en esta tesis. Bajo este tenor, se hace imprescindible el analizar las hipótesis de investigación y conocer si estas fueron acertadas.

La hipótesis general señala que la desnutrición, el sistema de atención sanitaria y el gasto público son los principales factores que incidieron con el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020.

Para probar esta hipótesis se procedió a recabar información relativa a la nutrición de las personas en México, la información relativa al sistema sanitario en México, así como del ejercicio del gasto público y los diferentes rubros en los que este se ejerce.

Los indicadores más completos se encontraron en la base de datos de la Dirección General de Evaluación al Desempeño de los sistemas de salud. Estos indicadores se dividen en 7 diferentes dimensiones: condiciones de salud, disponibilidad y accesibilidad, calidad técnica del personal, aceptabilidad, eficiencia, sustentabilidad y anticipatorios. De todos estos indicadores fueron seleccionados los de condiciones de salud, los de disponibilidad y accesibilidad, eficiencia y sustentabilidad, debido a que, en estos, se encuentran cifras para el periodo de tiempo que se analizó, así como, mostrando las cifras por entidad federativa.



Posteriormente se comenzaron las pruebas econométricas a fin de conocer cuáles de esas variables, cumplían con los supuestos que el modelo DOLS que sus autores proponen para su uso. Derivado de lo anterior, se seleccionaron cinco variables que en su conjunto y en lo individual cumplían con todos los criterios necesarios para obtener los resultados estadísticamente significativos.

La selección de variables arrojó las siguientes: incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años, intervenciones quirúrgicas por mil habitantes, promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente, y número de médicos generales y familiares por mil habitantes y gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total.

Estas variables en su conjunto muestran una relación significativa. Esto resulta relevante debido a que de esta manera queda demostrado el cumplimiento de la hipótesis general, dado que, la desnutrición representada por la incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años. El sistema de atención sanitaria está representado por las variables intervenciones quirúrgicas por mil habitantes; promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente y; número de médicos generales y familiares por mil habitantes. Así mismo, los recursos públicos están representados por la variable gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total. Todos estos son los principales factores que incidieron con el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020.

Por otro lado, se hace necesario el analizar cada una de las hipótesis específicas. Estas fueron tres, las cuales se presentan para conocer si se cumplió con estas o no. La primera hipótesis específica nos dice que la desnutrición influyo negativamente en el bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020. Al analizar los resultados del modelo DOLS en lo individual la variable incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años; resulta estadísticamente significativa mostrando una relación negativa. Esta relación resulta lógica ya que, al evitar la desnutrición infantil se pueden prevenir las muertes infantiles y por ende aumentar las probabilidades de gozar de una esperanza de vida mayor. Quedando evidencia del cumplimiento de la primera hipótesis planteada.



La segunda hipótesis específica nos dice que la atención sanitaria influye positivamente al bienestar sanitario en México del periodo 2000-2020. Para esta hipótesis se cuenta con tres variables intervenciones quirúrgicas por mil habitantes; promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente y; número de médicos generales y familiares por mil habitantes. Mismas que al analizar los resultados del modelo DOLS resultan estadísticamente significativas. Estas variables tienen una relación positiva mostrando que aumentos en las cirugías, en el número de consultas diarias y en el número de médicos por cada mil habitantes, traerá como resultado un aumento al índice de salud. Mostrando el cumplimiento de la segunda hipótesis específica.

Por último, la tercera hipótesis específica plantea que el gasto público incide de manera positiva al bienestar sanitario en México del 2000-2020. Para analizar esta hipótesis se modeló la variable gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total, esta al verificar los resultados del modelo econométrico, presenta un valor estadísticamente significativo. La variable del gasto presenta una relación positiva lo que implica que al aumentar el gasto que el gobierno ejerce en salud en una proporción mayor, esta permitirá aumentar el índice de salud. Esta resolución es acorde a la hipótesis planteada por lo que también se cumple con esta.

Cabe mencionar, que se empleó al índice de salud componente del índice de Desarrollo Humano como parámetro del bienestar debido a que las investigaciones internacionales concluyen que de los tres componentes que lo conforman, el que más influencia tiene es el índice de salud (Gomanee et al, 2005; López-Casasnovas y Soley-Bori, 2014; Pinilla-Rodríguez et al., 2014; Çağlayan-Akay y Van, 2017; Rodríguez et al., 2017; Nuhu et al., 2018; Castells-Quintana et al., 2019).

Aunado a lo anterior, la salud pública debe analizarse más allá de la sucinta percepción del estado de salud y analizarse en un entorno demográfico, político y social. La propuesta por parte de la CDSS resulta en un esfuerzo significativo para tratar de modelar la complejidad sanitaria y estudiarla. Se busca acrecentar el nivel de vida de los individuos al conocer los determinantes que inciden en la salud como una justicia de la



sociedad. Esta justicia, pasa por determinantes estructurales (contexto socioeconómico y político), e intermedios (como viven, donde trabajan, cómo se alimentan y cómo acceder a los servicios de salud), (Solar e Irwin, 2010).

El modelo estadístico muestra que es en estas variables en las que el gobierno deberá enfocar mayoritariamente sus esfuerzos para aumentar la esperanza de vida en México.

Ciertamente cada una de las variables resulta significativa, sin embargo, las dos más importantes son las intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes y el número de médicos generales y familiares por cada mil habitantes. Ambas variables son significativas en el quehacer de la salud, por un lado, tenemos a las intervenciones quirúrgicas, que si bien son diversas⁴⁶, mejorarán los efectos positivos principalmente en las madres e hijos.

México al ser miembro de la OMS está obligado al reforzamiento de su sistema sanitario en específico lo concerniente a la infraestructura hospitalaria y de personal encargado de atender las cirugías. Esto con el objetivo principal que la población este en posibilidad de obtener atenciones quirúrgicas a un bajo coste y con la mejor calidad posible.

Se hace necesaria la ampliación de infraestructura hospitalaria. Esta nueva infraestructura traerá consigo una serie de beneficios, como la reducción de tiempos de espera para la atención médica, un mayor acceso a los servicios de salud al contar con centros médicos más cercanos y la más importante, el aumentar el número de cirugías que los beneficiarios del sistema de salud podrán obtener para aumentar y mejorar su calidad de vida.

La variable de médicos generales en contacto con el paciente por cada mil habitantes resaltó como la segunda variable con más importancia en el modelo estadístico de esta investigación. Esta es una de las variables que pudiesen parecer más obvias, pero su fortalecimiento resulta complejo. Pensar de una manera superficial nos llevaría a

⁴⁶ Estos pueden ser tratamientos quirúrgicos esenciales o emergentes, así como, servicios en los que se empleen anestesia (Asamblea Mundial de la Salud, 68, 2015).



pensar en un aumento en la plantilla de personal. Pero no es tan simple, se hace necesaria una sinergia entre las instituciones de educación, gremios sindicales y sociedad civil con la finalidad de obtener a los mejores médicos para la atención de los ciudadanos.

Se recomienda generar una modificación a los indicadores de la política sanitaria en México. Como se ha conocido mediante este trabajo, México requiere fortalecer principalmente al personal médico con el que se cuenta. Esto con la finalidad de aumentar el personal sanitario en contacto con el paciente. Del mismo modo, este personal debe contar con la capacidad y los conocimientos suficientes para hacer frente a las demandas de los beneficiarios de los servicios de salud.

Si bien es cierto el aumento de personal médico al contacto con los pacientes es fundamental, esta investigación mostró que, al generar un aumento en el número de consultas médicas, estas aumentarán significativamente al índice de salud. Pero para que este fenómeno sea posible, se requiere de un aumento en el número de médicos al contacto con el paciente y que estos estén calificados para ejercer sus funciones, al mismo tiempo, se necesitan más espacios físicos que permitan crear un número mayor de consultorios. En otras palabras, este punto no puede lograrse si no se han generado inversiones significativas en infraestructura y la capacitación y contratación del personal que deberá desempeñar estas funciones.

Por último, nada de esto puede lograrse sin los recursos financieros suficientes. Si bien es cierto, esta investigación no mostró un efecto directo mayor, se sabe que la contratación y capacitación de personal, la construcción y mejoramiento de la infraestructura médica incluidos los quirófanos, pueden darse sin los recursos monetarios suficientes. México ha reconocido a la salud como un derecho de todos los mexicanos, sin embargo, no ha otorgado los recursos presupuestales suficientes para la ampliación en la oferta sanitaria que el país ha venido demandando en los últimos años. Resulta imperativa la asignación monetaria que permita ampliar la oferta sanitaria con calidad a la que los ciudadanos mexicanos tenemos derecho.

Se puede concluir que esta investigación aporta un conocimiento nuevo respecto al bienestar sanitario en México, dado que, existen pocas investigaciones a nivel



subnacional que puedan dar información de este tipo actualmente. Se mostró que existe una relación directa y significativa de los determinantes sociales de la salud y el bienestar sanitario. Esto debido a que las variables modeladas, muestran que los factores intermedios tienen un efecto en la salud, bajo esta lógica, el gobierno mexicano puede articular políticas en materia de salud que aumenten no solo la cantidad de años de vida, sino, una mejora en la calidad de vida en los individuos que se traducirá en un bienestar de la sociedad mexicana.

Futuras líneas de investigación.

Esta investigación presentó una relación al largo plazo en las variables modeladas, sin embargo, se requiere profundizar más en las variables por cada uno de los miembros del Sistema Nacional de Salud. Esto con el fin de que cada uno de los miembros puedan conocer cuál de estas variables incide mayormente en sus servicios, para así proponer las adecuaciones necesarias para la mejora en sus órganos.

Así mismo, se debe hacer más énfasis por parte de la secretaría de salud en la importancia de contar con datos estadísticos que permitan auxiliar en la formulación y evaluación de las políticas sanitarias. Esto no solo por los integrantes del gobierno, sino con la participación de todos los actores involucrados y por supuesto de la comunidad de investigadores que auxilien en el quehacer político con una verdadera participación ciudadana.

Una mención especial, se debe dar a la problemática en materia sanitaria causada por el COVID-19. Según cifras de la OCDE (2021), en el mes de octubre del 2021, a nivel mundial se habían contabilizado 240 millones de contagios del COVID, de los cuales se contabilizaron cerca de 4.9 millones de personas fenecidas por estos contagios. Algunos de los que lograron superar la enfermedad tienen secuelas que los imposibilitan a realizar sus actividades cotidianas.

En lo que se refiere a los sistemas sanitarios, encontramos problemáticas que difícilmente se podrán normalizar en el corto plazo. Las suspensiones de los servicios



sanitarios ordinarios conllevaron problemáticas como en la detección de cáncer, el número de atenciones quirúrgicas calló haciendo más larga la espera para los pacientes (Mueller et al., 2021). Pero uno de los efectos más preocupantes fue la reducción en la esperanza de vida en todos los países del mundo.

El impacto que la pandemia del COVID en la esperanza de vida en los países de la región. Canadá únicamente retrocedió en 2020 en 0.4 este índice, sin embargo, países como Estados Unidos y México sufrieron un desplome de este indicador en el 2020, en un 1.7 y 4.1, respectivamente.

Resulta evidente que ya en el 2022 se ha venido dando un repunte a este indicador, se recomienda que en futuras investigaciones se profundice en los efectos adversos de la pandemia en el sector salud y sobre todo en la esperanza de vida.

Del mismo modo, se hace necesario un estudio que permita explicar el repunte drástico en la esperanza de vida, conociendo así si los indicadores propuestos en esta investigación han tenido la misma influencia o si existen otros que puedan explicar estas cifras.

Limitaciones.

La principal de las limitaciones que presentó este trabajo está en la obtención de cifras estadísticas sanitarias a nivel subnacional. Por un lado, existe un número limitado de indicadores en los que todas y cada una de las entidades federativas presenten cifras y en algunas otras se venían midiendo de alguna forma y la presente administración cambio esta metodología generando que estas cifras ya no puedan ser comparables para un estudio longitudinal y mucho menos de datos de panel.

El cambio en la metodología de cálculo en alguno de los indicadores. Tal es el caso de las recetas médicas surtidas, estas se calculaban por entidad federativa, y a partir del 2015 se modificó para ser medida para los estados divididos en rurales y urbanos. Cabe hacer mención que este índice ya no puede ser comparable con los ejercicios anteriores limitando su análisis.



La carencia de datos que las entidades federativas aportan para la elaboración de indicadores claves no siempre están disponibles. Un ejemplo de esta problemática se percibe en el indicador de niños nacidos vivos por cesárea, que para los años 2017 en adelante no se encuentra disponible. Lo anterior, es preocupante debido a que el indicador tiene una frecuencia de cálculo anual y como última actualización el mes de septiembre del 2019.

Por último, el portal de datos abiertos del gobierno mexicano, en ocasiones presenta problemáticas para descargar la información. Este portal resultaría de gran ayuda para obtener datos para cualquier investigación, sin embargo, si se ven limitadas las posibilidades para descargar cifras, complica la obtención de estos.



BIBLIOGRAFÍA

- Abruch, M. (1989). Metodología de las ciencias sociales. México, D.F., México: UNAM.
- Acevedo, G. S. (10 de Julio de 2012). En el umbral de la universalidad del sistema de salud mexicano. Una visión del trascendente reto a vencer. México, D.F., México.
- Acosta, N. (2003). Reforma colombiana de salud basada en el mercado: una experiencia de Managed care y managed competition. Documento de trabajo ASS/DT004-03, 20. Colombia: Centro de Proyectos para el Desarrollo.
- Agafonow, A. (2004). El problema político de la equidad en la economía profesional neoliberal. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 10(2 (mayo-agosto)), 51-72.
- Agencia para Sustancias Tóxicas y el registro de las Enfermedades. (15 de diciembre de 2022). Glosario de términos. Obtenido de Sitio Web de la ATSDR: https://www.atsdr.cdc.gov/es/es_glossary.html
- Aguilar, C., & Lima, M. (Septiembre de 2009). eumed.net. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm>
- Aguilar, L. (2007a). La implementación de las políticas. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science & Medicine*, 6(44), 773-787.
- Arredondo, A. (Jul/Sep de 1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Públ*, 8(3), 254-261.
- Arrow, K. (1951). *Social Choice and Individual Values*. New Haven: Yale University Press.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (12 de Agosto de 2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Sexagésimo noveno período de sesiones.
- Asamblea Mundial de la Salud, 68. (2015). Fortalecimiento de la atención quirúrgica esencial y de emergencia, y de la anestesia, como componentes de la cobertura sanitaria universal. Informe de la Secretaría, 1-8.



- Asamblea Mundial de la Salud, 69. (2016). Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Organización Mundial de la Salud.
- Bai, J., & Ng, S. (July de 2004). A Panic Attack on Unit Roots and Cointegration. *Econometrica*, 72(4), 1127-1177.
- Bai, J., Kao, C., Y Ng, S. (April de 2009). Panel cointegration with global stochastic trends. *Journal of Econometrics*, 149(1), 82-99.
- Banco Mundial. (15 de enero de 2023). Datos del banco mundial. Obtenido de Repositorio de DataBank: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=CL>
- Banco Mundial. (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Barba, C. (1997). Distribución del ingreso, crecimiento económico y democracia en México: Alternativas de política social. En E. Valencia, & C. Barba, Distribución del ingreso, crecimiento económico y democracia en México: Alternativas de política social. México, D.F.: Editorial Diana.
- Barr, N. (June de 1992). Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation. *Journal of Economic Literature*, XXX, 741-803.
- Barreiro, R. (1996). Evaluación de los riesgos de la reforma. En M. Mussot, & M. Luisa, Alternativas de Reforma de la Seguridad Social (págs. 77-99). D.F., México: Fundación Ebert/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Barros, R. (2008). Wealthier But Not Much Healthier: Effects of a Health Insurance Program for the Poor in Mexico. Stanford Institute for Economic Policy Research.
- Benavides, F., Delclós, J., Y Serra, C. (2018). Estado del bienestar y salud pública, una relación que debe ser actualizada. *Gaceta Sanitaria*, 2(32), 193-197.
- Bernach, J. (1997). La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 255-258.
- Blanco, J., Rivera, J., Lopez, O., & Rueda, F. (1998). Calidad de vida y salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. En A. Ziccardi, & S. Reyes, Ciudades Latinoamericanas: Modernización y Pobreza. D.F., México: Programa Universitario



- de Estudios sobre la Ciudad/Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, Suppl 1(24), 101-108.
- Borrell, C., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., & Navarro, V. (2007). Politics and health. *J Epidemiol Community Health*, 61, 658-659.
- Bourgueil, Y., Marek, A., & Mousquès, J. (March de 2006). Vers une Coopération entre Médecins et Infirmières L'apport d'expériences européennes et canadiennes. *Série études*(57).
- Brennan, G., & Buchanan, J. (1985). *The Reason of Rules*. Londres: Cambridge University Press.
- Browne, A., & Wildavsky, A. (1998). ¿Qué debe significar la evaluación para la implementación? En J. Pressman, & A. Wildavsky, *Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Buchanan, J. (1989). *Essays on the Political Economy*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Buchanan, J., & Tullock, G. (1962). *The Calculus of Consent*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Burke, M., & Matlin, S. (2008). *Global Forum for Health Research. Monitoring financial flows for health research 2008*. Geneva: Global Forum for Health Research.
- Birkland, Thomas A. (2001), *Introduction to the Policy Process: Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making*, Armonk, M.E. Sharpe.
- Çağlayan-Akay, E., & Van, M. H. (2017). Determinants of the Levels of Development Based on the Human Development Index: Bayesian Ordered Probit Model. *International Journal of Economics and Financial Issues*, 7(5), 425-431.



- Camara de Diputados del H. Congreso de la Union. (20 de enero de 2004, 20 enero). Ley General de Desarrollo Social. México, DF: Diario Oficial de la Federación.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Union. (30 de Marzo de 2006). Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. DECRETO por el que se expide la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Diario Oficial de la Federación.
- Cámara de Diputados. (30 de enero de 2018). Ley de Coordinación Fiscal. México, D.F.
- Castellanos, P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En F. M. (Autores). México: McGraw-Hill-Interamericana.
- Castells-Quintana, D., Royuela, V., & Thiel, F. (May/Jun de 2019). Inequality and sustainable development: Insights from an analysis of the human development index. *Sustainable Development*, 27(3), 448-460.
- Cattaneo, M., Galiani, S., Gertler, P., Martinez, S., & Titiunik, R. (2009). Housing, Health, and Happiness. *American Economic Journal: Economic Policy*, 75-105.
- Cavero, J., Corrales, H., González, Y., Lorenzo, C., & Prieto, M. y. (2011). Material docente de econometría. Esquemas de teoría. Madrid, España.
- CEPAL. (15 de Enero de 2023). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Obtenido de Cepal temas ODM: <https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio#ODM%204>
- Chertorivski-Woldenberg, S. (2011). Seguro Popular: logros y perspectivas. *Gaceta Medica De Mexico*, 147(6), 487-496.
- Chung, H., & Muntaner, C. (2007). Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy*, 80, 328–339.
- CNPSS. (2007). Informe de Resultados segundo semestre 2006. México, D.F.: Secretaría de Salud.
- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science & Medicine*, 58, 41-56.



- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., . . . Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 93-98.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2015). Avanzando hacia la equidad Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España. Madrid: Gráficas Naciones, S.L.
- CONAPO. (2 de Octubre de 2020). <http://www.conapo.gob.mx/>. Obtenido de Indicadores demográficos de México de 1950 a 2050: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html#
- CONEVAL. (2013). Guía para Elaboración de la Matriz de Indicadores para Resultados. México, DF.
- CONEVAL. (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México, Distrito Federal: CONEVAL.
- Cook, T., & Gruder, C. (February de 1978). Metaevaluation Research. *Evaluation Quarterly*, 2(1), 5-51.
- Corzo, J. (2020). Diseño de políticas públicas 4º Edición. Una guía práctica para transformar ideas en proyectos viables. IEXE Editorial.
- CPEUM. (3 de Febrero de 1983). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. D.F., México: Diario Oficial de la Federación.
- CPEUM. (5 de febrero de 1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Distrito Federal, México: Diario Oficial de la Federación.
- Crespo, J. (2006). Para entender a El Estado. México, D.F., México: Nostra Ediciones.
- Cruz, Á. (15 de enero de 2020). Uso discrecional y desvío de recursos dieron al traste con el Seguro Popular. *Periódico La Jornada*, pág. 3.
- Curcio, P. (2007). Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud. *Revista Politeia*, 30(38), 59-85.



- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s220-s232.
- De Buen, N. (1996). Principios constitucionales de la seguridad social mexicana en el contexto de la globalización. En M. Mussot, & M. Luisa, *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social* (págs. 17-39). D.F., México: Fundación Ebert/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- DGED. (Octubre de 2014). Gobierno de México. Obtenido de Secretaría de Salud: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/56515/Fichas.pdf>
- Dror, Y. (2007). Prolegómenos para las ciencias de políticas. En L. F. Aguilar Villanueva, *En el estudio de las Políticas Públicas*. México, D.F., México: Miguel Ángel Porrúa.
- Duarte, T., & Jiménez, R. E. (Diciembre de 2007). Aproximación a la teoría del bienestar. *Scientia et Technica*, Año XIII(37), 305-310.
- Dumitrescu, E., & Hurlin, C. (2012). Testing for Granger non-causality in heterogeneous panels. *Economic Modelling*, 4(29), 1450-1460.
- Dunn, W. (2014). *Public Policy Analysis: Pearson New International Edition* (Fifth Edition ed.). Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Edwards, W., Guttentag, M., & Snapper, K. (1975). A Decision-Theoretic Approach to Evaluation Research. En E. L. Struening, & M. Guttentag, *Handbook of Evaluation Research* (págs. 139-181). SAGE Publications.
- Esparza, E., Villacrés, T., Flores, V., & Ferrelli, R. (2015). Ecuador. Fortalezas y debilidades del país para abordar con éxito las inequidades en salud. En P. EUROsociAL, *Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales. Contribuciones del encuentro regional "La toma de decisiones para la equidad en salud"* (págs. 95-99). Madrid: Programa EUROsociAL.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.



- Fernández de Castro, P. (1988). Panorama Histórico y Epidemiológico del Paludismo en México. D.F., México: Secretaría de Salud.
- Fierros, A. (2014). Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta médica de México*, 150(2), 195-199.
- Figueras, J., Musgrove, P., Carrin, G., & Durán, A. (2002). Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 5-17.
- Fischer, F. (1995). *Evaluating Public Policy*. Chicago: Nelson-Hall.
- Flamand, L., & Moreno-Jaimes, C. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del Seguro Popular (2006-2012). *Foro Internacional*, 219(1), 217-261.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. (F. Perujo, Trad.) México, D.F.: Siglo XXI editores.
- Franco, M., Ramos, L., & Hernández, Y. (2010). Combinación de datos de corte transversal y de series temporales: la utilización de datos de panel. *Contribuciones a la Economía*, 2010(10).
- Frenk Julio, K. F.-D. (2004). *Financiamiento Justo Y Protección Social Universal: La Reforma Estructural Del Sistema De Salud En México*.
- Frenk, J. (2003). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública 3ra edicion*. México: FCE, SEP, CONACYT.
- Frenk, J., González, P. E., Gómez, O. D., Lezana, M., & Knaul, F. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 49, S23-S36.
- Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez, O. D., & Knaul, F. (2003). Evidence-based health Policy: Three Generations of Reform in Mexico. *The Lancet*, 362(9396), 1667-1671.
- Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez, O. D., & Knaul, F. (2006). Bridging the Divide: Global Lessons from Evidence-Based Health Policy in Mexico. *The Lancet*, 368(9539), 954-961.
- Friedman, M. (1953). *Essays in Positive Economics*. Chicago: University of Chicago Press.



- Fundación Mexicana para la Salud. (enero de 2011). Derecho a la protección de la Salud en México. México, D.F., México.
- FUNSALUD. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública de México, 55, E3-E64.
- Gakidou, E., Lozano, R., González, E. P., Abbott, J. K., T Barofsky, J., Bryson, C. C., . . . Murray, C. (2006). Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 368(9550), 1920-1935.
- Galárraga, O., Sosa, S. R., Salinas, A., & Sesma, S. (1 de June de 2008). The impact of universal health insurance on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in México: A model with an endogeneous treatment variable. Health, Econometrics and Data Group, HEDG The University of York.
- Gamboa, C., & Ferrelli, R. (2015). Costa Rica Fortalezas y debilidades del país y de su sistema para abordar con éxito las inequidades en salud. En P. EUROsociAL, Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales. Contribuciones del encuentro regional (págs. 81-85). Madrid: Programa EUROsociAL.
- Garrido, F. L., Hernández, H. L., & Gómez, O. D. (2008). Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. *Salud pública*, 50(Suplemento 4), S429-S436.
- GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 1459-1544.
- Gewirth, L. (1978). Reason and Morality. Chicago: University of Chicago Press.
- Gobierno Nacional de la República de Ecuador . (27 de Mayo de 2020). ¿QUE ES LA RPIS? Obtenido de Sitio web del Ministerio de Salud Pública : http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/index.php?option=com_content&view=article&id=157:rpis&catid=12:programas&Itemid=10
- Goldberger, A. (1964). *Econometric Theory*. Nueva York: John Wiley & Sons.



- Gomanee, K., Girma, S., & Morrissey, O. (April de 2005). Aid, public spending and human welfare: evidence from quantile regressions. *Journal of International Development*, 17(3), 299-309.
- Gómez-Camelo, D. (2005). Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe. *Revista de Salud Pública*, 305-316.
- González-Block, M. Á., & Leyva, R. (1988). Economía Política de la Descentralización de la Salud en México: Un Análisis Comparativo de sus Consecuencias en la Planeación Sectorial y Regional. D.F., México: Centro de Investigaciones en Salud Pública.
- González-Block, M., Leyva, R., Zapata, O., Loewe, R., & Alagón, J. (1989). Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy. *Health Policy and Planning*, 4(4), 301-315.
- González, J. (1998). Amartya Sen y la elección colectiva. *Cuadernos de economía*, 165-183.
- Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *clarifying policy understandings*(82), 101-124.
- Granada, E. (1992). Avances Conceptuales y Metodológicos sobre Condiciones de Vida y Salud. II Taller Latinoamericano de Medicina Social, (págs. 41-55). Caracas.
- Greene, W. (2007). Análisis econométrico. USA: Prentice Hall.
- Guanais, F., Gómez-Suárez, R., y Pinzón, L. (December de 2012). Series of Avoidable Hospitalizations and Strengthening Primary Health Care: Primary Care Effectiveness and the Extent of Avoidable Hospitalizations in Latin America. Inter-American Development Bank.
- Gujarati, D., & Porter, D. (2010). *Econometría* (5a. edición ed.). México, D.F.: The McGraw-Hill.
- Gutierrez, E., & Gonzalez, E. (2010). de las teorías del desarrollo al desarrollo sustentable. construccion de un enfoque multidisciplinario. México: Siglo XXI Editores.
- Gutiérrez, E., & Picazzo, E. (2009). La teoría del desarrollo humano y la propuesta del trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)". En M. y. Ruíz,



- Capital Humano del Siglo XXI: condiciones y estrategias para su desarrollo. México: UANL/Tendencias Científicas.
- Hernández-Quevedo, C., Peiró, R., & Villalbí, J. (2016). La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. Informe SESPAS 2016. Gaceta Sanitaria, S1(30), 1-2.
- Hernández, J. T., Avila, L. B., Valencia, A. M., & Poblano, O. V. (2008). Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México. Revista de Salud Pública, 10(1), 18-32.
- Hernández, L. (Enero de 2007). Sistemas de salud: marco conceptual. La construcción social del futuro de la salud en Guatemala. Guatemala.
- Hernández, R. S., Fernández, C. C., & Baptista, M. d. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México, México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hills, J. (2001). End and means: the future roles of social housing in England. London: ESCR Research Center for Analysis of Social Exclusion.
- Im, K., Pesaran, H., & Shin, Y. (July de 2003). Testing for unit roots in heterogeneous panels. Journal of Econometrics, 115(1), 53-74.
- IMSS. (1997). Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social. D.F., México, México.
- INEGI. (2011). Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México. México: United Nations.
- INEGI. (2021). Censo de población y vivienda 2020. Recuperado el Julio de 2019, de sitio web de INEGI: <https://censo2020.mx/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad. (1990). Boletín Informativo 8. México, D.F.: IMSS-Solidaridad.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud. (Agosto de 2012). Base de datos de mortalidad 1979-2011. Obtenido de principales causas de muerte con Lista GBD: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/cubos.html>



- International Labour Office. (2010). World Social Security Report 2010/11: providing coverage in times of crisis and beyond. Geneva: IOL.
- Judt, T. (2013). Thinking the Twentieth Century. London: Vintage Digital.
- Kao, C., & Chiang, M. (2002). Nonstationary Panel Time Series Using NPT 1.3 - A User Guide. Obtenido de Center for Policy Research, Syracuse University: <http://faculty.maxwell.syr.edu/cdkao/working/npt.html>
- Kaplan, A. (1964). The Conduct of Inquiry. San Francisco: Chandler.
- Kelly, M., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J., & Bergman, V. (2007). The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. Geneva: World Health Organization.
- Kelly, M., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J., & Bergman, V. (October de 2007). Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health. Recuperado el 13 de Junio de 2020, de Sitio web de la World Health Organization: https://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf
- Kerlinger, F. (1975). Investigación del comportamiento. Mexico, D.F., México: McGraw-Hill.
- King, G., Gakidou, E., Imai, K., Lakin, J., Moore, R., Nall, C., . . . Hernández, H. L. (25 de April de 2009). Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet*, 373(9673), 1447-1454.
- King, G., Gakidou, E., Ravishankar, N., Moore, R., Lakin, J., Vargas, M., . . . Hernández, H. L. (2007). A "Politically Robust" Experimental Design for Public Policy Evaluation, with Application to the Mexican Universal Health Insurance Program. *Journal of Policy Analysis and Management*, 26(3), 479-506.
- Kingdon, J. (2011). Agendas, alternatives, and public policies. Longman.
- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., . . . Nigenda, G. (marzo-abril de 2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública de México*, 55(2), 207-235.



- Knaul, F., & Frenk, J. (November/December de 2005). Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health affairs*, 24(6).
- Krieger, N. (2008). Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do With It? *American Journal of Public Health*, 2(98), 221-230.
- Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., & Barbeau, E. (2005). Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social Science & Medicine*, 61, 1576–1596.
- Landreth, H., & Colander, D. (2006). *Historia del pensamiento económico* (Cuarta edición ed.). (E. Rabasco, Trad.) Madrid, España: Mac Graw Hill.
- Lange, O., & Taylor, F. M. (1964). On the Economic Theory of Socialism. En B. Lippincott, *On the Economic Theory of Socialism* (pág. 144). New York: McGraw-Hill.
- Lasswell, H. (1951). *The Policy Orientation*. Stanford University Press.
- Laswell, Harold (1956), *The Decision Process: Seven Categories of Functional Analysis*, Maryland, University of Maryland.
- Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Laurell, A. (Enero de 1997). No hay pierde: Todos pierden. *Salud de los Trabajadores* , 5(1), 47-54.
- Laurell, A. C. (1976). Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, 3(6), 79-87.
- Laurell, A. C. (1996). Para pensar una política social alternativa. En C. Vilas, *Estado y políticas sociales despues del ajuste: Debates y alternativas* (págs. 183-187). D.F., México: Nueva Sociedad.
- Laurell, A. C. (Junio de 1992). La política social en el proyecto neoliberal. *Necesidades económicas y realidades socio-políticas*. Cuadernos Médico Sociales(60), 1-11.
- Laurell, A., & Lopez, O. (1996). Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health. *International Journal of Health Services*, 26(1), 1-18.



- Laurell, C. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. En L. A. (coord.), Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud (págs. 9-31). México: Fundación Friedrich Ebert/UAM-X.
- Leal, G. (enero-abril de 2013). ¿Protección social en salud? Ni "seguro", ni "popular". Estudios políticos (novena época)(28), 163-193.
- Leal, G., Sánchez, H. J., & León, J. L. (mayo-agosto de 2016). Sobre la propuesta de "universalidad" en salud: Mercedes Juan y Enrique Peña Nieto. Estudios Políticos, novena época(38), 117-141.
- Levin, A., Lin, C.-F., & Chu, C.-S. J. (May de 2002). Unit root tests in panel data: asymptotic and finite-sample properties. Journal of Econometrics, 108(1), 1-24.
- Ley General de Contabilidad Gubernamental. (31 de diciembre de 2008). Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación.
- Ley General de Salud. (29 de noviembre de 2019). DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. México.
- Ley General de Salud. (4 de junio de 2014). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los Títulos Tercero Bis y Décimo Octavo de la Ley General de Salud. D.F., México: Diario Oficial de la Federación.
- Lopera, M. (1999). Justicia distributiva ¿legitimidad o consenso? Lecturas de economía, 52, 197-203.
- López-Arellano, O., & Blanco-Gil, J. (jan-fev de 2001). La polarización de la política de salud en México. Cadernos de Saúde Pública, 17(1), 43-54.
- López-Casasnovas, G., & Soley-Bori, M. (2014). The Socioeconomic Determinants of Health: Economic Growth and Health in the OECD Countries during the Last Three Decades. Environmental Research and Public Health, 11(1), 815-829.
- López, O. (1990). La política de salud en México 1982-88. Una visión crítica. Tesis de Maestría en Medicina Social. D.F., México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.



- López, O. (1992). La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social? En A. Laurell, Estado y políticas sociales en el neoliberalismo (págs. 165-183). México D.F.: Friedrich Ebert Stiftung.
- López, O. (1996). La estrategia descentralizadora en una política social incluyente. En A. Laurell, Hacia una Política Social Alternativa. D.F., México: Fundación Ebert/Instituto de Estudios de la Revolución Democrática.
- Lopez, O., & Blanco, J. (1990). Política de salud e impacto epidemiológico. Primera Época, Invierno 90(20), 19-28.
- Lopez, O., & Blanco, J. (1993). La modernización neoliberal en salud: México en los ochenta. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Lynch, J., Smith, G., Kaplan, G., & House, J. (29 de April de 2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. British Medical Journal, 320, 1200-1204.
- Macmahon, B., & Pugh, T. (1975). Principios y Métodos de Epidemiología. 2a edición. México D.F.: Prensa Médica Mexicana.
- MacRae, D. (1976). The Social Function of Social Science. New Haven and London, 352.
- Maddala, G., & Wu, S. (November de 1999). A Comparative Study of Unit Root Tests with Panel Data and a New Simple Test. Oxford Bulletin of Economics and Statistics, 61(S1), 631-652.
- Maquiavelo, N. (2010). El principe. Madrid : Alianza.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet, 1153-1163.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (19 de May de 2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. British Medical Journal, 322, 1233-1236.
- Martorell, B., Riquelme, C., & Ferrelli, R. (2015). Chile. Fortalezas y debilidades del país y de su sistema para abordar con éxito las inequidades en salud. En P. EUROsociAL, Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales.



- Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”. (págs. 87-93). Madrid: Programa EUROsociAL.
- May, J. (1977). Medical Geography: its methods and objectives. *Social Science and Medicine*(5), 715-730.
- McKeown, T. (1982). El papel de la medicina: ¿Sueño, espejismo o nemesis? México: Siglo XXI Ediciones.
- Meadows, D., Meadows, D., Randers, J., & Behrens, W. (1972). The limits of growth A report for the Club of Rome's Project on the predicament of mankind. New York: Universe Books.
- Meara, J., Leather, A., Hagander, L., Alkire, B., Alonso, N., Ameh, E., . . . Greenberg, S. (2015). Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*, 386(9993), 569–624.
- Merino, M. (2013). Políticas públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos. Mexico, D.F., México: Centro de Investigación y Donaciones Económicas A.C.
- Mertins, H. (1979). Professional Standards and Ethics: A Workbook for Public Administrators. Washington, D.C.: American Society for Public Administration.
- Ministerio de Salud Pública. (18 de Mayo de 2020). Programas del Ministerio de Salud Pública. Obtenido de Gobierno Nacional de la República del Ecuador: http://instituciones.msp.gob.ec/dps/morona_santiago/index.php?option=com_content&view=article&id=157:rpis&catid=12:programas&Itemid=10,
- Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de Marzo de 2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, Colombia.
- Montiel, L. (2004). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Revista IIDH*, 40, 291-313.
- Mueller, M., Suzuki, E., Di Paolantonio, G., Hewlett, E., & James, C. (2021). The health impact of COVID-19. En OCDE, Health at a Glance 2021: OECD Indicators (págs. 37-76). Paris: OECD Publishing.



- Mujica, O. (2014). Perspectivas sobre el por qué y el cómo y el para qué. En P. EUROsociAL, Monitoreo de la equidad en salud. Lima.
- Murray, C., & Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. En O. M. Salud, Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos No. 3 (págs. 149-162).
- Naciones Unidas. (21 de octubre de 2015). Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la Salud Pública. Salud Pública, 49-54.
- Navarro, V., Borrell, C., Benach, J., Muntaner, C., Quiroga, A., Rodríguez-Sanz, M., . . . Pasarín, M. I. (2003). The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. International Journal of Health Services, 419-494.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M., . . . Pasarín, M. (14 de September de 2006). Politics and health outcomes. Lancet, 368, 1033–1037.
- Nigenda, G. (2005). El seguro popular de salud en México Desarrollo y retos para el futuro. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Nuhu, K. M., McDaniel, J. T., Alorbi, G. A., & Ruiz, J. I. (January de 2018). Effect of healthcare spending on the relationship between the Human Development Index and maternal and neonatal mortality. International Health, 10(1), 33-39.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. Washington, D.C.: World Bank Institute.
- OCDE. (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
- OCDE. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. París: Ediciones OCDE.
- OCDE. (2019). Health expenditure per capita. En OCDE, Health at a Glance 2019: OECD Indicators (págs. 149-151). París: OECD Publishing.
- OCDE. (2021a). Health expenditure in relation to GDP. En OCDE, Health at a Glance 2021: OECD Indicators (págs. 187-188). Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2021b). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.



- OECD et al. (2019). *Latin American Economic Outlook 2019: Development in Transition*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2016). *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*. París: OECD Publishing.
- OECD Organisation for Economic Cooperation and Development. (Agosto de 2013). Health data 2013. Obtenido de <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>
- OECD. (1 de febrero de 2023). OECD Health Statistics 2022 . Obtenido de Topics: OECD Health Statistics 2022
- OECD/The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: OECD Publishing.
- OMS, OCDE y BM. (2020). *Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.
- OMS. (1 de febrero de 2023). Alimentación del lactante y del niño pequeño . Obtenido de Sitio Web Mundial: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- OMS. (1 de febrero de 2023). Malnutrición. Obtenido de Centro de prensa: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20%C2%ABmalnutrici%C3%B3n%C2%BB%20se%20refiere,de%20nutrientes%20de%20una%20persona.>
- OMS. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el Mayo de 2020, de <https://aplicaciones.sre.gob.mx:https://aplicaciones.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/OMS-CONST.pdf>
- OMS. (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.



- OMS. (2005). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal S.A.
- OMS. (2005). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal S.A.
- OMS. (2005). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal S.A.
- OMS. (2006). Trabajar en pro de la salud. (OMS) Recuperado el 13 de Mayo de 2020, de Sitio Web de la Organización Mundial de la Salud: Retrieved from www.who.int/es
- OMS. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud Informe de la Secretaría. 124ª Reunion, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Ginebra.
- OMS. (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Luxembourg: Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2019). ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? Recuperado el Junio de 2019, de Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
- ONU Consejo Económico y Social. (11 de agosto de 2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. Ginebra, Suiza.
- ONU: Asamblea General. (16 de diciembre de 1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI). Naciones Unidas.
- ONU. (10 de diciembre de 1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III). París.



- OPS. (1 de febrero de 2023). Health Information Plataform for the Americas PLISA. Obtenido de Portal de Indicadores Básicos: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>
- OPS. (2000). Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica. Washington.
- OPS. (2012). Salud en las Américas, edición de 2012. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2017). Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. 29a Conferencia Sanitaria Panamericana (pág. 58). Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (Septiembre de 2017). Acerca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Obtenido de Sitio Web OPS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=planning-budget-9000&alias=38003-plan-estrategico-organizacion-panamericana-salud-2014-2019-003&Itemid=270&lang=es
- OPS. (Septiembre de 2017). Acerca de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Obtenido de Sitio Web OPS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=planning-budget-9000&alias=38003-plan-estrategico-organizacion-panamericana-salud-2014-2019-003&Itemid=270&lang=es
- Ortegón, E., Pacheco, J., & Prieto, A. (Julio de 2005). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Santiago, Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Ortiz, M. (2006). El seguro popular. Una crónica de la democracia mexicana. D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Palomino, P. A., Grande, M. L., & Linares, M. (Junio de 2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología, 72(Extra 1), 71-91.



- Pareto, V. (1945). *Manual of Political Economy*. (G. Cabanellas, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Atalaya.
- Pasteur, L. (1946). *Memorias de Luis Pasteur. Conmemoración del bicentenario de la muerte de Pasteur*. México D.F.: Sociedad Mexicana de Historia Natural.
- Pedroni, P. (10 de December de 1999). Critical Values for Cointegration Tests in Heterogeneous Panels with Multiple Regressors. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 61, 653-670.
- Pedroni, P. (2004). Panel cointegration: Asymptotic and finite sample properties of pooled time series tests with an applicaton to the PPP hypothesis. *Econometric Theory*, 20(3), 597-625.
- Pepper, S. (1958). *The Sources of Value*. Berkeley: University of California Press.
- Pérez, M. (2010). *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudio de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C.
- Pesaran, H. M. (18 de April de 2007). A simple panel unit root test in the presence of cross-section dependence. *Journal of Applied Econometrics*, 22(2), 265-312.
- Pesaran, H. M. (July de 2006). Estimation and Inference in Large Heterogeneous Panels with a Multifactor Error Structure. *Econometrica*, 74(4), 967-1012.
- Pesaran, H. M., & Smith, R. (July de 1995). Estimating long-run relationships from dynamic heterogeneous panels. *Journal of Econometrics*, 68(1), 79-113.
- Picazzo, E., Gutiérrez, E., Infante, J., & Cantú, P. (2011). La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal. *Estudios Sociales: Revista de investigación científica*, 19(37), 253-280.
- Pigou, A. (1932). *The Economics of Welfare* (cuarta edición ed.). Londres: Macmillan.
- Pinilla-Rodríguez, D., Jiménez, J. d., & Montero-Granados, R. (Julio-Septiembre de 2014). Descentralización fiscal en América Latina. Impacto social y determinantes. *Investigación económica*, LXXIII(289), 79-110.
- Piña, B. (1990). *Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad; Tomo I*. México D.F.: Universidad Autónoma de México.



- Plataforma de información en salud para las américas. (28 de octubre de 2019). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recuperado el octubre de 2019, de Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA): <http://www.paho.org/data/index.php/es/>
- PNUD. (1990). Informe del Desarrollo Humano. New York: PNUD.
- PNUD. (2020). Informe sobre Desarrollo Humano 2020. Nueva York.
- Poder Ejecutivo Federal. (1988). Plan Nacional de Desarrollo 1984-1988. D.F., México: Poder ejecutivo federal.
- Porter, R. (2004). Breve historia de la medicina: desde la antigüedad hasta nuestros días. México: Taurus.
- Presidencia de la República de México. (12 de julio de 2019). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. D.F., México: Diario Oficial de la Federación.
- Programa EUROsociAL. (junio de 2015). Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales. Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”. Colección Documentos de Trabajo n° 39. (R. Ferrelli, Recopilador) México D.F., México: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.
- Programa Nacional de Solidaridad (México). Consejo Consultivo. (1991). El Combate a la pobreza: lineamientos programáticos (Vol. 2). D.F., México: El Nacional.
- Ramoni, J., & Orlandoni, G. (2013). Modelos de regresión de datos panel y su aplicación en la evaluación de impactos de programas sociales. TELOS, 15(1), 119-127.
- Raphael, D., & Bryant, T. (2004). The welfare state as a determinant of women’s health: support for women’s quality of life in Canada and four comparison nations. Health Policy, 68, 63-79.
- Rawls, J. (1968). A Theory of Justice. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Reglamento de la Ley General de Salud. (17 de diciembre de 2014). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación.



- Rein, M., & White, S. (1977). Policy Research: Belief and Doubt. *Policy Analysis*, 3(2), 239-271.
- Restrepo, J., & Rodríguez, S. A. (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Revista de Economía Institucional*, 7(12), 165-190.
- Rodríguez, M., Freire, M. J., & Pais, C. (January–April de 2017). El efecto del gasto público sanitario y educativo en la determinación del bienestar de los países de la OCDE: un modelo con datos de panel. *Asociación Cuadernos de Economía*, 41(115), 104-118.
- Rosen, G. (1972). The evolution of social medicine. En E. Howard, L. Sol, & L. Reeder, *Handbook of medical sociology* (págs. 30-62). Prentice-Hall.
- Rossi, P., & Wright, S. (1977). *Evaluation Research: An Assessment of Theory, Practice, and Politics*. *Evaluation Quarterly*, 5-52.
- Rousseau, J.-J. (12 de Junio de 1754). Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres. *Escritos de Combate*. Chamberí.
- Ruiz-Massieu, J. F. (1984). La descentralización de los servicios de salud. *Salud Pública*, 7-16.
- Salazar, C. (2011). *Políticas públicas*. Puebla, Puebla, México: Instituto de Estudios Jurídicos de Puebla.
- Samuelson, P., & Nordhaus, W. (2005). *Economía* (Decimoctava edición ed.). (R. del Bosque Alayón, Ed., M. G. Cevallos Almada, V. Hernández y Pozo, M. d. Hano Roa, & M. I. Pérez de Lara Choy, Trads.) México D.F., México: McGraw-Hill Interamericana.
- Samuelson, P., Koopmans, T., & Stone, J. (April de 1954). Report of the Evaluative Committee for Econometrica. *Econometrica*, 22(2), 141-146.
- Schumpeter, J. A. (1951). *Historia del análisis económico* (Versión española de Manuel Sacristán y prólogo de Fabián Estapé ed.). Barcelona: Editorial Bosch.
- Scott, J. (2006). *Seguro Popular Incidence Analysis*. México, D.F., México: Documento de Trabajo del CIDE.



- Segura, A. U. (2007). The political economy of the welfare state in Latin America globalization, democracy, and development. New York: Cambridge University Press.
- Sen, A. (18 de Mayo de 1999). "La salud en el desarrollo". Ponencia presentada en la 52 Asamblea Mundial de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- Sen, A. (1970). Collective Choice and Social Welfare. Amsterdam: Elsevier.
- Sen, A. (1985). Commodities and Capabilities. Oxford: North-Blackwell.
- Sen, A. (1997). Bienestar, justicia y mercado. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Sen, A. (1997). Bienestar, justicia y mercado. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Sen, A. (2000). Desarrollo y Libertad. Buenos Aires: Planeta.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública, 11(5), 302-309.
- Sen, A., & Nussbaum, M. C. (1993). La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, G., & Östlin, P. (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. WHO Commission on Social Determinants of Health.
- Shamah, T., Vielma, E., Heredia, O., Romero, M., Mojica, J., Cuevas, L., . . . Rivera, J. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales. D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sierra, D. (2007). Para entender a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, D.F., México: Nostra Ediciones.
- Soberón, G., Kumate, J., & Laguna, J. (1988). La salud en México: testimonios 1988: fundamentos del cambio estructural. México, D.F.: Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva, Switzerland: World Health Organization.



- Sosa, S. R., Galarraga, O., & Harris, J. (October de 2007). Heterogeneous Impact of the 'Seguro Popular' Program on the Utilization of Obstetrical Services in Mexico, 2001-2006: A Multinomial Probit Model with a Discrete Endogenous Variable. *Journal of Health Economics*, 20-34.
- SSA. (11 de 01 de 1991). Programa Nacional de Salud 1990-1994. D.F., México: Diario Oficial de la Federación.
- SSA. (11 de Marzo de 1996). PROGRAMA de Reforma del Sector Salud 1995-2000. D.F., México.
- SSA. (11 de Marzo de 1996). Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México, D.F., México.
- SSA. (15 de diciembre de 2022). Anuario de Morbilidad 1984-2021. Obtenido de Glosario de términos: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html>
- SSA. (17 de Agosto de 2020). Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Diario Oficial de la Federación, págs. 53-101.
- SSA. (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, D.F., México.
- SSA. (2001). Reporte de la SSA sobre las unidades privadas con servicio de hospitalización en el México del 2001. México, D.F.
- SSA. (2005). Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. D.F., México, México: Secretaría de Salud.
- SSA. (2012). Informe de Resultados 2012. D.F.: Secretaría de salud.
- SSA. (2014). Programa de acción específico. Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018, 116.
- SSA. (2014). Programa de acción específico. Promoción de la salud y determinantes sociales 2013-2018, 116.
- SSA. (2019). Atención Primaria de Salud Integral e Integrada APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa. México: Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud.



- SSA. (2022). Gobierno de México. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud:https://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud?state=published>
- SSA. (7 de febrero de 1984). Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación. México.
- Stanley, B., & Randy, G. (2009). Historia del pensamiento económico (Séptima Edición ed.). (G. Meza, Trad.) México D.F.: Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.
- Staples, A. (2008). Primeros pasos de la higiene escolar decimonónica. En C. Agostoni, Curar, sanar y educar Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX (págs. 17-42). México: Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas/ Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Stock, J., & Watson, M. (July de 1993). A Simple estimator of cointegrating vectors in higher order integrated systems. *Econometrica*, 61(4), 783-829.
- Stuckler, D., Feigl, A., Basu, S., & McKee, M. (2010). The political economy of universal health coverage. First global symposium on health system research. Montreux, Switzerland.
- Stuckler, D., King, L., & McKee, M. (2009). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*(373), 399–407.
- Susser, M. (1972). Agent, Host and Enviroment as an ecological system. *Causal Thinking in the Health Sciences*. New York: Oxford University Press.
- Tamez , S. G., & Eibenschutz, C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Revista de Salud Pública [en linea]*(10), 133-145.
- Terrist, M. (1975). Approaches to an Epidemiology of Health. *The American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.
- Tetelboin, C., Piña, M. d., & Melo, K. (Julio-Diciembre de 2020). El Sistema de Salud de México y los cambios durante el primer año de Gobierno del presidente López Obrador. *Segúnda época*, 14(28), 34-53.



- The World Bank. (1 de febrero de 2023). Health Nutrition and Population Statistics. Obtenido de Databank: <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics#>
- Ulloa, O. (1996). Nueva ley del Seguro Social: la reforma previsional de fin de siglo. *El cotidiano*, 27-52.
- United Nations. (18 de Diciembre de 2022). Department of Economic and Social Affairs. Obtenido de *SDG Indicators Database*: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/countryprofiles/mex#goal-2>
- United Nations. (1 de Febrero de 2023). Goals. Obtenido de Sustainable Development: <https://sdgs.un.org/goals>
- United Nations Development Programme. (2022). Human Development Report 2021/2022. https://hdr.undp.org/system/files/documents/...report.../hdr2021-22pdf_1.pdf
- UNICEF. (15 de febrero de 2023). Desnutrición infantil. Obtenido de Sitio web de la UNICEF México: <https://www.unicef.org/mexico/desnutrici%C3%B3n-infantil#programme-challenge>
- Uribe, M., & Abrantes, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perfiles Latinoamericanos*, julio-diciembre(42), 135-162.
- Verdugo, J., Miranda, J., Albizu, J., Morales, L., & Hernández, L. (2002). *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. bases y lineamientos*. Guatemala: Instituto Nacional de Salud.
- Von Mises, L. (1935). *Economic Calculation in the Socialist Commonwealth*. En F. Hayek, *Collective Economic Planning*. Londres: Routledge and Sons.
- Von Mises, L. (1998). *Human Action: A Treatise on Economics*. Auburn: Ludwig von Mises Institute.
- Walsh, J., & Warren, K. (1979). Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. *The New England Journal of Medicine*, 301(18), 967-974.



- Weiss, C. (1972). *Evaluation Research*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Whitehead, M. (1 de September de 1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217–228.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO. (15 de Febrero de 2023). *Countries are spending more on health, but people are still paying too much out of their own pockets*. Obtenido de Sitio web de la World Health Organization: <https://www.who.int/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>
- WHO. (10 de Abril de 2023). *Personal sanitario*. Obtenido de Sitio web mundial: https://www.who.int/es/health-topics/health-workforce#tab=tab_1
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (October de 2010). *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger* (Vol. 39). New York: Bloomsbury Press.
- Williams, W. (1971). *Social Policy Research and Analysis*. New York: Elsevier.
- Wooldridge, J. (2002). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Wooldridge, J. (2010). *Introducción a la econometría un enfoque moderno* (4a. edición ed.). D.F., México: Cengage Learning Editores.
- World Bank. (1987). *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*. Washington, DC: World Bank Policy Study.



ANEXOS.

Anexo 1. Matriz de congruencia.

Problema			Objetivos		Hipótesis		Definición operacional		
General	Específicos	Variable	General	Específicos	General	Específicas	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
¿Cuáles fueron los principales factores que incidieron con el bienestar sanitario en México en el periodo 2001-2020?		Dependiente: El bienestar sanitario					"El mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo. ... la salud forma parte integrante de un buen desarrollo". En otras palabras "la buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. Una persona sana podrá más fácilmente obtener ingresos, obteniendo asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana" (Sen, 1999, p. 8). "El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se ofrece a las personas mayores oportunidades"; en otras palabras "el desarrollo humano se refiere más a la formación de capacidades humanas, tales como un mejor estado de salud". (PNUD 1990 P.19)	Bienestar en salud	Índice de salud por Entidad federativa
	¿Cuál es el nivel de influencia que la atención sanitaria tuvo en el bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020?	Independiente X1: El sistema de atención sanitaria	Identificar los principales factores que incidieron con el bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020.	Establecer el nivel de influencia que la atención sanitaria tuvo en el bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020.	La desnutrición, el sistema de atención sanitaria y el gasto público son los principales factores que incidieron con el bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020.	La atención sanitaria influye positivamente al bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020.	"El sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos" (OMS, 2005, p. 12) Sans Soins de Santé, expresa que "Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán"	Disponibilidad y accesibilidad	Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes Número de médicos generales y familiares por mil habitantes
	¿De qué manera la desnutrición influyó en el bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020?	Independiente X2: La desnutrición		Determinar la manera en la que la desnutrición influyó en el bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020.		La desnutrición influyó negativamente en el bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020.	El término «malnutrición» se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. (OMS, 2021)	Eficiencia	Promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente
	¿Cómo incide el gasto público sobre al bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020?	Independiente X3: El gasto público		Demostrar la incidencia del gasto público sobre el bienestar sanitario en México del periodo 2001-2020.		El gasto público incide de manera positiva al bienestar sanitario en México del 2001-2020.	Los sistemas de financiación deben diseñarse específicamente para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean eficaces; y para garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras (OMS, 2005).	Condiciones de salud	Incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años
								Sustentabilidad	Gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total

Fuente: Elaboración propia.



Anexo 2. Pruebas de raíz unitaria a niveles del Índice de Salud.

Im-Pesaran-Shin

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for logISC

Ho: Panels contain unit roots Number of panels = 32
Ha: Panels are stationary Number of periods = 20

AR parameter: Common Asymptotics: $N/T \rightarrow 0$
Panel means: Included
Time trend: Not included

ADF regressions: 2 lags
LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)

	Statistic	p-value
Unadjusted t	-1.0610	
Adjusted t*	0.1579	0.5627

Im-Pesaran-Shin unit-root test for logISC

Ho: All panels contain unit roots Number of panels = 32
Ha: Some panels are stationary Number of periods = 20

AR parameter: Panel-specific Asymptotics: $T, N \rightarrow \text{Infinity}$
Panel means: Included sequentially
Time trend: Not included

ADF regressions: 2 lags

	Statistic	p-value
W-t-bar	2.4855	0.9935





Anexo 4. Pruebas de raíz unitaria a niveles de las intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes.

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for logCiruX1000

Ho: Panels contain unit roots	Number of panels =	32
Ha: Panels are stationary	Number of periods =	20

AR parameter: Common Asymptotics: N/T -> 0
Panel means: Included
Time trend: Not included

ADF regressions: 2 lags
LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)

	Statistic	p-value
Unadjusted t	4.7690	
Adjusted t*	26.3080	1.0000

Im-Pesaran-Shin

Im-Pesaran-Shin unit-root test for logCiruX1000

Ho: All panels contain unit roots	Number of panels =	32
Ha: Some panels are stationary	Number of periods =	20

AR parameter:	Panel-specific	Asymptotics:	$T, N \rightarrow \text{Infinity}$
Panel means:	Included		sequentially
Time trend:	Not included		

ADF regressions: 2 lags

	Statistic	p-value
W-t-bar	13.3582	1.0000



Anexo 5. Pruebas de raíz unitaria a niveles del promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente.

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for logCon_Med_Gen_Fami

Ho: Panels contain unit roots Number of panels = 32
Ha: Panels are stationary Number of periods = 20

AR parameter: Common Asymptotics: $N/T \rightarrow 0$
Panel means: Included
Time trend: Not included

ADF regressions: 1 lag
LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)

	Statistic	p-value
Unadjusted t	-8.8118	
Adjusted t*	4.0406	1.0000

Im-Pesaran-Shin

Im-Pesaran-Shin unit-root test for logCon_Med_Gen_Fami

Ho: All panels contain unit roots Number of panels = 32
Ha: Some panels are stationary Number of periods = 20

AR parameter: Panel-specific Asymptotics: $T, N \rightarrow \text{Infinity}$
Panel means: Included sequentially
Time trend: Not included Cross-sectional means removed

ADF regressions: 1 lag

	Statistic	p-value
W-t-bar	1.3880	0.9174



Anexo 6. Pruebas de raíz unitaria a niveles del número de médicos generales y familiares por cada mil habitantes.

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for logMed_GenyFamX1000

Ho: Panels contain unit roots Number of panels = 32
Ha: Panels are stationary Number of periods = 20

AR parameter: Common Asymptotics: N/T -> 0
Panel means: Included
Time trend: Not included

ADF regressions: 2 lags

LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)

	Statistic	p-value
Unadjusted t	-6.7403	
Adjusted t*	-1.2870	0.0991

Im-Pesaran-Shin

Im-Pesaran-Shin unit-root test for logMed_GenyFamX1000

Ho: All panels contain unit roots Number of panels = 32
Ha: Some panels are stationary Number of periods = 20

AR parameter: Panel-specific Asymptotics: T,N -> Infinity
Panel means: Included sequentially
Time trend: Not included

ADF regressions: 2 lags

	Statistic	p-value
W-t-bar	2.0754	0.9810





Anexo 8. Pruebas de raíz unitaria en la primera diferencia del Índice de Salud.

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for $DlogISC$

Ho: Panels contain unit roots Number of panels = 32
 Ha: Panels are stationary Number of periods = 19

AR parameter: Common Asymptotics: $N/T \rightarrow 0$

Panel means: Included

Time trend: Not included

ADF regressions: 1 lag

LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)

	Statistic	p-value
Unadjusted t	-16.3313	
Adjusted t*	-9.3654	0.0000

Im-Pesaran-Shin

Im-Pesaran-Shin unit-root test for $DlogISC$

Ho: All panels contain unit roots Number of panels = 32

Ha: Some panels are stationary Number of periods = 19

AR parameter: Panel-specific Asymptotics: $T, N \rightarrow \text{Infinity}$

Panel means: Included

sequentially

Time trend: Not included

ADF regressions: No lags included

	Statistic	p-value	Fixed-N exact critical values		
			1%	5%	10%
t-bar	-3.8133		-1.820	-1.730	-1.690
t-tilde-bar	-2.8079				
Z-t-tilde-bar	-10.5032	0.0000			



Anexo 9. Pruebas de raíz unitaria en la primera diferencia del incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años.

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for DlogIDMyGM5		
Ho: Panels contain unit roots	Number of panels =	32
Ha: Panels are stationary	Number of periods =	19
AR parameter: Common	Asymptotics: N/T ->	0
Panel means: Included		
Time trend: Not included		
ADF regressions: 1 lag		
LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)		
	Statistic	p-value
Unadjusted t	-20.8625	
Adjusted t*	-5.8701	0.0000

Im-Pesaran-Shin

Im-Pesaran-Shin unit-root test for DlogIDMyGM5					
Ho: All panels contain unit roots	Number of panels =	32			
Ha: Some panels are stationary	Number of periods =	19			
AR parameter: Panel-specific	Asymptotics: T,N ->	Infinity			
Panel means: Included		sequentially			
Time trend: Not included	Cross-sectional means removed				
ADF regressions: No lags included					
	Statistic	p-value	Fixed-N exact critical values		
			1%	5%	10%
t-bar	-4.9178		-1.820	-1.730	-1.690
t-tilde-bar	-3.1201				
Z-t-tilde-bar	-12.8091	0.0000			



Anexo 10. Pruebas de raíz unitaria en la primera diferencia de las intervenciones quirúrgicas por cada mil habitantes.

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for D.logCirux1000

Ho: Panels contain unit roots Number of panels = 32
Ha: Panels are stationary Number of periods = 19

AR parameter: Common Asymptotics: N/T -> 0
Panel means: Included
Time trend: Not included Cross-sectional means removed

ADF regressions: 1 lag

LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)

	Statistic	p-value
Unadjusted t	-20.3929	
Adjusted t*	-9.5386	0.0000

Im-Pesaran-Shin

Im-Pesaran-Shin unit-root test for D.logCirux1000

Ho: All panels contain unit roots Number of panels = 32
Ha: Some panels are stationary Number of periods = 19

AR parameter: Panel-specific Asymptotics: T,N -> Infinity
Panel means: Included sequentially
Time trend: Not included Cross-sectional means removed

ADF regressions: No lags included

	Statistic	p-value	Fixed-N exact critical values		
			1%	5%	10%
t-bar	-5.0366		-1.820	-1.730	-1.690
t-tilde-bar	-3.1480				
Z-t-tilde-bar	-13.0154	0.0000			



Anexo 11. Pruebas de raíz unitaria en la primera diferencia del promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente.

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for D.logCirux1000		
Ho: Panels contain unit roots	Number of panels =	3
Ha: Panels are stationary	Number of periods =	1
AR parameter: Common	Asymptotics: N/T ->	0
Panel means: Included		
Time trend: Not included	Cross-sectional means removed	
ADF regressions: 1 lag		
LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)		
	Statistic	p-value
Unadjusted t	-20.3929	
Adjusted t*	-9.5386	0.0000

Im-Pesaran-Shin

Im-Pesaran-Shin unit-root test for D.logCirux1000					
Ho: All panels contain unit roots	Number of panels =	32			
Ha: Some panels are stationary	Number of periods =	19			
AR parameter: Panel-specific	Asymptotics: T,N ->	Infinity			
Panel means: Included		sequentially			
Time trend: Not included	Cross-sectional means removed				
ADF regressions: No lags included					
	Statistic	p-value	Fixed-N exact critical values		
			1%	5%	10%
t-bar	-5.0366		-1.820	-1.730	-1.690
t-tilde-bar	-3.1480				
Z-t-tilde-bar	-13.0154	0.0000			



Anexo 12. Pruebas de raíz unitaria en la primera diferencia del número de médicos generales y familiares por cada mil habitantes.

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for D.logMed_GenyFamX1000

Ho: Panels contain unit roots

Ha: Panels are stationary

Number of panels = 3

Number of periods = 4

AR parameter: Common

Panel means: Included

Time trend: Not included

Asymptotics: $N/T \rightarrow 0$

ADF regressions: 1 lag

LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)

	Statistic	p-value
Unadjusted t	-22.4879	
Adjusted t*	-7.0292	0.0000

Im-Pesaran-Shin

Im-Pesaran-Shin unit-root test for D.logCirux1000

Ho: All panels contain unit roots

Ha: Some panels are stationary

Number of panels = 32

Number of periods = 19

AR parameter: Panel-specific

Panel means: Included

Time trend: Not included

Asymptotics: $T, N \rightarrow \text{Infinity}$

sequentially

Cross-sectional means removed

ADF regressions: 1 lag

	Statistic	p-value
W-t-bar	-10.9296	0.0000



Anexo 13. Pruebas de raíz unitaria en la primera diferencia del gasto público en salud para población asegurada como porcentaje del gasto público total.

Levin-Lin-Chu

Levin-Lin-Chu unit-root test for D.logGto_Pob_Ase_Gto_To

Ho: Panels contain unit roots Number of panels =
 Ha: Panels are stationary Number of periods =

AR parameter: Common Asymptotics: N/T -> 0
 Panel means: Included
 Time trend: Not included

ADF regressions: 1 lag
 LR variance: Bartlett kernel, 8.00 lags average (chosen by LLC)

	Statistic	p-value
Unadjusted t	-19.3305	
Adjusted t*	-6.5723	0.0000

Im-Pesaran-Shin

Im-Pesaran-Shin unit-root test for D.logGto_Pob_Ase_Gto_To

Ho: All panels contain unit roots Number of panels = 32
 Ha: Some panels are stationary Number of periods = 19

AR parameter: Panel-specific Asymptotics: T,N -> Infinity
 Panel means: Included sequentially
 Time trend: Not included

ADF regressions: No lags included

	Statistic	p-value	Fixed-N exact critical values		
			1%	5%	10%
t-bar	-4.7477		-1.820	-1.730	-1.690
t-tilde-bar	-3.0454				
Z-t-tilde-bar	-12.2577	0.0000			



Anexo 14. Prueba de cointegración de Pedroni.

```
. xtointtest pedroni logISC logIDMyGM5 logCiruX1000 logCon_Med_Gen_Fami logMed_GenyFamX1000 logGto_Pob_Ase_Gto_To, ar(  
> same) lags(2)
```

Pedroni test for cointegration

Ho: No cointegration	Number of panels	=	32
Ha: All panels are cointegrated	Number of periods	=	19
Cointegrating vector: Panel specific			
Panel means:	Included	Kernel:	Bartlett
Time trend:	Not included	Lags:	0.00 (Newey-West)
AR parameter:	Same	Augmented lags:	2

	Statistic	p-value
Modified variance ratio	-6.7022	0.0000
Modified Phillips-Perron t	2.7667	0.0028
Phillips-Perron t	-3.4278	0.0003
Augmented Dickey-Fuller t	-6.0768	0.0000



Anexo 15. Prueba de cointegración de Westerlund.

```
. xtointtest westerlund logISC logIDMyGM5 logCirux1000 logCon_Med_Gen_Fami logMed_GenyFamX1000 logGto_Pob_Ase_Gto_To,  
> demean
```

Westerlund test for cointegration

Ho: No cointegration	Number of panels	=	32
Ha: Some panels are cointegrated	Number of periods	=	20

Cointegrating vector: **Panel specific**
Panel means: **Included**
Time trend: **Not included**
AR parameter: **Panel specific**

Cross-sectional means removed

	Statistic	p-value
Variance ratio	4.6867	0.0000



Anexo 16. Modelo econométrico DOLS.

```
xtldolshm logISC logIDMyGM5 logCiruX1000 logMed_GenyFamX1000 logCon_Med_Gen_Fa
> mi logGto_Pob_Ase_Gto_To
```

DOLS Hom. Panel data Coint. Estimation results

Group variable: ID

Wald chi2(5) = 161.35

Prob > chi2 = 0.000

Number of obs = 512

Number of groups = 32

Obs per group: min = 20

Avg = 20

Max = 20

R-squared = 0.8735

Adj R-squared = 0.8278

	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
logIDMyGM5	-0.0101596	0.0015915	-6.38	0.000	-0.0132788 -0.0070403
logCiruX1000	0.0276331	0.0036403	7.59	0.000	0.0204983 0.0347678
logMed_~1000	0.0222357	0.0044766	4.97	0.000	0.0134617 0.0310097
logCon_Med~i	0.0136705	0.0019496	7.01	0.000	0.0098493 0.0174917
logGto_Pob~o	0.0081491	0.0033665	2.42	0.015	0.0015509 0.0147474



Anexo 17. Test de normalidad de los residuales del modelo econométrico DOLS.

predict res1,residual
sktest res

Skewness/Kurtosis tests for Normality

Variable	Obs	Pr(Skewness)	Pr(Kurtosis)	adj chi2(2)	Prob>chi2
res	512	0.667	0.927	0.19	0.9158



Anexo 18. Incidencia de desnutrición moderada y grave en menores de cinco años.

ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
0	Nacional	523.76	385.29	366.94	376.65	307.59	281.12	234.43	203.99	186.37	182.55	147.35	144.87	141.74	132.20	125.22	110.53	91.66	91.56	85.30	86.65	43.68
1	Aguascalientes	315.92	221.91	206.51	278.36	329.67	144.35	150.70	144.57	165.04	236.53	157.50	93.89	90.57	105.22	115.15	86.25	95.91	71.51	62.58	53.52	20.14
2	Baja California	182.59	124.95	95.67	116.43	116.64	80.67	55.61	52.83	96.90	51.53	34.49	32.11	55.93	56.08	52.91	42.32	37.04	53.72	45.27	38.25	15.47
3	Baja California Sur	136.31	106.71	160.61	312.21	170.85	135.08	114.74	130.01	74.67	108.37	56.36	58.91	153.72	86.59	73.19	63.19	92.00	45.40	57.98	30.19	10.00
4	Campeche	550.40	422.15	337.01	398.71	208.92	261.51	218.00	202.41	188.03	227.50	190.30	154.36	157.98	169.75	120.03	154.85	128.42	89.54	110.42	63.52	51.35
5	Coahuila	144.96	175.24	175.11	146.48	123.55	118.26	72.88	82.35	65.25	43.98	32.44	27.30	29.91	31.80	47.88	27.24	22.19	21.92	25.04	17.23	15.50
6	Colima	567.42	315.01	254.07	299.46	379.07	263.64	226.31	224.70	137.21	135.34	101.70	134.15	144.83	99.38	179.25	136.13	155.64	188.68	186.33	177.12	64.98
7	Chiapas	988.28	776.51	922.74	866.47	691.07	664.40	561.91	434.28	368.79	405.09	298.11	264.06	215.82	198.71	193.03	143.67	92.50	96.56	78.80	86.60	51.29
8	Chihuahua	312.79	232.22	244.48	223.87	181.56	168.65	187.80	182.56	253.06	252.05	229.74	229.63	245.28	197.70	236.35	226.83	195.04	191.41	175.05	196.50	73.98
9	Ciudad de México	145.97	140.74	142.30	118.51	118.27	96.74	85.97	87.38	81.91	71.97	85.67	91.49	94.09	99.00	124.32	140.97	94.51	102.55	94.02	82.24	36.84
10	Durango	309.45	276.00	320.56	259.02	289.76	187.04	175.10	157.31	130.77	105.83	81.56	97.75	57.62	60.58	58.44	61.95	41.51	34.81	37.23	30.27	18.17
11	Guanajuato	608.90	453.23	398.52	370.75	267.32	283.22	203.55	165.78	189.31	220.17	133.53	124.48	120.75	108.46	95.61	58.44	44.24	36.05	34.67	36.33	31.19
12	Guerrero	1854.09	1237.70	898.41	680.79	596.82	483.90	377.50	427.11	364.69	347.09	299.00	264.47	273.00	274.21	219.91	182.72	176.73	156.57	143.49	153.24	81.68
13	Hidalgo	536.40	359.73	419.41	396.54	407.51	415.56	382.54	342.03	328.13	336.87	240.39	303.40	288.28	239.15	249.19	233.37	210.74	168.28	126.51	124.36	80.74
14	Jalisco	397.25	389.37	310.80	373.71	412.06	351.16	285.51	139.16	113.98	107.19	102.23	99.69	94.85	93.44	76.15	70.38	70.86	65.37	36.52	37.39	22.36
15	México	341.47	257.62	229.78	276.57	245.86	229.74	148.11	130.34	121.26	127.44	106.18	108.09	105.71	110.93	92.14	98.28	84.44	109.73	124.26	124.95	46.80
16	Michoacán	778.13	388.34	372.25	387.49	250.83	221.00	293.89	210.23	139.83	152.36	155.05	166.50	118.24	114.13	115.25	96.94	57.76	57.08	79.28	77.65	43.69
17	Morelos	510.29	498.24	513.20	431.89	312.73	266.76	171.17	214.71	160.51	151.39	127.42	237.43	253.46	242.06	291.02	187.70	259.93	149.51	155.54	135.24	77.99
18	Nayarit	475.97	320.97	253.66	326.56	225.32	184.19	203.75	201.68	145.65	164.59	149.34	111.89	130.59	85.21	76.61	106.12	80.53	91.74	84.72	106.90	76.10



ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
19	Nuevo León	111.97	116.62	106.15	121.29	94.85	57.67	62.72	57.07	47.10	52.71	38.47	45.72	66.93	60.65	58.23	51.69	22.14	18.62	22.81	23.94	14.96
20	Oaxaca	1277.56	816.26	727.52	796.78	598.90	525.98	447.73	429.60	357.64	317.79	274.41	274.24	241.29	227.78	204.67	142.33	115.04	115.23	108.44	92.21	66.78
21	Puebla	452.65	361.64	355.54	385.16	247.96	231.29	203.36	185.38	192.93	187.25	150.48	136.03	163.40	109.05	103.44	102.57	89.46	111.86	77.07	86.33	61.84
22	Querétaro	388.38	283.28	244.89	322.28	252.64	247.18	188.38	194.64	142.42	190.19	219.31	213.50	214.70	204.39	107.29	70.77	38.99	39.82	46.80	65.52	25.90
23	Quintana Roo	566.83	541.99	457.28	328.42	168.68	114.69	70.49	76.56	99.46	81.47	84.09	81.38	96.91	145.17	89.70	69.67	77.02	49.04	79.08	87.74	47.31
24	San Luis Potosí	536.09	392.38	378.48	397.48	344.99	318.67	228.47	275.08	277.49	221.61	170.28	181.96	136.87	169.89	143.64	114.43	88.48	105.55	93.71	91.10	37.99
25	Sinaloa	332.77	252.00	275.87	250.53	187.66	139.00	181.89	185.89	196.32	190.40	149.89	170.65	171.74	162.70	151.02	172.63	138.59	140.67	129.61	114.41	60.66
26	Sonora	175.84	109.44	342.49	338.24	182.83	178.79	96.54	69.28	69.43	70.38	68.05	75.80	88.60	54.96	80.50	82.64	66.72	56.59	54.22	59.75	23.51
27	Tabasco	330.73	236.26	294.19	276.17	241.09	300.68	294.62	292.79	299.39	236.59	181.02	139.53	152.36	146.30	170.00	130.69	108.70	71.60	45.23	53.37	27.82
28	Tamaulipas	170.77	163.38	245.49	271.89	181.01	149.14	140.73	156.63	149.61	153.80	103.16	128.89	98.68	53.58	63.57	61.81	59.57	53.38	46.81	43.96	31.42
29	Tlaxcala	542.06	426.92	444.72	361.65	249.04	316.88	183.36	159.28	193.43	125.63	185.90	152.06	136.91	192.80	180.17	132.24	74.85	37.84	42.01	67.71	32.31
30	Veracruz	774.17	595.60	534.39	607.48	492.73	476.63	431.57	349.83	274.71	258.04	179.69	131.17	122.59	130.94	122.02	92.81	84.81	85.09	84.14	85.71	39.67
31	Yucatán	891.85	442.88	451.77	725.21	596.43	618.32	463.53	340.53	369.67	291.90	190.28	245.56	289.99	219.78	156.53	213.56	137.01	193.37	153.10	216.54	62.18
32	Zacatecas	247.20	206.81	195.40	199.01	186.90	247.84	196.22	248.44	193.40	214.89	169.67	189.79	215.21	195.40	217.63	198.64	194.76	206.78	193.02	198.86	84.55

Fuente: numerador y denominador: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.



Anexo 19. Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes.

ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
0	Nacional	28.40	28.57	28.26	28.44	28.86	29.62	29.45	29.42	30.75	30.55	30.57	31.37	31.10	30.80	30.95	29.76	29.63	27.99	26.71	25.35	16.40
1	Aguascalientes	35.29	36.09	37.70	38.27	38.72	44.13	43.50	42.60	42.92	42.90	42.75	46.05	45.78	44.32	49.11	39.65	39.76	39.70	39.00	39.10	25.14
2	Baja California	30.41	31.23	30.81	30.92	31.11	31.34	32.52	32.26	33.59	33.37	31.30	34.08	35.39	35.15	34.57	32.50	33.49	29.35	26.46	26.96	17.34
3	Baja California Sur	42.69	42.12	41.93	40.54	41.79	42.98	43.60	42.52	43.93	42.88	43.17	43.39	46.71	47.66	45.28	44.02	44.32	41.78	40.60	38.66	25.17
4	Campeche	39.27	37.04	36.45	30.43	31.48	31.92	35.08	31.86	34.29	31.70	33.33	32.31	33.40	32.44	32.08	29.72	27.72	26.81	25.48	24.53	16.10
5	Coahuila	39.18	38.31	36.60	36.04	34.89	35.56	37.22	36.59	37.12	35.09	36.91	36.89	37.11	36.24	33.63	33.89	31.28	30.89	30.62	28.44	16.90
6	Colima	43.36	42.06	43.31	38.96	41.28	42.93	47.14	44.52	46.68	42.71	42.26	39.99	41.01	38.34	38.05	35.53	34.48	34.21	34.10	31.92	19.66
7	Chiapas	18.69	17.16	16.68	17.18	16.36	16.32	16.64	15.13	16.19	16.69	17.43	18.98	19.33	18.84	17.82	18.07	19.49	15.19	15.28	14.37	10.09
8	Chihuahua	28.79	29.25	27.52	27.85	25.80	30.99	30.78	29.09	29.77	29.86	30.02	30.98	31.35	31.00	29.74	29.81	29.79	27.09	26.56	25.71	15.72
9	Ciudad de México	53.17	54.14	54.66	55.74	55.20	54.27	51.21	50.17	52.63	51.01	50.52	53.76	47.13	48.81	51.82	48.77	50.07	47.60	46.39	44.01	26.31
10	Durango	33.39	33.31	33.46	35.12	33.81	33.70	33.08	34.68	35.13	36.49	36.59	36.94	38.59	36.39	36.02	35.01	33.18	30.49	29.65	29.08	18.91
11	Guanajuato	28.49	26.74	27.95	28.84	30.26	31.87	32.43	31.99	33.34	35.70	34.71	36.29	36.96	36.36	36.02	34.57	34.49	32.53	30.73	30.96	22.18
12	Guerrero	20.21	21.09	22.84	21.63	21.31	19.93	20.41	20.01	21.97	22.38	23.18	23.16	24.46	24.05	24.43	23.72	32.44	22.71	29.79	21.17	14.25
13	Hidalgo	18.81	19.87	19.64	21.73	22.66	24.16	25.31	24.95	26.14	27.75	26.91	27.32	27.05	26.17	25.46	24.31	23.62	21.49	21.88	21.26	14.28
14	Jalisco	26.64	25.66	25.39	25.39	28.69	28.79	28.89	30.90	33.63	32.53	34.29	35.67	36.07	35.02	34.85	33.34	33.26	31.33	29.45	28.16	18.80
15	México	17.48	16.87	16.24	16.16	16.05	17.18	17.87	19.37	20.61	20.63	20.97	21.77	22.45	22.79	22.77	22.45	22.76	20.59	20.12	17.44	11.75
16	Michoacán	20.02	20.22	20.49	21.19	21.96	22.15	21.74	23.08	23.86	24.78	25.69	27.32	26.86	27.52	27.83	27.81	28.31	26.56	23.30	22.89	14.91
17	Morelos	24.77	26.81	27.82	28.38	27.76	29.37	28.42	25.27	27.98	29.74	29.47	30.49	28.49	28.05	28.55	29.50	29.92	27.37	24.75	23.00	14.16
18	Nayarit	32.16	33.29	33.05	31.92	33.11	32.67	31.78	29.82	34.27	36.56	35.09	34.07	33.62	32.64	30.90	27.47	26.38	23.50	23.85	22.66	16.08
19	Nuevo León	42.52	41.72	38.22	39.37	40.11	41.63	37.43	36.24	36.61	36.00	34.67	31.51	32.30	30.62	33.06	30.80	27.74	26.04	25.65	23.64	15.52



ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
20	Oaxaca	17.09	17.38	18.34	17.52	17.11	17.30	18.06	18.95	20.78	20.06	20.76	21.99	22.26	22.25	22.95	22.50	21.37	19.83	19.87	17.80	13.16
21	Puebla	17.92	19.60	19.93	20.34	20.99	25.45	23.49	23.25	24.58	23.90	23.45	24.56	25.08	23.97	25.45	25.16	24.88	25.63	20.55	23.02	13.64
22	Querétaro	31.46	30.77	36.90	36.53	37.27	32.39	32.05	34.04	33.27	29.67	30.05	30.84	31.57	30.81	30.14	29.46	27.30	26.69	27.63	27.56	18.59
23	Quintana Roo	29.75	30.17	29.54	27.94	27.85	26.50	25.82	22.27	23.03	25.36	27.68	27.74	26.67	29.71	28.71	27.66	26.28	25.83	25.12	24.98	16.47
24	San Luis Potosí	21.91	26.77	24.13	24.25	25.98	26.72	27.00	25.41	26.27	26.83	27.59	30.10	30.31	30.07	30.33	31.09	29.38	27.80	26.13	24.49	15.99
25	Sinaloa	34.60	33.13	32.01	32.49	35.11	37.79	37.84	35.97	40.24	42.22	40.25	39.57	39.17	38.83	37.11	35.82	34.05	32.86	29.29	30.30	16.73
26	Sonora	36.89	42.52	36.06	31.66	35.43	35.26	35.92	37.46	36.29	36.82	39.20	37.55	33.70	33.44	36.14	31.43	31.17	34.27	31.91	29.34	20.34
27	Tabasco	32.25	31.31	32.56	34.95	36.54	35.22	36.98	38.94	39.94	38.45	37.77	36.24	35.27	33.84	33.65	32.52	29.51	30.68	27.45	26.48	15.97
28	Tamaulipas	36.14	36.82	35.74	35.50	34.37	33.74	34.56	33.64	34.52	34.42	33.23	32.92	32.22	31.21	30.29	29.32	28.79	27.40	25.88	23.99	15.11
29	Tlaxcala	23.30	23.24	24.49	26.46	26.49	26.18	27.19	26.98	30.16	30.55	30.32	30.74	32.77	32.05	31.92	30.99	27.63	40.71	25.17	24.42	15.28
30	Veracruz	26.58	26.85	26.45	26.33	26.18	27.32	27.09	27.71	28.26	26.78	26.65	26.77	26.70	26.11	25.26	24.09	23.59	23.62	22.83	22.35	14.60
31	Yucatán	31.38	30.81	29.16	30.23	29.58	30.18	33.60	29.90	29.49	29.58	28.35	29.53	31.97	31.50	31.26	28.39	28.80	28.14	28.40	28.31	17.47
32	Zacatecas	23.49	23.88	25.21	28.32	30.62	30.97	29.69	34.98	36.67	36.74	35.34	37.36	39.29	40.87	39.94	39.86	39.01	38.49	35.26	31.09	21.08

Fuente: Numerador: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos.

Denominador: Consejo Nacional de Población (Proyecciones de población).



Anexo 20. Promedio diario de consultas por médico general o familiar en contacto con el paciente.

ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
0	Nacional	N.D.	12.63	5.76	7.70	5.37	7.55	7.30	7.18	4.92	4.98	4.89	4.71	8.10	7.87	8.55	7.71	7.33	8.62	7.84	7.28	6.75
1	Aguascalientes	N.D.	12.28	4.60	5.71	3.98	6.60	6.41	6.74	4.40	4.55	4.58	4.85	10.87	9.85	12.10	9.13	8.07	9.84	8.90	8.32	8.98
2	Baja California	N.D.	12.58	5.09	5.99	4.55	7.86	7.51	7.71	5.14	5.10	4.71	4.62	8.26	7.83	9.07	7.86	7.28	9.48	9.95	9.30	8.58
3	Baja California Sur	N.D.	10.47	4.36	5.33	4.42	6.67	6.23	6.24	4.19	4.23	4.66	4.08	7.30	7.50	7.79	7.35	6.95	7.75	7.61	7.03	5.89
4	Campeche	N.D.	9.69	5.26	6.48	4.81	6.38	6.04	5.67	3.99	3.99	3.69	3.88	6.92	6.78	6.57	7.26	7.25	7.00	4.46	4.32	3.75
5	Coahuila	N.D.	12.28	7.81	11.33	8.76	10.47	9.98	9.08	7.93	7.76	8.00	7.27	10.58	9.57	9.68	8.72	7.86	9.39	8.89	8.03	7.63
6	Colima	N.D.	13.44	6.81	8.13	6.06	9.28	8.98	8.49	6.30	6.45	6.34	5.56	6.89	6.89	7.12	6.92	5.71	6.55	6.49	7.57	5.32
7	Chiapas	N.D.	14.89	6.39	7.49	5.33	8.37	7.71	7.69	4.70	4.67	4.67	4.73	10.28	9.32	9.81	9.73	8.82	7.76	6.56	8.64	5.45
8	Chihuahua	N.D.	9.94	4.73	6.01	4.53	6.43	5.94	5.78	3.45	3.62	3.68	3.56	9.64	9.67	11.16	9.77	8.62	10.06	8.37	8.29	8.49
9	Ciudad de México	N.D.	11.05	2.71	4.26	3.12	5.66	5.45	5.41	2.88	2.89	2.92	2.08	4.31	4.30	5.08	4.48	4.31	7.59	7.72	6.36	6.99
10	Durango	N.D.	11.88	6.35	8.85	6.05	7.68	7.07	6.98	4.68	4.55	5.15	5.22	8.19	8.76	9.05	8.63	8.37	11.32	8.20	7.63	7.64
11	Guanajuato	N.D.	12.06	6.51	8.82	5.77	8.37	7.99	7.85	5.46	5.58	5.56	5.27	8.43	7.95	9.15	8.34	7.78	7.93	7.21	6.75	6.45
12	Guerrero	N.D.	10.72	6.98	9.77	7.06	8.88	8.62	8.40	6.40	6.45	6.62	6.37	10.48	10.53	9.57	9.31	8.85	6.47	5.59	5.29	2.95
13	Hidalgo	N.D.	13.01	7.81	10.99	6.79	8.80	8.52	8.32	6.22	6.53	6.49	6.45	9.29	9.30	9.80	9.10	9.06	8.79	7.84	6.81	5.87
14	Jalisco	N.D.	11.36	4.93	7.39	4.38	6.90	6.55	6.79	4.19	4.40	4.44	4.15	6.64	6.09	5.90	5.39	5.16	8.37	7.57	7.34	7.89
15	México	N.D.	15.77	7.98	10.17	7.96	9.46	9.91	9.55	7.38	7.58	7.12	6.77	11.62	11.54	13.49	12.48	11.49	12.49	11.58	10.13	9.45
16	Michoacán	N.D.	13.26	7.26	10.15	6.42	8.49	8.23	7.63	5.46	5.48	5.53	4.91	6.87	6.64	8.05	7.87	7.92	8.43	7.71	6.47	6.66
17	Morelos	N.D.	13.02	5.86	6.39	5.07	7.18	7.16	7.13	4.80	4.81	5.02	4.50	9.11	8.26	9.14	9.47	8.12	7.42	7.57	6.53	6.22
18	Nayarit	N.D.	12.70	6.38	8.03	5.67	7.13	6.64	6.56	4.84	4.92	4.76	4.40	5.99	6.49	7.01	6.18	5.91	7.04	4.51	4.32	4.42
19	Nuevo León	N.D.	15.55	6.44	8.93	5.84	8.05	8.04	7.82	4.86	4.99	4.78	4.80	8.45	7.43	8.49	7.52	6.76	10.39	10.24	10.32	10.58



ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
20	Oaxaca	N.D.	11.27	7.42	12.67	6.80	8.52	8.24	8.67	6.59	6.84	6.33	6.08	8.16	7.94	8.44	7.23	6.45	5.99	5.02	4.95	4.59
21	Puebla	N.D.	12.93	6.43	9.79	5.72	8.65	7.86	7.88	5.14	5.14	5.19	5.39	8.04	8.15	8.06	7.72	7.55	9.75	8.43	8.06	7.23
22	Querétaro	N.D.	12.78	6.52	8.43	6.36	7.98	6.92	6.67	4.53	4.64	4.97	4.77	7.01	6.88	8.27	7.86	7.85	9.09	8.86	8.22	8.15
23	Quintana Roo	N.D.	10.82	5.87	6.94	6.09	8.43	8.44	7.59	5.24	4.90	4.95	4.27	8.60	8.66	9.01	8.59	7.20	7.35	6.93	6.22	4.98
24	San Luis Potosí	N.D.	12.79	6.90	10.06	6.07	8.26	8.51	8.20	5.75	5.34	5.56	4.31	7.90	7.80	8.59	8.39	7.89	10.96	9.81	9.29	9.09
25	Sinaloa	N.D.	14.66	7.32	9.56	6.05	8.32	7.88	7.71	5.47	5.55	5.43	5.30	10.49	10.31	9.77	9.03	8.02	8.83	8.61	7.76	7.25
26	Sonora	N.D.	13.19	5.66	6.58	4.85	7.27	6.73	7.64	4.81	4.75	4.75	4.69	6.85	6.77	8.64	5.96	6.07	8.22	8.05	7.07	7.40
27	Tabasco	N.D.	10.94	6.33	7.68	6.12	9.04	8.60	7.73	5.01	4.90	4.79	4.86	8.48	8.10	7.75	6.68	5.80	5.53	3.89	3.35	2.91
28	Tamaulipas	N.D.	11.70	5.38	7.06	5.05	7.61	7.32	7.22	4.70	4.54	4.55	4.35	8.23	8.01	8.48	7.59	7.47	8.47	7.66	7.32	6.47
29	Tlaxcala	N.D.	9.81	6.03	7.46	5.10	7.11	7.20	7.28	5.26	5.31	5.71	4.67	7.89	8.08	8.85	8.78	8.12	7.62	6.71	5.80	5.33
30	Veracruz	N.D.	12.20	6.45	8.29	6.03	8.19	7.66	7.32	5.08	5.08	4.89	4.83	8.35	8.15	8.43	6.01	6.63	7.37	7.02	6.39	5.52
31	Yucatán	N.D.	17.67	8.57	11.66	8.33	9.04	8.57	8.30	6.44	6.53	6.87	5.94	9.98	9.69	9.98	9.35	9.35	12.25	10.95	9.51	8.33
32	Zacatecas	N.D.	13.22	6.81	10.26	7.05	9.26	9.07	8.29	5.72	5.69	5.60	5.36	8.20	7.75	7.82	7.03	7.34	8.04	7.14	6.72	6.47

Fuente: Numerador: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos.

Denominador: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Recursos en Salud. Sectorial (SINAIS) 2012-2017

* Información en proceso de revisión



Anexo 21. Médicos generales y familiares por mil habitantes.

ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
0	Nacional	N.D.	0.65	0.66	0.66	0.67	0.68	0.70	0.75	0.77	0.79	0.77	0.83	0.83	0.84	0.88	0.93	0.97	0.97	0.98	0.99	1.01
1	Aguascalientes	N.D.	0.82	0.67	0.68	0.80	0.79	0.77	0.80	0.79	0.79	0.82	0.81	0.82	0.86	0.85	0.88	0.97	0.97	0.95	1.04	1.04
2	Baja California	N.D.	0.69	0.47	0.47	0.45	0.46	0.46	0.48	0.49	0.54	0.57	0.60	0.65	0.66	0.68	0.76	0.81	0.81	0.79	0.81	0.87
3	Baja California Sur	N.D.	0.78	0.98	1.00	0.91	0.89	0.99	0.91	0.91	0.96	0.92	1.09	1.12	1.09	1.10	1.10	1.22	1.10	1.12	1.19	1.15
4	Campeche	N.D.	0.68	0.97	1.07	1.10	1.08	1.13	1.23	1.23	1.30	1.36	1.36	1.23	1.21	1.21	1.09	1.14	1.12	1.32	1.26	1.28
5	Coahuila	N.D.	0.50	0.60	0.61	0.61	0.58	0.62	0.66	0.67	0.71	0.73	0.73	0.68	0.75	0.74	0.79	0.85	0.83	0.88	0.94	0.89
6	Colima	N.D.	0.54	0.85	0.87	0.87	0.96	0.98	1.01	1.05	1.05	1.07	1.11	1.08	1.08	1.07	1.06	1.22	1.27	1.32	1.34	1.31
7	Chiapas	N.D.	0.63	0.55	0.56	0.53	0.55	0.56	0.59	0.60	0.61	0.59	0.66	0.69	0.76	0.77	0.78	0.84	0.88	0.89	0.84	0.83
8	Chihuahua	N.D.	0.82	0.52	0.54	0.54	0.53	0.55	0.59	0.60	0.59	0.60	0.69	0.69	0.67	0.67	0.73	0.82	0.80	0.84	0.88	0.88
9	Ciudad de México	N.D.	1.41	1.35	1.34	1.28	1.27	1.32	1.40	1.40	1.44	1.34	1.49	1.46	1.51	1.51	1.67	1.72	1.77	1.74	1.84	1.88
10	Durango	N.D.	0.59	0.82	0.80	0.82	0.83	0.85	0.94	1.01	1.06	0.93	0.96	1.02	1.01	1.03	1.05	1.07	1.08	1.13	1.12	1.18
11	Guanajuato	N.D.	0.58	0.51	0.47	0.53	0.52	0.57	0.62	0.61	0.67	0.66	0.73	0.70	0.72	0.72	0.75	0.77	0.80	0.81	0.82	0.86
12	Guerrero	N.D.	0.55	0.69	0.68	0.72	0.69	0.70	0.76	0.75	0.78	0.78	0.80	0.81	0.82	1.01	1.04	1.08	1.14	1.18	1.16	1.17
13	Hidalgo	N.D.	0.48	0.65	0.65	0.77	0.78	0.77	0.79	0.81	0.81	0.80	0.84	0.88	0.87	0.91	0.94	0.96	0.94	0.95	0.96	1.08
14	Jalisco	N.D.	0.78	0.73	0.71	0.71	0.71	0.73	0.83	0.84	0.84	0.75	0.81	0.83	0.87	1.00	1.08	1.08	1.05	1.03	0.99	1.01
15	México	N.D.	0.46	0.40	0.40	0.39	0.40	0.38	0.42	0.46	0.48	0.48	0.53	0.54	0.56	0.57	0.63	0.66	0.61	0.65	0.67	0.69
16	Michoacán	N.D.	0.51	0.50	0.53	0.59	0.61	0.65	0.70	0.71	0.72	0.73	0.77	0.85	0.87	0.84	0.82	0.81	0.82	0.84	0.81	0.87
17	Morelos	N.D.	0.65	0.51	0.56	0.56	0.60	0.60	0.61	0.63	0.63	0.62	0.67	0.66	0.73	0.79	0.78	0.87	0.87	0.84	0.84	0.80
18	Nayarit	N.D.	0.54	0.80	0.89	0.85	1.01	1.03	1.16	1.16	1.16	1.15	1.21	1.15	1.25	1.18	1.25	1.28	1.26	1.32	1.31	1.43
19	Nuevo León	N.D.	0.59	0.61	0.59	0.63	0.66	0.61	0.64	0.65	0.66	0.64	0.67	0.66	0.74	0.76	0.82	0.90	0.91	1.05	1.06	1.05



ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
20	Oaxaca	N.D.	0.51	0.59	0.69	0.69	0.70	0.70	0.67	0.77	0.78	0.84	0.92	0.94	0.92	0.96	0.96	1.01	0.97	0.96	0.92	0.95
21	Puebla	N.D.	0.58	0.56	0.58	0.61	0.61	0.64	0.68	0.68	0.71	0.72	0.71	0.75	0.73	0.85	0.87	0.89	0.91	0.88	0.88	0.86
22	Querétaro	N.D.	0.58	0.60	0.59	0.58	0.64	0.66	0.71	0.73	0.71	0.70	0.75	0.82	0.84	0.81	0.82	0.81	0.83	0.84	0.90	0.93
23	Quintana Roo	N.D.	0.65	0.64	0.59	0.59	0.58	0.58	0.62	0.61	0.63	0.69	0.70	0.66	0.64	0.70	0.71	0.81	0.82	0.75	0.76	0.73
24	San Luis Potosí	N.D.	0.52	0.54	0.57	0.63	0.65	0.61	0.72	0.77	0.86	0.84	1.00	0.89	0.89	0.90	0.91	0.96	0.97	0.94	0.87	0.93
25	Sinaloa	N.D.	0.49	0.65	0.64	0.73	0.80	0.83	0.85	0.87	0.86	0.83	0.86	0.83	0.81	0.91	0.94	1.03	1.11	1.10	1.09	1.09
26	Sonora	N.D.	0.73	0.72	0.63	0.66	0.70	0.72	0.80	0.87	0.87	0.92	0.96	0.93	0.90	0.92	1.04	0.99	1.09	1.03	1.10	1.05
27	Tabasco	N.D.	0.63	0.91	0.90	0.88	0.96	1.01	1.12	1.15	1.19	1.17	1.16	1.06	1.04	1.10	1.22	1.25	1.32	1.27	1.51	1.41
28	Tamaulipas	N.D.	0.67	0.69	0.73	0.72	0.66	0.69	0.75	0.76	0.82	0.83	0.91	0.89	0.93	0.97	1.08	1.06	1.12	1.07	1.05	1.07
29	Tlaxcala	N.D.	0.62	0.72	0.71	0.82	0.80	0.77	0.75	0.67	0.72	0.72	0.99	0.97	0.93	0.96	0.96	0.96	0.95	0.94	0.92	0.95
30	Veracruz	N.D.	0.56	0.67	0.64	0.64	0.66	0.71	0.76	0.78	0.80	0.79	0.81	0.78	0.76	0.78	0.83	0.88	0.89	0.88	0.87	0.87
31	Yucatán	N.D.	0.47	0.64	0.73	0.63	0.75	0.80	0.89	0.90	0.94	0.90	0.99	0.96	0.98	1.00	1.10	1.14	1.20	1.18	1.23	1.35
32	Zacatecas	N.D.	0.50	0.67	0.70	0.72	0.70	0.71	0.85	0.87	0.96	0.93	1.01	1.00	1.02	1.06	1.13	1.09	1.09	1.15	1.12	1.13

Fuente: Numerador: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Denominador: Consejo Nacional de Población (Proyecciones de población).



Anexo 22. Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total.

ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
0	Nacional	3,367.55	3,507.73	3,593.89	4,039.15	4,648.22	4,405.64	4,423.49	4,585.22	4,455.95	4,665.17	4,940.38	5,096.78	5,385.72	5,484.25	4,984.55	5,310.30	5,272.20	5,075.08	5,057.51	5,051.62	5,417.32
1	Aguascalientes	2,646.67	2,905.50	2,997.33	3,379.89	3,826.24	3,569.86	3,511.87	3,733.10	3,622.28	3,911.15	4,643.54	4,982.99	4,953.48	4,852.04	4,611.62	4,993.50	5,106.71	5,319.78	5,086.11	4,940.77	5,152.02
2	Baja California	3,225.60	3,130.23	3,157.10	3,363.94	3,774.87	3,458.35	3,583.42	3,682.30	3,574.93	3,789.39	4,044.06	4,402.56	4,162.38	6,746.45	4,733.34	5,006.35	4,977.66	4,834.56	4,813.44	4,790.25	5,081.26
3	Baja California Sur	4,197.68	4,472.90	4,437.07	4,860.50	5,302.62	5,041.64	5,185.01	5,142.67	5,177.72	5,474.70	6,333.90	6,817.40	6,224.36	6,343.99	6,249.63	6,698.63	6,239.36	6,236.58	6,232.48	6,762.76	7,230.91
4	Campeche	3,807.52	4,200.15	4,561.77	4,784.56	5,271.87	5,203.31	5,378.05	5,587.04	5,699.27	5,618.56	5,465.03	5,708.11	5,827.54	5,495.21	5,454.54	5,432.37	5,547.18	5,172.81	5,237.58	5,113.15	5,290.06
5	Coahuila	3,064.21	3,264.53	3,303.92	3,584.38	4,125.33	3,895.35	3,796.16	3,790.31	3,623.05	3,818.29	4,209.82	4,377.61	4,140.54	4,192.62	4,217.47	4,447.73	4,369.56	4,286.88	4,450.45	4,337.39	4,618.75
6	Colima	3,411.26	3,486.36	3,471.02	4,087.53	5,205.04	4,548.14	4,368.65	4,324.65	4,126.15	4,335.39	4,442.82	4,909.16	4,619.25	4,545.25	4,431.00	4,796.70	4,720.97	5,341.13	4,855.18	5,096.87	5,634.08
7	Chiapas	2,059.40	2,280.88	2,443.25	2,682.99	3,264.07	3,197.10	3,300.00	3,243.88	3,219.09	3,426.35	3,090.68	3,142.03	4,250.63	4,048.56	4,104.93	4,294.17	4,172.96	3,814.72	3,765.43	3,803.20	3,816.44
8	Chihuahua	3,138.12	3,087.85	3,117.04	3,378.82	3,846.19	3,453.08	3,719.41	3,919.80	3,714.65	3,864.45	4,223.44	4,226.15	4,282.91	4,317.01	4,124.31	4,342.26	4,322.63	4,203.34	4,179.11	4,258.07	4,547.31
9	Ciudad de México	8,698.47	8,643.09	8,856.65	10,240.74	11,924.18	11,497.87	11,482.31	12,967.11	12,213.96	12,555.25	13,989.82	13,119.01	15,545.84	14,308.85	11,317.22	12,695.82	12,391.46	11,847.35	11,818.28	11,877.11	13,704.67
10	Durango	2,589.23	2,886.90	2,937.84	3,335.38	3,894.94	3,687.86	3,635.03	3,730.43	3,690.69	3,813.85	4,038.90	4,560.09	4,034.91	4,111.80	4,030.25	4,212.60	4,075.10	3,945.23	3,994.15	3,911.59	4,060.51
11	Guanajuato	2,445.70	2,598.12	2,674.01	2,944.30	3,461.42	3,297.80	3,194.03	3,283.39	3,263.26	3,373.91	3,535.64	3,715.11	3,663.20	3,788.43	3,787.65	3,885.86	3,955.02	3,945.64	3,984.21	3,887.53	4,114.95
12	Guerrero	2,445.47	2,841.62	2,953.28	3,352.93	3,975.77	3,855.28	3,819.25	4,073.83	4,361.99	4,316.46	4,730.86	4,995.41	5,078.87	5,136.71	5,075.22	5,563.21	5,119.93	5,119.08	5,189.14	5,305.54	5,502.97
13	Hidalgo	2,165.63	2,514.63	2,641.95	2,967.24	3,423.23	3,291.73	3,353.74	3,423.00	3,361.83	3,517.86	3,476.74	3,651.16	3,557.75	3,653.82	3,540.18	3,841.24	3,872.38	3,847.03	3,852.45	4,088.02	4,185.01
14	Jalisco	2,987.85	3,112.73	3,217.21	3,523.13	4,068.08	3,767.70	3,816.58	3,796.60	3,756.83	3,915.50	4,160.80	4,804.22	4,497.96	4,517.52	4,335.05	4,480.12	4,495.90	4,364.65	4,429.81	4,227.15	4,475.31
15	México	1,617.40	1,803.16	1,664.09	1,889.52	2,302.29	2,089.28	2,093.71	2,092.50	2,069.35	2,226.40	2,402.47	2,731.48	3,346.97	3,547.85	3,713.65	3,636.00	3,830.59	3,843.94	3,719.91	3,876.87	4,090.46
16	Michoacán	2,416.29	2,625.76	2,631.19	3,013.77	3,530.84	3,324.98	3,411.99	3,439.67	3,581.85	3,775.36	3,653.59	4,192.60	3,936.30	4,728.96	4,153.73	4,366.89	4,423.89	4,264.47	4,294.33	4,274.32	4,245.25
17	Morelos	2,935.07	3,283.70	3,262.51	3,718.55	4,627.77	4,310.65	4,397.72	4,311.99	4,288.21	4,739.17	4,719.91	4,992.94	5,061.75	4,998.50	4,986.27	5,246.19	5,039.34	4,846.11	4,877.86	5,039.06	5,599.04
18	Nayarit	3,042.33	3,341.05	3,352.38	3,601.60	4,135.97	3,912.60	3,941.87	3,936.52	3,812.28	4,108.93	4,066.29	4,187.26	4,111.79	4,201.20	3,979.81	4,210.79	4,054.72	4,361.49	3,996.89	4,197.70	4,650.58
19	Nuevo León	3,246.64	3,357.35	3,608.97	3,906.33	4,395.63	4,318.08	4,227.54	4,195.48	3,983.71	4,056.82	4,445.94	4,706.94	4,948.94	4,941.15	4,617.35	4,812.20	4,746.04	4,520.90	4,599.52	4,431.22	4,719.92



ID	Entidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
20	Oaxaca	1,818.65	1,887.09	2,278.28	2,621.20	3,183.33	3,182.22	3,289.17	3,306.70	3,308.84	3,583.63	3,002.01	3,222.73	3,014.29	3,099.36	3,281.47	3,460.85	3,414.42	3,392.58	3,309.69	3,301.94	3,377.80
21	Puebla	2,773.69	2,870.37	3,178.60	3,567.39	4,126.65	3,954.98	4,024.37	3,890.55	3,806.82	3,949.79	4,237.31	4,528.39	4,311.10	4,295.32	4,108.36	4,507.28	4,513.36	4,488.63	4,411.06	4,265.63	4,398.88
22	Querétaro	2,314.10	2,443.14	2,363.92	2,759.34	3,185.86	3,023.46	3,032.70	3,036.72	3,029.59	3,275.04	3,365.77	3,215.99	3,197.66	3,449.55	3,031.02	3,218.11	3,460.96	3,770.52	3,986.97	3,516.52	3,988.48
23	Quintana Roo	3,124.37	3,147.81	3,076.94	3,232.33	3,549.29	3,400.31	3,376.09	3,416.23	3,397.13	3,601.12	4,432.17	4,299.39	3,884.52	3,786.62	3,599.68	3,799.68	3,652.72	3,640.06	3,547.34	3,750.17	3,879.14
24	San Luis Potosí	2,532.75	2,717.03	2,648.06	3,015.61	3,505.48	3,208.66	3,293.41	3,364.03	3,286.39	3,444.86	3,466.31	3,657.35	3,594.10	3,747.07	3,626.89	3,817.96	3,855.09	3,752.58	3,754.59	3,717.48	3,910.93
25	Sinaloa	2,671.64	2,759.40	3,061.71	3,382.72	3,864.84	3,655.44	3,653.75	3,708.77	3,686.03	3,887.07	4,033.24	4,389.02	4,060.89	4,279.07	4,204.13	4,428.44	4,457.11	4,124.29	4,221.41	4,175.07	4,410.95
26	Sonora	2,959.06	3,187.12	3,276.90	3,485.77	3,944.81	3,732.20	3,825.41	3,782.76	3,696.15	3,885.30	4,296.36	4,344.94	6,858.76	7,729.74	6,190.53	7,714.49	7,757.20	5,633.21	5,434.26	5,659.39	5,665.00
27	Tabasco	3,617.25	3,707.20	3,764.90	4,302.69	4,821.04	5,258.00	4,923.80	4,876.48	5,129.50	5,136.11	4,881.73	5,332.74	4,331.23	4,726.89	4,669.80	4,662.66	4,881.00	4,755.55	4,727.00	4,412.04	4,619.43
28	Tamaulipas	3,092.81	3,461.47	3,431.31	3,855.75	4,196.90	3,930.49	4,055.41	4,039.99	3,840.30	4,069.06	4,204.23	4,537.93	4,366.72	4,601.91	4,366.18	4,791.57	4,563.58	4,417.62	4,528.52	4,420.16	4,653.08
29	Tlaxcala	2,387.10	2,715.66	2,818.12	3,221.08	3,899.91	3,614.85	3,830.68	3,853.52	3,815.95	4,055.60	4,299.12	4,499.03	4,218.87	4,350.52	4,231.72	4,469.72	4,271.88	4,725.57	4,285.21	4,322.42	4,663.48
30	Veracruz	3,185.86	3,551.58	3,729.77	4,144.72	4,713.08	4,488.03	4,571.10	4,657.74	4,670.13	5,651.72	5,034.88	5,134.81	4,916.65	5,081.71	4,961.04	5,085.58	5,095.43	4,968.52	5,022.19	4,888.78	4,955.52
31	Yucatán	3,480.68	3,415.46	3,956.42	4,294.13	4,746.66	4,515.26	4,572.78	4,639.92	4,708.24	4,861.88	5,131.19	5,500.84	5,267.88	5,463.71	5,341.64	5,808.55	5,532.23	5,318.86	5,427.94	5,370.82	5,748.17
32	Zacatecas	2,269.57	2,586.58	2,682.21	3,074.12	3,511.83	3,303.15	3,538.16	3,488.10	3,598.21	3,563.72	3,686.82	4,011.49	3,920.62	4,069.18	3,941.71	4,154.46	3,948.11	3,907.33	3,911.81	3,859.84	4,186.97

Fuente: Numerador: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Recursos en Salud. Cuentas en salud a nivel federal y estatal.

Denominador: Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Recursos en Salud. Cuentas en salud a nivel federal y estatal.



Anexo 23. Objetivo prioritario 5.2 prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad.

Parámetro del Objetivo prioritario 5.2					
Nombre	5.2 Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad				
Objetivo prioritario	Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.				
Definición o descripción	El indicador mide el efecto de las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes enfocadas a la población infantil				
Nivel de desagregación		Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición		Sexenal
Tipo		Estratégico	Acumulado o periódico		Periódico
Unidad de medida		Tasa	Periodo de recolección de datos		Otros
Dimensión		Eficacia	Disponibilidad de la información		Diciembre
Tendencia esperada		Descendente	Unidad Responsable de reportar el avance		12.- Salud 300.- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Método de cálculo		Resulta de la división del número de niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo índice de masa corporal se ubica a dos o más desviaciones estándar del valor medio indicado en las tablas de referencia de la Organización Mundial de la Salud, entre el total de niños del mismo grupo etario, multiplicado por 100			
Observaciones					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	1.- Niñas y niños entre 5 a 11 años de edad con obesidad	Valor variable 1	2,714,239.00	Fuente de información variable 1	ENSANUT
Nombre variable 2	2.- Total de niñas y niños entre 5 a 11 años de edad	Valor variable 2	15,509,936.00	Fuente de información variable 2	ENSANUT
Sustitución en método de cálculo del indicador	Número de niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo índice de masa corporal se ubica a dos o más desviaciones estándar del valor medio indicado en las tablas de referencia OMS / total de niños del mismo grupo etario, multiplicado por 100. =2,714,239/15,509,936				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	17.5		Para el 2018 de cada 100 niños entre 5 y 11 años, 17.5 tiene obesidad		
Año	2018				
META 2024			Nota sobre la meta 2024		
12.5			Para el 2024 de cada 100 niños entre 5 y 11 años, 12.5 tiene obesidad		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
2012	2013	2014	2015	2016	2017
14.62				15.3	
2018	2019	2020	2021	2022	2024
17.5	17.38		14.62		12.5



Anexo 24. Objetivo prioritario 3.1 porcentaje de acciones concluidas de infraestructura de los Servicios Estatales de Salud.

Parámetro del Objetivo prioritario 3.1					
Nombre	3.1 Porcentaje de las acciones concluidas de infraestructura de los Servicios Estatales de Salud				
Objetivo prioritario	Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.				
Definición o descripción	Mide el porcentaje de acciones de infraestructura concluidas, a partir de las acciones que fueron registradas y que iniciaron el proceso correspondiente a los Servicios Estatales de Salud. Se excluyen las acciones registradas que no iniciaron el proceso.				
Nivel de desagregación		Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual
Tipo		Estratégico	Acumulado o periódico		Periódico
Unidad de medida		Porcentaje	Periodo de recolección de datos		Enero-Diciembre
Dimensión		Eficacia	Disponibilidad de la información		Enero
Tendencia esperada		Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance		12.- Salud 611.- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Método de cálculo		(Número de obras de infraestructura concluidas / Total de obras de infraestructura en proceso) X 100 Las obras de infraestructura en proceso que corresponden al denominador, solo se consideran aquellas que iniciaron trabajos de construcción en el año de medición y se acumulan para los siguientes periodos. En el denominador se excluyen las obras dadas de baja de acuerdo a la normatividad vigente.			
Observaciones		Es un indicador del que no se dispone línea base.			
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	1.- Número de obras de infraestructura concluidas	Valor variable 1	0	Fuente de información variable 1	Registros administrativos Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Nombre variable 2	2.- Total de obras de infraestructura en proceso	Valor variable 2	0	Fuente de información variable 2	Registros administrativos Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Sustitución en método de cálculo del indicador	(Número de obras de infraestructura concluidas / Total de obras de infraestructura en proceso) X 100=(81/163) X100=49.7%				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	0		No se dispone de línea base		
Año	2018				
META 2024			Nota sobre la meta 2024		
52			Es importante considerar que el denominador es una cifra dinámica, pues hay obras que se dan de baja y entran nuevas. Por lo que en la meta se consideran cifras promedio para hacer la estimación.		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
2013	2014	2015	2016	2017	2018
					0
2019	2020	2021	2022	2023	2024
		52	52	52	52



Anexo 25. Objetivo prioritario 1.1 porcentaje de población con carencias de acceso a los servicios de salud y/o que presentan barreras para acceder al mismo: geográfica, económica.

Parámetro del Objetivo prioritario 1.1					
Nombre	1.1 Porcentaje de población con carencia de acceso a los servicios de salud y/o que presenta alguna barrera para acceder al mismo: geográfica, económica, cultural, entre otras.				
Objetivo prioritario	Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.				
Definición o descripción	El indicador mide la proporción de población que presenta alguna barrera económica, geográfica o cultural para acceder a los servicios de salud con respecto al total de la población.				
Nivel de desagregación		Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición		Bienal
Tipo		Estratégico	Acumulado o periódico		Periódico
Unidad de medida		Porcentaje	Periodo de recolección de datos		Otros
Dimensión		Eficacia	Disponibilidad de la información		Julio
Tendencia esperada		Descendente	Unidad Responsable de reportar el avance		12.- Salud 614.- Dirección General de Evaluación del Desempeño
Método de cálculo		Número de personas que no cuentan con acceso a los servicios de salud entre el total de la población, multiplicado por 100.			
Observaciones					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	1.- Personas en situación de carencia de acceso a los servicios de salud	Valor variable 1	20,244,813.00	Fuente de información variable 1	Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
Nombre variable 2	2.- Población total	Valor variable 2	125,082,416.00	Fuente de información variable 2	Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
Sustitución en método de cálculo del indicador	(20,244,813 / 125,082,416)*100 = 16.19 %				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	16.19		Para el 2018 el 16.19% de la población carece de acceso a servicios de salud.		
Año	2018				
META 2024			Nota sobre la meta 2024		
0			El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
2012	2013	2014	2015	2016	2017
21.5		18.2		15.54	
2018	2019	2020	2021	2022	2024
16.19		12		6	0



Anexo 26. Objetivo prioritario 3.3 número de participantes registrados que concluyen los cursos en EDUC@DS.

Parámetro del Objetivo prioritario 3.3					
Nombre	3.3 Número de participantes registrados que concluyen los cursos de EDUC@DS				
Objetivo prioritario	Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.				
Definición o descripción	Mide el porcentaje de médicos y enfermeras en contacto con el paciente que concluyeron cursos de educación continua sobre los principales problemas epidemiológicos en el año				
Nivel de desagregación		Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual
Tipo		Gestión	Acumulado o periódico		Periódico
Unidad de medida		Porcentaje	Periodo de recolección de datos		Enero-Diciembre
Dimensión		Eficacia	Disponibilidad de la información		Julio
Tendencia esperada		Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance		2.- Salud 610.- Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Método de cálculo		Número de participantes que concluyen los cursos a través de la plataforma EDUC@DS/ Número de participantes registrados en los cursos de EDUC@DS x 100			
Observaciones					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	1.- Número de participantes registrados en los cursos de EDUC@DS que concluyen los cursos	Valor variable 1	118,190.00	Fuente de información variable 1	Registros de la plataforma EDUC@DS
Nombre variable 2	2.- Número de participantes registrados en los cursos de EDUC@DS (POR) x 100	Valor variable 2	194,899.00	Fuente de información variable 2	Registros de la plataforma EDUC@DS
Sustitución en método de cálculo del indicador	118,190/194,899 x100 =60				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	60		Los registros pueden variar en cada año debido a la demanda de los usuarios y producción de los cursos, así como las emergencias para capacitar al personal en temas específicos.		
Año	2018				
META 2024			Nota sobre la meta 2024		
65			Para el 2024 el 65% participantes registrados concluirán los cursos satisfactoriamente.		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
2013	2014	2015	2016	2017	2018
				64	60
2019	2020	2021	2022	2023	2024
	61	62	63	64	65



Anexo 27. Objetivo prioritario 2.1 porcentaje del gasto público en salud ejercido en el primer nivel.

Parámetro del Objetivo prioritario 2.1					
Nombre	2.1 Porcentaje del gasto público en salud ejercido en el primer nivel de atención.				
Objetivo prioritario	Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.				
Definición o descripción	El indicador mide la proporción del gasto público en salud dedicado a la provisión de intervenciones en el primer nivel de atención como porcentaje del presupuesto de salud pública.				
Nivel de desagregación		Nacional	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual
Tipo		Gestión	Acumulado o periódico		Periódico
Unidad de medida		Porcentaje	Periodo de recolección de datos		Enero-Diciembre
Dimensión		Eficiencia	Disponibilidad de la información		Julio
Tendencia esperada		Ascendente	Unidad Responsable de reportar el avance		12.- Salud 613.- Dirección General de Información en Salud
Método de cálculo		El numerador se calcula utilizando la clasificación estandarizada por función (HC) del gasto en salud en el SHA2011. La estimación se obtiene sumando los gastos en atención curativa y dental ambulatoria general, atención curativa domiciliaria, atención ambulatoria a largo plazo (salud) y atención domiciliaria, atención preventiva, 80% de los productos médicos no especificados por función y x% de gobernanza/administración del sistema de salud y financiamiento (por determinar). Esto es: $Hc131 + hc132 + hc13nec + hc14 + hc33 + hc34 + hc6 + 0.8 * hc5 + 0.x * hc7$ El denominador se calcula utilizando el indicador GGHE-D (gasto interno general del gobierno en salud) agregando clasificaciones de ingresos fs.1 + fs.3 + fs.4 La fórmula es: $PHPC \text{ como un \% de GGHE} = PHPC / GGHE * 100$ Dónde, PHPC es el gasto público en salud ejercido en el primer nivel de atención. GGHE es un gasto interno general del gobierno en salud ejercido			
Observaciones					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO DEL INDICADOR PARA LA OBTENCIÓN DEL VALOR DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	1.- Gasto público en salud en el primer nivel de atención	Valor variable 1	155,098.78	Fuente de información variable 1	Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)
Nombre variable 2	2.- Gasto interno general del gobierno en salud	Valor variable 2	622,937.55	Fuente de información variable 2	Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)
Sustitución en método de cálculo del indicador	(Gasto público en salud en el primer nivel de atención/Gasto general del gobierno en salud) $X100=(155098.8/622937.5)X100=24.89\%$				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	24.89		Para el 2017, el 24.89% del gasto público en salud se destinó al primer nivel de atención. Las cifras para el numerador y denominador son en millones de pesos mexicanos.		
Año	2017				
META 2024			Nota sobre la meta 2024		
30			La meta de alcanzar, por lo menos, el 30% del gasto público destinado al primer nivel de atención, también es una meta para los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en cumplimiento del Plan Estratégico de la OPS 2020-2025.		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO					
2013	2014	2015	2016	2017	2018
				24.89	
2019	2020	2021	2022	2023	2024
	26	27	28	29	30