

# Finanzas públicas y salud

Propuesta metodológica para una  
política de estado en salud en México

C O L E C C I Ó N

JOAQUÍN DEMETRIO CASASÚS

*Pensamiento económico y financiero*

**José Manuel Piña Gutiérrez**  
*Rector*

# Finanzas públicas y salud

Propuesta metodológica para una  
política de estado en salud en México

José Félix García Rodríguez



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

García Rodríguez, José Félix

Finanzas públicas y salud : Propuesta metodológica para una política de estado en salud en México / José Félix García Rodríguez. - - 1ª ed. - - Villahermosa, Tabasco : Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2013

224 p. : il., (Colección: JOAQUÍN DEMETRIO CASASÚS, pensamiento económico y financiero)

Incluye Referencias Bibliográficas: P. 185 - 196

Anexos Estadísticos

ISBN: 978-607-606-136-7

1. Finanzas - México I. TITULO II. AUTOR III. SERIE

**L.C.HJ806 G37 2013**

Primera edición, 2013

D.R. © Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
Av. Universidad s/n. Zona de la Cultura  
Colonia Magisterial, C.P. 86040  
Villahermosa, Centro, Tabasco.

El contenido de la presente obra es responsabilidad exclusiva de su autor. Queda prohibida su reproducción total sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor. Se autoriza su reproducción parcial siempre y cuando se cite la fuente.

ISBN: 978-607-606-136-7

Coordinación editorial: Francisco Morales Hoil  
Diseño y formación: Ricardo Cámara Córdova

Imagen de portada: Tomada de la página web de la  
Federación Médica Colombiana ([www.federacionmedicacolombiana.com](http://www.federacionmedicacolombiana.com))

Hecho en Villahermosa, Tabasco, México

# Índice

Prólogo	11
Introducción	13
<b>Capítulo 1</b>	
<b>Finanzas públicas modernas</b>	
<b>Orígenes, conceptualización y evolución</b>	<b>25</b>
1.1. Las finanzas públicas y su evolución	25
1.1.1. De finanzas públicas clásicas a finanzas públicas modernas	26
1.1.2. Las finanzas públicas modernas. Perspectiva, método y delimitaciones	29
1.1.2.1. La perspectiva multi e interdisciplinaria de las finanzas públicas	29
1.1.2.2. El método de las finanzas públicas modernas	32
1.1.2.3. Delimitaciones en torno a las finanzas públicas modernas	34
1.1.3. Los gastos y el presupuesto público según las corrientes clásica y moderna	35
1.1.3.1. Acerca de la naturaleza de los gastos públicos	37
1.1.3.2. Origen y evolución del presupuesto público. El equilibrio presupuestario	43
1.1.3.3. El presupuesto público. Referentes económicos, políticos, jurídicos y sociales	47
1.1.3.4. El proceso presupuestario	49
1.1.3.5. La naturaleza jurídica del presupuesto. Referentes históricos	53
1.1.3.6. La naturaleza jurídica del presupuesto en México	57

**Capítulo 2**  
**Estado, justicia social y bienes públicos**  
**La salud como bien público** 63

2.1. Estado, bienestar y justicia social	64
2.1.1. Del Estado-nación al Estado moderno	64
2.1.2. Bienestar, justicia social y bienes públicos. Responsabilidades históricas del Estado nacional	70
2.2. Salud y ciencia médica. La salud como bien público. Implicaciones normativas y económicas	77
2.2.1. Salud y ciencia médica. Un esbozo histórico	78
2.2.2. Salud como bien público puro meritorio y preferente	84
2.2.3. La salud desde una perspectiva normativa	85
2.2.4. La salud desde una perspectiva económica. El papel de la salud en el crecimiento económico y el desarrollo humano	88
2.2.5. El mercado de los servicios de salud	94

**Capítulo 3**  
**Condiciones de salud y respuesta social organizada**  
**El modelo de atención a la salud en México** 101

3.1. Condiciones de salud y respuesta social organizada en Las Américas	102
3.1.1. Condiciones de salud en Las Américas	102
3.1.2. Respuesta social organizada para la salud en Las Américas	105
3.2. Condiciones de salud y respuesta organizada en México	107
3.2.1. Condiciones de salud en México	107
3.2.2. Respuesta social organizada para la salud en México	114
3.2.3. El modelo de atención a la salud para la población sin Seguridad Social. Transición, insuficiencias y perspectivas	117

<b>Capítulo 4</b>	
<b>El financiamiento de la salud en México</b>	
<b>Políticas públicas aplicadas</b>	123
4.1. Gasto en salud en México y las políticas públicas aplicadas	124
4.1.1. El gasto en salud en México. Una perspectiva comparada a nivel mundial	125
4.1.2. El gasto privado en salud en México	127
4.1.3. El gasto público para la salud en México. Integración y fuentes de financiamiento	128
4.1.4. Las políticas públicas de salud en México. Federalismo, descentralización y protección financiera ante gastos catastróficos	132
4.1.4.1. Federalismo y descentralización de la salud	132
4.1.4.2. El Seguro Popular de Salud y el Sistema de Protección Social en Salud como instrumentos de protección financiera ante gastos catastróficos. Una visión crítica	140
<b>Capítulo 5</b>	
<b>Propuesta metodológica para una política de estado en salud en México</b>	
	147
5.1. Aproximación teórica a una política de Estado	148
5.1.1. Razones y condiciones para una política de Estado en salud en México	150
5.1.2. Bases técnicas, jurídicas y legislativas	154
5.1.3. Adecuación del marco constitucional	154
5.2. Políticas públicas específicas en el marco de una política de Estado en salud	155
5.2.1. Consolidación de la descentralización hacia los ámbitos estatal y municipal	156
5.2.2. Atención primaria de la salud con enfoque integral	159
5.2.3. Nuevo enfoque de la salud. Del paternalismo público al consentimiento informado	161
5.2.4. Ciudadanización de las políticas de salud. Una perspectiva dialógica	162
5.2.5. Democratización de la salud	163

5.2.6. Evaluación económica y social de los programas de salud	164
5.2.7. Cultura de la calidad en la prestación de servicios de salud	169
5.2.8. Impulso a la inversión en ciencia y tecnología para la salud con enfoque social	171
<b>Conclusiones</b>	177
<b>Bibliografía</b>	185
<b>Anexos estadísticos</b>	197



# Créditos y reconocimientos

**E**ste libro es producto del proyecto de investigación institucional *Finanzas Públicas y Salud. Propuesta Metodológica para una Política de Estado en Salud en México*, con clave de registro 20110205. Proyecto que fue desarrollado en la División Académica de Ciencias Económico Administrativas de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT) y contó con la participación de los siguientes integrantes del Cuerpo Académico Investigaciones Estratégicas Regionales (UJAT-CA-39):

- Dr. Óscar Priego Hernández
- Dr. Miguel Ángel Ramírez Martínez

Asimismo, se destaca la participación de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP), por conducto de la Dra. Anaí García Fariña, profesora investigadora de dicha Institución, así como del Dr. Gustavo A. Rodríguez León, profesor investigador de la División Académica de Ciencias de la Salud de la UJAT.



# Prólogo

La salud ha sido y será siempre un tema recurrente en las ciencias del hombre. Es normal, pues se trata de un asunto consustancial al ser humano, a su conciencia de finitud y sus ansias de trascendencia. Más allá de ello, la salud constituye un asunto público de vital importancia, pues es condicionante y determinante del bienestar de una sociedad en su conjunto, constituyéndose junto con la educación en capacidad básica para el crecimiento económico, el desarrollo humano y el bienestar social de un país. Por ello, para una nación en su conjunto, invertir en salud se traduce en mayor bienestar de la población, mejor capital humano, mayor productividad; además de contribuir a la reducción de la pobreza y desigualdad. Por esta razón, los países que están conscientes de que la salud es un proceso y un producto social, destinan buena parte de su riqueza nacional al financiamiento público de la misma a favor de su población.

En pleno siglo XXI, México ha emergido como una de las naciones del mundo con amplio potencial de crecimiento económico. No obstante, al igual que en todos los países emergentes y en vías de desarrollo de América Latina, están presentes importantes retos en torno a la cobertura, calidad y financiamiento de la salud. En este sentido, las finanzas públicas y la salud convergen y se entrelazan a través del presupuesto y el gasto público.

En materia de salud, la experiencia internacional demuestra que su impulso es vital para el crecimiento económico, el desarrollo humano y el bienestar social. De ahí la importancia de la tesis central de este libro en torno al impulso de la participación del Estado mexicano en el financiamiento público de la salud de la población mediante la instrumentación y puesta en marcha una política de Estado en salud, orientada al desarrollo humano y la justicia social en México. Es de destacarse en su contenido la visión actualizada y realista de la situación de salud de la población mexicana, así como de la respuesta social organizada que se esperaría por parte del

Estado. Debe resaltarse también su perspectiva teórica sustentada en la corriente de las finanzas públicas modernas; disciplina cuya característica principal, de acuerdo al autor, es la aplicación de una perspectiva multi e interdisciplinaria del estudio de las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas de la sociedad, con el propósito de diseñar y establecer políticas públicas tendientes al cambio social.

Conocí al autor de este libro cuando realizaba sus estudios de doctorado en la Universidad de La Habana. En ese tiempo tuve el privilegio de desempeñar la responsabilidad de rector de esa alta casa de estudios. José Félix García Rodríguez se destacó por sus estudios profundos y críticos, sus admirables relaciones humanas con su tutor, profesores y compañeros de estudios y su apego a la verdad. Su defensa de tesis fue excelente y en el acto central universitario, que se realiza todos los años, efectuado en el Aula Magna de la Universidad de La Habana con motivo de la entrega de los diplomas a aquellos aspirantes que defendieron su doctorado en el periodo, José Félix tuvo el honor de hablar en nombre de su generación.

**Dr. Juan Vela Valdés**

*Ex rector de la Universidad de La Habana, Cuba.*

*Doctor Honoris Causa de la Universidad de Saint Thomas, Minneapolis, EE.UU.*

*Doctor Honoris Causa de la Universidad Nacional de Ingenierías de Managua, Nicaragua.*

*Doctor Honoris Causa de la Universidad Autónoma de Sinaloa, México.*

# Introducción

**L**as finanzas públicas, como disciplina científica, encuentran su origen en el reconocimiento por parte del Estado de su obligación de satisfacer requerimientos de justicia social por medio de la provisión de ciertas necesidades básicas que la sociedad en su conjunto, y el hombre en lo particular, consideran como elementos básicos para la convivencia social. Por ello, la ciencia de las finanzas públicas, definida como el conjunto de elementos que intervienen en la captación de ingresos, su administración y ejercicio vía gasto público que efectúa el Estado para satisfacer las necesidades de una sociedad; tiene una fuerte carga axiológica derivada de las preocupaciones de justicia social con respecto a problemas que no han logrado aún una respuesta satisfactoria. Respuesta que, más que talento económico, requiere de una fina y profunda sensibilidad social. De esta manera y por su profunda connotación social, se dice que las finanzas públicas constituyen un fenómeno sociocultural que se manifiesta en un espacio y tiempo determinado.

En el papel que le corresponde jugar al Estado frente a la sociedad importan tanto los fines a alcanzar como los medios a utilizar, mediando siempre los principios de justicia social y eficacia económica. Así, el fin que se persiga por parte del Estado deberá tener como premisa la justicia; pero además de ello, habrá que preocuparse de que los medios puestos al servicio de tal fin sean a la vez justos y eficaces. Es justamente en este contexto de justicia y eficacia en los fines y los medios del Estado nacional, donde se inscribe la necesidad de abordar el tema de la salud en México; uno de los bienes básicos más valorados por la sociedad en general.

La salud ha sido, es y será un asunto recurrente en las ciencias del hombre. Es lógico, pues se trata de un aspecto sensible que preocupa y ocupa a la sociedad en general. Es un asunto consustancial al ser humano, a su conciencia de finitud y sus ansias de trascendencia. La salud no es sólo

ausencia de enfermedad como condición que aleja la muerte, ese final que tanto tememos y que la ciencia intenta prolongar en el tiempo. La salud es más, mucho más. No es sólo la sana existencia. Es el vivir a plenitud, tanto desde el punto de vista biológico, como social, material y espiritual. Además, la salud es también capacidad básica para el desarrollo humano, el crecimiento económico y el bienestar social. Por todo ello, para una nación en su conjunto invertir en salud reditúa en mejor capital humano, mayor productividad y reducción de la pobreza.

Diversas encuestas de la Organización de las Naciones Unidas entre la población del mundo revelan que gozar de una buena salud es la principal aspiración de hombres y mujeres. Es por ello que a nivel internacional, la lucha contra la enfermedad y la muerte constituye una preocupación fundamental de todas las sociedades, tanto ricas como pobres; lo que se traduce en la adopción del cuidado de la salud como uno de los derechos humanos fundamentales amparados por la legislación internacional. Por éstas y muchas otras razones, en todos los países del mundo existe la convicción generalizada de que el bienestar de la población y la conformación del capital humano tienen como referente obligado y condición necesaria el mejoramiento de las condiciones de salud de su población. Por ello, una de sus preocupaciones centrales es encontrar una solución al problema financiero que significa satisfacer la creciente demanda de servicios de salud planteada por sus habitantes; estando presente un profundo análisis crítico de los mecanismos de financiamiento y de los esquemas de prestación de los servicios, toda vez que los costos de atención de la salud tienden a observar un crecimiento sostenido, en tanto que los presupuestos públicos disponibles son cada día más limitados e insuficientes. Por ello, puede decirse sin temor a equivocarse, que en materia de salud está presente más que nunca el principio económico de racionalidad y eficiencia en el uso de recursos.

En México las encuestas nacionales de salud revelan la misma prioridad entre la población, hecho que es reconocido normativamente en el Artículo 4to. de la Constitución Mexicana; en el cual se señala que: “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”. No obstante, persisten aún graves rezagos en el logro pleno de los satisfactores

sociales: la pobreza, el rezago social y la inequidad prevalecientes en muchas regiones del país constituyen una carga social que el estado mexicano no puede ni debe soslayar. Si bien es cierto que el estado y las condiciones de salud de los mexicanos han mejorado en forma significativa (hecho que se manifiesta en el incremento de las expectativas de vida y en la disminución de la tasa de mortalidad general), prevalecen aún serias insuficiencias en la prestación de los servicios de salud; como son la falta de cobertura para todos los mexicanos, la insuficiente calidad de la atención médica y bajos niveles de financiamiento público, en comparación con otros países de similar capacidad económica.

México es un país con una realidad compleja, caracterizada por una diversidad de aspectos culturales, étnicos, económicos, políticos y sociales que determinan y condicionan especificidades propias del estado de salud de sus habitantes. Actualmente el país y sus regiones están transitando por una serie de cambios en las esferas económicas, políticas, sociales y culturales que exigen nuevas soluciones y respuestas a los problemas contemporáneos. En el rubro de salud pública, el cambio es más que evidente. El Sistema Nacional de Salud está por cumplir siete décadas de haber sido constituido. Aquellos eran otros tiempos y eran otras las condiciones y las necesidades de salud de la población mexicana. Hoy las circunstancias son totalmente diferentes y complejas; al igual que en otros países del mundo, la complejidad del problema de la salud tiene que ver, entre otros factores, con la dinámica poblacional actual y con la transición epidemiológica de los últimos años. Particularmente, la disminución de las tasas de fecundidad y de mortalidad general se ha traducido en un incremento notable en la esperanza de vida; y por lo tanto cada vez es más significativa la presencia de grupos de población adulta y anciana cuya atención médica demanda servicios más complejos y por ende más costosos y difíciles de brindar, lo que significa una pesada carga financiera para el Estado.

Asimismo, se está en presencia de una transición epidemiológica caracterizada por el peso creciente de enfermedades complejas y costosas en su atención como causas principales de muerte y discapacidad, como es el caso de la diabetes melitus. En lo socioeconómico, deben destacarse el crecimiento de la pobreza, los niveles de desnutrición y obesidad prevalecientes, los acelerados procesos de urbanización, la migración del campo a la ciudad y los movimientos migratorios en la frontera norte y sur

de nuestro país. Todos estos cambios tienen en el momento actual amplias implicaciones en la respuesta social organizada para la salud, y se traducen en diversos retos que deben ser enfrentados de manera inmediata.

En México la Secretaría de Salud es la instancia responsable de atender a la población nacional, bajo un enfoque de operación descentralizada, que por su condición laboral y socioeconómica no cuenta con los beneficios de la Seguridad Social, es decir la población no derechohabiente. Es precisamente esta población, y sus condiciones de salud y bienestar, el objeto central de este libro. Es importante subrayar que los demandantes de estos servicios de salud constituyen los grupos de población más pobres del país, ya sea porque carecen de un empleo formal y por lo tanto no tienen derecho a la seguridad social, o porque pertenecen a los grupos sociales más marginados, así como a las diversas etnias nacionales.

El presupuesto público destinado a la prestación de los servicios de salud para la población no derechohabiente procede básicamente de la captación de ingresos fiscales por parte del Estado. Sin embargo, la circunstancia económica actual ha provocado que no exista correspondencia directa entre el incremento del presupuesto para la salud y el crecimiento de la demanda y los costos de atención. Este hecho se traduce en la prestación de un servicio parcial, ya sea porque no se cuenta con el suficiente personal médico e instalaciones, no se dispone de los medicamentos e insumos necesarios o no hay cobertura total, sobre todo en las zonas aisladas y marginadas. Todo esto provoca insatisfacción entre los usuarios acerca de la calidad, equidad y cobertura de los servicios de salud ofrecidos por el Estado.

Otra dimensión del problema a resolver en torno al financiamiento de la atención a la población no derechohabiente tiene que ver con la inercia histórica en la orientación del presupuesto, ya que hasta ahora la necesidad ha impuesto un modelo de salud en el cual se privilegia financieramente la atención de la enfermedad; en tanto que los programas de atención primaria y de promoción de la salud son poco considerados dentro del presupuesto global.

Todo ello se suma a las inercias históricas del gasto público en salud, mismo que ha estado sujeto a la disponibilidad de recursos fiscales, a la voluntad política del gobernante en turno y a la falta de controles en la ejecución del



presupuesto; para traducirse en insuficiencia de recursos públicos para la salud, así como en ineficiencia de los servicios y baja calidad de la atención. De esta manera, se pierde de vista el papel de la salud como fundamento del bienestar social y base de la productividad económica; ya que más que un rubro de gasto público, la salud representa en realidad una importante inversión en capital humano. Es por ello, y dado que el mecanismo de mercado no garantiza una oferta suficiente y adecuada de servicios de salud, que ésta debería constituir una de las responsabilidades básicas del Estado. Además está plenamente demostrado que la salud junto con la educación constituyen las capacidades básicas necesarias para el desarrollo humano y el bienestar social.

En esta perspectiva realista de la situación de la salud en México se torna relevante la aplicación del método de las finanzas públicas modernas en su estudio y solución, como disciplina cuya característica distintiva es la aplicación del método científico desde una perspectiva multi e interdisciplinaria al estudio de las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas de la sociedad con el propósito de diseñar y establecer políticas públicas tendientes al mejoramiento de las mismas. Ello en virtud de que las condiciones de salud de la población del país no pueden ser explicadas de manera reduccionista, sino que están determinadas por múltiples factores sociales, económicos, financieros, políticos y culturales. Factores que deben ser analizados en su conjunto a efectos de establecer políticas públicas efectivas, en las cuales el Estado debe asumir su compromiso constitucional de procurar la justicia social, la equidad y el desarrollo humano en beneficio de la población.

Un estudio de esta naturaleza requiere indagar en la propia historia de la formación del Estado moderno y su relación con la noción de justicia. Con ello, resulta más inteligible el comportamiento de los problemas actuales en contextos concretos, así como revelar en toda su complejidad el tema del Estado, la justicia social y la salud como bien público. Precisamente, estos temas ocupan un lugar especial en el presente libro, pues está claro que el problema de la salud debe concebirse en su naturaleza cultural y humana.

Por otro lado, un abordaje del financiamiento público de la salud en México con visión integradora requiere como premisa el conocimiento de los determinantes y condicionantes del estado de salud de su población, así

como de los mecanismos institucionales mediante los cuales funciona el sistema de salud y tiene lugar la participación del Estado en el proceso. También habrán de revisarse la estructura federalista y de descentralización de los servicios a los estados, la organización y funcionamiento de los servicios para la población mexicana sin Seguridad Social, las insuficiencias del modelo de atención actual y sus principales tendencias, el financiamiento de los servicios, sus mediaciones y el presupuesto público destinado para tal fin.

Todo ello conduciría, a primera vista, a la necesidad de buscar una asignación presupuestal para la salud pública con un enfoque integral y humanista que responda a la realidad actual del país caracterizada por el cambio epidemiológico asociado a los estilos de vida modernos, así como a una transición demográfica que implica un aumento sustancial en el número de adultos mayores que ya están demandando, y demandarán cada vez con mayor intensidad, servicios de salud con una mayor complejidad técnica y financiera; situación para la cual ya debería estar preparándose el sistema de salud mexicano. Y es que de acuerdo a proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade), la presencia de personas mayores de 60 años en México pasará del 7.5% en el año 2000 al 15.1% en el 2015, y al 27.4% en el 2025; todo lo cual se traduce en una mayor cantidad de ancianos plurimórbidos, elevada prevalencia de fragilidad, discapacidad y dependencia, carga adicional de enfermedades infecciosas, y escasa protección social.

Sin embargo, el propósito de caracterizar la problemática de la salud pública en México en función de sólo algunos factores causales sería algo más que imposible y ocioso, y nos conduciría a una visión parcial, pragmática, positivista e inmedatista. El problema no es únicamente financiero, y por lo tanto no se resuelve con más dinero público y privado para la salud. Su esencia es más compleja, va mucho más allá, ya que independientemente de las características biológicas con que se nace, tiene que ver con factores socioculturales, políticos, socioeconómicos y ambientales; mismos que en conjunto determinan las condiciones de salud de los seres humanos. Entonces, si el problema tiene un trasfondo multifactorial y multicausal, la respuesta social organizada por parte del Estado debería darse también en función de un criterio holístico y humanístico.

No obstante, se debe partir de realidades objetivas. El sistema de salud mexicano obedece a una estructura social y política predeterminada, y por lo tanto, sería ocioso tratar de establecer una propuesta en salud ajena a esta realidad. Reflexionando al respecto, es posible ubicar varias alternativas, la más viable tiene que ver con el reconocimiento por parte del Estado de la salud de la población como una prioridad nacional. Ello conduciría a la definición y aplicación en México de una verdadera política de Estado en materia de salud en sustitución de la actual política pública de salud, misma que opera bajo el criterio de que la atención de la salud es un gasto y no una inversión, y como tal está sujeta a la disponibilidad de fondos públicos para su atención. De manera tal que el gasto en salud en el país no crece en términos reales a la par del crecimiento de la población y sus necesidades de salud, y mucho menos en función de la complejidad derivada de los cambios epidemiológicos y demográficos, y del deterioro de los indicadores económicos y sociales traducidos en mayores niveles de pobreza para la mayoría de la población.

De esta manera, la inversión en salud, al igual que en otros rubros sociales, se condiciona al crecimiento económico del país, el cual por efectos del modelo económico seguido, se supedita al control de la inflación. Lejos está el criterio del reconocimiento de la salud de la población como motor del crecimiento económico y del desarrollo humano, y como elemento fundamental de la formación del capital humano y de la procuración de justicia y del bienestar social en el país. Por ello, la visión actual, bajo la cual se diseñan y ponen en marcha las políticas públicas de salud, es inmedatista. Bajo esta concepción, la previsión de los problemas de salud, así como la promoción y la restauración de la misma, deberán postergarse y esperar a los tiempos de bonanza económica. No se entiende que es precisamente en los tiempos difíciles, como ahora acontece, cuando los indicadores sociales más se deterioran y cuando más que nunca se requiere la intervención del Estado para paliar sus efectos.

En materia de salud la experiencia internacional demuestra que su impulso es vital para la reactivación económica y para la redistribución de los efectos de la crisis económica y social a favor de los sectores sociales más afectados por la misma. De esta manera, uno de los problemas sustantivos a resolver es qué políticas públicas instrumentar para asegurar el acceso a este bien primario de la mayoría de la población mexicana que vive en las zonas

más aisladas geográficamente, cuya marginación les hace materialmente imposible acceder de manera plena a los servicios formales de salud. Este problema estructural de la salud pública en México se ve agravado con el fenómeno de exclusión y segregación social.

Por otro lado, es notoria la creciente participación del capital privado en el mercado de la salud, sobre todo en las áreas y especialidades que ofrecen una mayor rentabilidad como la atención médica especializada, la cirugía estética y los tratamientos dirigidos a la atención de la depresión, el estrés y la obesidad, etc. Situación que acentúa la inequidad al no invertir en la atención primaria de la salud, y contribuye al crecimiento de los costos generales de atención. Como señala Amartya Sen (2000, p. 161):

“Quienes tiendan a considerar que el mecanismo del mercado es la mejor solución para resolver todos los problemas económicos, quizá deban preguntarse cuáles son los límites de ese mecanismo... Incluso a la hora de lograr resultados eficientes, el mecanismo del mercado a veces dista de ser eficaz, sobre todo en presencia de lo que se denomina bienes públicos, que no son consumidos por separado sino conjuntamente por todos los individuos”.

Es por ello que una de las conclusiones básicas de este libro gira en torno a la definición en México de una verdadera política de Estado en materia de salud, en sustitución de las actuales políticas públicas en la materia; que, como es evidente, únicamente han representado un paliativo de la problemática pero que en el más corto plazo son rebasadas por la complejidad de un mundo cambiante. Ello sucedió con los cambios implementados al modelo de salud en las décadas de los años ochenta y noventa, por lo cual no hay razón para dudar que con las reformas actuales no suceda lo mismo, puesto que parten de la misma concepción tradicional de la salud pero ajustada al contexto actual; en el cual los retos tienen que ver fundamentalmente con los aspectos de equidad en la distribución de los servicios, la calidad de los mismos y la protección financiera a las familias más desprotegidas, así como con el acceso oportuno a los servicios de salud en todos sus niveles.

Bajo esta perspectiva humanista se sustenta de manera objetiva la conveniencia económica y social para el país, de impulsar la participación del Estado en el financiamiento de la salud de todos los mexicanos a través del presupuesto público, para lo cual es recomendable la instrumentación

de una política de Estado en salud orientada hacia el desarrollo humano y la justicia social. De la misma manera, se sustenta la tesis de que en el marco de las finanzas públicas modernas es necesario retomar la responsabilidad del Estado mexicano en el financiamiento de la salud de sus habitantes, a través de la instrumentación y puesta en marcha de una política de Estado en salud mediante la cual se asegure un presupuesto público para la salud pública creciente y sostenida más allá del ciclo político sexenal.

Para los efectos de la propuesta plasmada en este libro, por política de Estado se entienden aquellas acciones oficiales emprendidas con el propósito de incorporar materias del ámbito gubernamental que se considera deben trascender en beneficio de la sociedad a efectos de evitar los vaivenes del sistema político administrativo. Las características que debe reunir una política de Estado son:

1. Debe quedar inscrita en el texto constitucional.
2. Debe trascender los límites sexenales; es decir, observar el largo plazo como condición fundamental.
3. Debe aislarse de apasionamientos políticos, partidistas o de grupos.
4. La flexibilidad como característica natural de lo público estatal.
5. La factibilidad de consolidarse para beneficio de la sociedad mexicana.
6. Debe lograr consensos entre los diversos grupos sociales y políticos.
7. Debe contribuir a abatir rezagos sociales, generar riqueza y, sobre todo, contribuir a lograr el crecimiento y desarrollo humano del país.

Finalmente, el presente libro consta de cinco capítulos. En el primero se abordan los aspectos teóricos relacionados con las finanzas públicas modernas; sus orígenes, conceptualizaciones y delimitaciones. El segundo hace un repaso acerca de los conceptos teóricos del Estado, la justicia social y los bienes públicos; relacionándolos de manera directa con la conceptualización de la salud en tanto bien público y sus diversas implicaciones. Por su parte, el tercer capítulo aborda de manera específica las condiciones de salud y la respuesta social organizada para la salud en México y algunos países de América, para dar paso enseguida al capítulo cuatro que describe las principales características del financiamiento de la salud en nuestro país, así como las principales políticas públicas implementadas. El quinto y último capítulo contiene una novedosa propuesta metodológica para el establecimiento de una política de Estado en salud en México.



# Capítulo I

## **Finanzas públicas modernas**

Orígenes,  
conceptualización  
y evolución





Las finanzas públicas constituyen una disciplina relativamente joven, cuya independencia de la economía política comienza a perfilarse a partir de la Revolución Francesa. Es en el siglo XIX, cuando de manera definitiva se establecen como una disciplina autónoma, proceso al cual contribuyó de manera definitiva la obra clásica de Wagner titulada *Ciencia de las finanzas*, y su evolución en el tiempo ha estado indisolublemente asociada a las transformaciones que ha experimentado el Estado en cuanto a sus funciones y responsabilidades (Flores, 2001).

### **1.1 Las finanzas públicas y su evolución**

En su origen, las finanzas públicas han sido identificadas también a través de diversos conceptos. Así, era frecuente, el uso del término “hacienda pública”, entendida como el conjunto de bienes que una entidad pública, ya sea federal, estatal o municipal posee en un momento determinado para poder llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades y atribuciones. Comprende también las deudas generadas en el cumplimiento de tales propósitos. Es usual también el uso de la palabra “fisco”, debiendo entenderse por tal al Estado como titular de la hacienda pública, lo que le concede derechos para exigir el cumplimiento de las prestaciones generadas a su favor, y obligaciones de cubrir aquellas que resulten a su cargo. Asimismo, es usual el término “materia fiscal”, por el cual se debe entender toda aquella cuestión que se refiere a la hacienda pública. Finalmente, Schultz y Harris, hacen mención también del concepto “fiscal”, el cual vendría a ser el adjetivo que se corresponde con el término finanzas públicas, y que se refiere tanto a la obtención como a la aplicación de los fondos gubernamentales (Flores, 2001).

### 1.1.1 De finanzas públicas clásicas a finanzas públicas modernas

De acuerdo a Duverger, en su génesis la antigua ciencia de la hacienda pública clásica estaba fuertemente influenciada por el Estado liberal del siglo XIX sustentado en la teoría económica clásica de Adam Smith, cuyas funciones centrales se limitaban estrictamente a la actividad propia del “Estado policía”, término que caracteriza la ortodoxia prevaleciente en la época en cuanto a la actividad pública se refiere, limitada básicamente al cuidado del orden, la aplicación de la justicia, la organización del ejército y a la diplomacia (Duverger, 1960). Como contraparte, el libre mercado operado por empresas privadas tendría la exclusividad del resto de las actividades económicas de un país. La concepción clásica que sustentaba esta corriente era que la libre competencia (léase no intervención del Estado en la actividad económica) era la mejor manera de garantizar el óptimo funcionamiento de las leyes del mercado (Smith, 2002).

En el contexto de la lógica económica clásica acerca de la actuación del Estado liberal, el propósito central de la hacienda pública era el de hacerle llegar los medios económicos estrictamente necesarios para poder continuar con sus funciones administrativas. De esta manera, surge el término de equilibrio presupuestal; es decir, una situación financiera ideal en la cual los gastos públicos, además de limitados, deberían estar en sintonía con los ingresos captados por el Estado. Por esta razón, en dicha época la participación del Estado en la economía de la mayoría de los países no rebasaba el 10% de la renta nacional<sup>1</sup>.

No obstante, con el paso del tiempo y debido a diversos factores, fue configurándose una nueva concepción acerca del papel del Estado; hecho que está asociado también con la reciente autonomía de las finanzas públicas respecto a la economía política. Surgen así las políticas macroeconómicas keynesianas sustentadas en el gasto público como principal variable para la reactivación de la economía durante la época conocida como La Gran Depresión, período durante el cual la participación pública en la renta nacional llegó a promediar un 30%.<sup>2</sup> Hoy día, en todos los países del mundo,

<sup>1</sup> Esta posición pasiva por parte del Estado garantizaba una mínima influencia de éste dentro de las finanzas privadas y sobre la economía de los particulares, ya sea compitiendo por recursos en el mercado financiero o generando presiones inflacionarias derivadas de su intervención en la economía.

<sup>2</sup> Tal dinamismo en la actividad pública significó también un importante cambio en la forma de

aún en los más liberales, el Estado interviene directamente en la actividad económica y social de diversas maneras, ya sea para impulsar la producción en épocas de crisis, para contener el alza de precios y el poder adquisitivo, o para redistribuir la riqueza generada. Surge de esta manera el “Estado benefactor”, el “Estado providencia”, llamado así por los detractores de la actividad estatal.

Este Estado moderno, asociado directamente al denominado Welfare State,<sup>3</sup> asume a la hacienda pública ya no como un simple instrumento útil para asegurarse los medios necesarios para financiar sus gastos administrativos, sino también como mecanismo ideal para influir en la vida social y económica de un país, y con propósitos explícitos de beneficio de la sociedad en su conjunto. A partir de esta concepción intervencionista del Estado, se da la transición hacia las finanzas públicas modernas.

La distinción más clara entre las corrientes clásica y moderna de las finanzas públicas está dada en los fines específicos. Así, la forma como el Estado cubría sus gastos públicos constituía el objetivo principal de las finanzas públicas bajo su concepción tradicional. De esta manera, por definición las finanzas públicas eran la ciencia de los medios por los que el Estado obtiene y utiliza los ingresos necesarios para satisfacer los gastos públicos a través del reparto entre la sociedad de las cargas resultantes. No obstante, todo problema de finanzas públicas podía ser reducido a un problema de cobertura de gastos públicos, ya sea por medio del cobro de impuestos, de la colocación de créditos públicos o de la consecución de empréstitos (Duverger, 1960).

Una característica observable en la transición de las finanzas públicas clásicas a las modernas es la disociación entre fines y medios, así, más allá del propósito único de cobertura de gastos que distingue al Estado liberal, ahora la intervención pública tiene claros fines y propósitos de tipo económico y social. Tal dinamismo en la intervención del Estado, característico de las finanzas públicas modernas, conlleva a un cambio en su definición considerándosele ahora como la ciencia que aborda la actividad del Estado cuando éste utiliza medidas financieras tales como gastos, tasas,

---

pensar acerca del papel del Estado en la economía, así como de las insuficiencias económicas y sociales del libre mercado y la inversión privada, derivadas de la cada vez más evidente inexistencia de competencia perfecta y de su tendencia a la concentración del ingreso.

<sup>3</sup> Término utilizado para identificar al conjunto de políticas públicas implementadas por el Estado para ofrecer a la ciudadanía diversos bienes y servicios públicos tendientes al bienestar colectivo.

impuestos, empréstitos, medidas monetarias y presupuestos para intervenir en la economía buscando propósitos específicos.

Como se puede apreciar, esta concepción moderna de las finanzas públicas no desecha el propósito de cobertura de los gastos del Estado a través de una distribución equitativa de la carga tributaria entre la población, pero le incorpora nuevos propósitos con objetivos económicos y sociales específicos, como son, entre otros, el control de la inflación, el fomento del empleo, y la redistribución del ingreso.

De esta manera, la fase de transición de una concepción clásica hacia una moderna de las finanzas públicas se distingue claramente en el empleo de los medios destinados no únicamente para cubrir los gastos públicos sino también como una manera de intervención estatal en materia económica, social y política. Por ello, para Duverger la esencia de las finanzas públicas modernas vio incrementado sensiblemente su dominio comprendiendo dos áreas específicas: el análisis de los instrumentos financieros con el claro objetivo de la cobertura de gastos públicos y el estudio de su utilización con propósitos específicos de intervención en la actividad económica, social y política. Este cambio sensible en los propósitos de las finanzas públicas implicó también un cambio en las técnicas financieras utilizadas. Las transformaciones más evidentes fueron observadas en el proceso presupuestario. De esta manera, el intervencionismo público implicó un cambio radical en la estructura del presupuesto clásico, pasando de una simple previsión contable de ingresos y gastos del Estado a una técnica mucho más amplia y sofisticada que tiene que responder a la economía de un país en su conjunto, y a la complejidad resultante de su interacción con la realidad social prevaleciente.

Por otra parte, esta diferenciación en cuanto a propósitos da pauta a la presencia de ciertas contradicciones entre ambas concepciones de las finanzas públicas. La primera de ellas, manejada también por los financistas ortodoxos como una crítica a la concepción moderna, tiene que ver con el hecho de que en la búsqueda de igualdad ante la carga pública, desgravando a unos y sobre gravando a otros, el intervencionismo fiscal propiciado por las finanzas públicas modernas lo que hace es crear desigualdades. No obstante, es en el proceso presupuestario donde más se manifiestan tales contradicciones. De esta manera, en tanto una posición tradicionalista en

la materia aplicaría el principio básico de equilibrio entre ingresos y gastos públicos; para la corriente moderna tal equilibrio no pasaría de ser un objetivo secundario susceptible de incumplimiento ante la prioridad de influir en la actividad económica y social. Esta posición moderna, que privilegia la política económica y social y que no rechaza el déficit presupuestal, fue defendida abiertamente por Beveridge (Duverger, 1960).

Cabe mencionar que, no obstante estas diferencias, a nivel macroeconómico ambas concepciones de las finanzas públicas encuentran complementariedad. Es decir, más allá de la simple política financiera, toda la política económica y social del Estado moderno tiene un claro propósito de equilibrio social y económico tendiente al desarrollo del país en su conjunto. Por lo tanto, se puede considerar que el principio de equilibrio presupuestal clásico está inmerso dentro del equilibrio general buscado por el Estado, pero que sólo significa un propósito financiero entre un cúmulo de instrumentos económicos y sociales aplicados. Tal concepción holística es reforzada por la complejidad creciente de la realidad económica y social que hoy se vive.

### **1.1.2 Las finanzas públicas modernas. Perspectiva, método y delimitaciones**

Las finanzas públicas modernas constituyen una disciplina social sustentada en el método científico, cuyo propósito es el estudio de las reglas y operaciones concernientes a los fondos públicos (Gaudamet y Molinier, 1966). Más allá de ello, las finanzas públicas representan en realidad una ciencia con un profundo carácter sociocultural que se manifiesta en un espacio y tiempo determinado, y que sirve de punto de encuentro para lo mejor del conocimiento social. Por ello se dice que su estudio exige ser abordado desde una perspectiva inter y multidisciplinaria.

#### **1.1.2.1 La perspectiva multi e interdisciplinaria de las finanzas públicas**

Muchas son las ciencias sociales que se relacionan con las finanzas públicas, pero básicamente tres de ellas son las más determinantes: el derecho público, la economía y la política.

En lo que corresponde a la vinculación existente entre las finanzas públicas y el derecho público, podemos decir que en tanto las primeras se constituyen en instrumento de estudio del patrimonio de las colectividades públicas,

deben someterse a una reglamentación jurídica que facilite su interacción con la economía y con la situación social y política de un país. Dichas reglas provienen del derecho público, y hacen que éste tenga una rama relacionada con las finanzas públicas, misma que es conocida con diversa denominaciones como son: legislación financiera, derecho financiero, derecho fiscal, derecho del presupuesto y contabilidad pública. Cabe mencionar que hasta antes del siglo XIX, las finanzas públicas eran equiparadas con la legislación financiera, y que es a partir de ese momento cuando las finanzas públicas se desincorporan del derecho público y se constituyen en una disciplina independiente. Actualmente, las interrelaciones entre ambas disciplinas se establecen a través del derecho constitucional y el derecho administrativo; el primero, estudia las reglas jurídicas aplicables a los órganos de decisión política y a la función gubernamental, en tanto que el segundo estudia las reglas jurídicas aplicables a los órganos encargados de la ejecución de la función administrativa, esto es, la gestión pública.

La estrecha vinculación entre las finanzas públicas y el derecho constitucional se explica por la necesidad de que la aplicación de los instrumentos financieros se subordine a un marco constitucional, y viceversa, los fenómenos financieros influyen de manera determinante en el ámbito constitucional. De manera particular en los regímenes democráticos, los aspectos relacionados con el presupuesto público están especificados en su constitución política; y el equilibrio de poderes entre el centro y las regiones tiene que ver con el grado de autonomía financiera de éstas últimas.

Entre las finanzas públicas y el derecho administrativo existe una importante interrelación histórica, toda vez que anteriormente éstas no pasaban de ser un aspecto más del derecho administrativo. Incluso hoy en día las reglas del derecho administrativo norman en gran medida los mecanismos financieros. Un aspecto importante de esta relación se encuentra en el proceso de descentralización administrativa de funciones y recursos; el cual por mucho tiempo no pasó de ser un propósito, dada la concentración de los recursos y las atribuciones en el gobierno central. Esta relación está determinada también por la existencia de organismos públicos administrativos, razón de ser del derecho administrativo, y la naturaleza operativa de algunos de ellos relacionada con los gastos públicos, con los fondos y valores objeto de estudio de las finanzas públicas. De hecho, no fue hasta pasado el siglo XIX que el estudio de las finanzas públicas pudo desligarse del derecho administrativo.

A partir de entonces, el derecho público se constituye con tres grandes ramas: derecho constitucional, derecho administrativo y finanzas públicas.

Al igual que en las otras disciplinas derivadas del derecho público, como son el derecho constitucional y el derecho administrativo, las finanzas públicas van más allá del simple análisis jurídico concerniente a su ámbito de acción (como serían los ingresos y los gastos públicos) trascendiendo así de una simple concepción de legislación financiera a una verdadera política que, además del análisis puramente económico de la función del Estado, tiene que ver también con propósitos sociales y políticos. Las finanzas públicas se nutren de la legislación financiera y la política financiera para llegar a ser lo que hoy día se considera como una concepción moderna de la ciencia de las finanzas públicas, misma que comprende a la política financiera, la política presupuestal y la política fiscal.

De manera especial, la interrelación existente entre las finanzas públicas y la economía es profunda e indisoluble, ya que ambas constituyen las dos caras de una misma moneda. Así, cualquier medida de carácter financiero tendrá efecto directo en la economía en su conjunto y viceversa, cualquier evento económico interno o externo se reflejará de manera directa en las finanzas públicas de un país. Esta vinculación es tan estrecha que con frecuencia ambas disciplinas son confundidas, por lo que es importante establecer su diferenciación. En tanto la economía financiera aborda los aspectos financieros de un país desde una perspectiva global de la economía, las finanzas públicas abordan la cuestión financiera desde una perspectiva más específica, relacionada con la actividad del Estado y el impacto de la aplicación de los instrumentos financieros, así como del marco jurídico correspondiente.

Si bien es clara y obvia la relación entre las finanzas públicas y la economía, sus vínculos con la ciencia política aún no han sido analizados, lo que puede explicarse en razón al retraso en la evolución de esta última. Sin embargo, es importante incidir en la investigación de esta vinculación, toda vez que la interpretación política de las operaciones y de los mecanismos financieros aplicados es fundamental para el logro de los propósitos buscados. La incorporación de la ciencia política a las finanzas públicas permite trascender de un contenido puramente jurídico, como lo fue la legislación financiera, a una perspectiva de análisis mucho más amplia que incorpora también lo mejor de la ciencia política.

En contraparte, las finanzas públicas contribuyen a la ciencia política en la medida en que le proporciona a esta última un registro sistemático de las operaciones, hechos y cifras relacionadas con las finanzas nacionales; ofreciéndole así una base de análisis real y objetivo acerca del impacto de las medidas políticas aplicadas por el grupo gobernante. La implementación de presupuestos públicos funcionales es particularmente útil a este propósito, ya que mediante esta técnica, a todas y cada una de las funciones del Estado les es asignado un determinado monto de recursos; lo que permite identificar la orientación del gasto público y por ende la orientación política del mismo. Cabe mencionar que en este contexto de funcionalidad, las finanzas públicas han pasado también de una disciplina cuyo objeto de análisis lo constituían la reglamentación de los gastos públicos (una perspectiva material) a una disciplina que estudia también las operaciones concernientes a los gastos públicos (una perspectiva funcional).

Es de destacar la relación de las finanzas públicas modernas con otras disciplinas sociales. La incorporación de una perspectiva sociológica a las finanzas públicas le permite trascender de una concepción puramente técnica y abstracta de sistemas fiscales y reglas jurídicas, a una disciplina social que parte de la estructura social y política de una nación. Así, por medio de la sociología es posible comprender la razón de ser de las medidas financieras implementadas por el Estado y los grupos sociales beneficiados. Por su parte, la psicología permite establecer una base de confianza y apoyo de la ciudadanía a las medidas fiscales implementadas.

Finalmente, la estadística es básica para las finanzas públicas modernas, toda vez que su instrumentación exige la aplicación de métodos cuantitativos propios de esta materia. De la misma manera, los principios y las técnicas estadísticas están presentes en el registro sistemático de los fenómenos financieros; así como en el seguimiento y registro de las operaciones fiscales, y en el establecimiento de mecanismos de evaluación, seguimiento y control financiero.

#### **1.1.2.2 El método de las finanzas públicas modernas**

Dada su naturaleza multi e interdisciplinaria, el estudio de las finanzas públicas requiere un método particular de análisis, ya que por un lado constituye una ciencia social, pero a su vez tiene una utilidad práctica como



técnica financiera. De esta manera, a las finanzas públicas aún se le regatea su reconocimiento como ciencia. De acuerdo a la definición de ciencia, las finanzas públicas hoy día ajustarían perfectamente en la misma, puesto que integra un conjunto de conocimientos que constituyen todo un cuerpo teórico financiero que estudia las relaciones existentes entre los fenómenos financieros y que conducen al descubrimiento de leyes financieras desde un punto de vista científico y no jurídico. Ejemplo de estas leyes es la aseveración de que un déficit fiscal es por naturaleza inflacionario, o que la captación fiscal indirecta es más sensible a la evolución de la economía que la captación fiscal directa. Obviamente estas leyes no se comparan con la rigurosidad de las leyes derivadas de las ciencias exactas, puesto que su base es social y política y por lo tanto tienen un alto grado de incertidumbre derivada de la variabilidad de los fenómenos financieros y de los procesos reflexivos propios del ser humano; aspectos que no le restan valor al carácter científico de las finanzas públicas y que en todo caso exigen un método específico de abordaje.

De esta manera, el proceso de investigación financiera se puede clasificar en tres etapas: la observación de los fenómenos financieros, el análisis y la investigación de correlaciones existentes, y la determinación de leyes o relaciones existentes. Si bien la observación directa de las operaciones financieras es difícil, es factible llevar a cabo una observación indirecta por medio del análisis de las cuentas públicas, siempre y cuando las mismas estén a disposición del investigador financiero y registren información financiera veraz, confiable y oportuna. Por su parte, la determinación de la correlación existente entre las operaciones financieras no debe limitarse al estudio de las relaciones entre las mismas, sino que debe ampliarse a las vinculaciones existentes con los aspectos que no tienen un carácter propiamente financiero, como serían las cuestiones económicas, políticas, sociales y culturales de un país. Por ejemplo, los aspectos fiscales deben abordarse desde la perspectiva de la economía en su conjunto, del ambiente político y de las estructuras sociales prevalecientes.

Por último, la observación financiera y la determinación de interrelaciones entre las operaciones y las diversas áreas del conocimiento deben concluir en la formulación de conclusiones positivas y leyes financieras. Dado que en los fenómenos financieros influyen una diversidad de aspectos socioeconómicos y políticos, al momento de formular las leyes muchas veces será difícil

identificar dentro de las operaciones financieras cuáles son las causas y cuáles los efectos; lo que nos mueve al uso de disciplinas accesorias, a efectos de ubicar a las finanzas públicas en el marco en que se desarrollan.

De esta manera, durante la investigación de las finanzas públicas deberá tenerse en cuenta el marco constitucional y político prevaleciente, el contexto social y el grado de desarrollo de un país; su entorno económico y aspectos estructurales determinados históricamente. Todo ello implica que las finanzas públicas se tengan que vincular forzosamente con diversas disciplinas sociales, situación que le da el carácter de ciencia multi e interdisciplinaria. Es recomendable no perder de vista que la investigación en esta materia tiene un propósito esencialmente financiero hacia el cual se debe orientar el estudio, ya que es fácil perder la perspectiva y orientarla puramente hacia aspectos económicos, políticos o sociales.

Por otra parte, el abordaje de las finanzas públicas no se limita al método científico, sino que también es necesario un análisis desde una perspectiva operativa en tanto instrumento financiero; lo que nos conduce a reconocer la existencia de una técnica financiera, esto es, un conjunto de procedimientos susceptibles de aplicarse a ciertos resultados financieros. Bajo esta perspectiva, se habla de una técnica fiscal, de una técnica presupuesta, y de una técnica contable. Dada la especificidad de estas técnicas, su método de estudio es diferente al de las finanzas públicas como ciencia.

Debido a que las técnicas financieras constituyen un conjunto de procedimientos tendientes a alcanzar determinados resultados financieros, la investigación y la lectura como método de aprendizaje no son el camino más adecuado puesto que el aprendizaje de una técnica implica aspectos prácticos y operativos. Es importante destacar que el aspecto técnico de las finanzas públicas contribuye a enriquecer y complementar su carácter científico.

### *1.1.2.3 Delimitaciones en torno a las finanzas públicas modernas*

En lo que respecta al estudio de las reglas y operaciones concernientes a los gastos públicos, propósito central de las finanzas públicas modernas, conviene llevar a cabo ciertas precisiones. En primer lugar, a la relación existente entre la ciencia de las finanzas públicas y las finanzas privadas.

Entre las mismas hay grandes similitudes que se derivan del hecho de que ambas enfrentan problemas similares: la determinación de un presupuesto óptimo y la insuficiencia de los recursos disponibles. No obstante, existe una circunstancia que diferencia a una de la otra: en tanto las finanzas privadas y las operaciones que de ella se derivan se rigen por el libre mercado, las finanzas públicas y sus operaciones son normadas y conducidas por el Estado. Específicamente, las diferencias entre ambas se pueden resumir de la siguiente manera: contrario a las finanzas privadas, la intervención del Estado en las finanzas públicas hace que éstas dispongan de métodos de coacción tributaria que se expresan en una moneda nacional única, sus beneficios son de tipo colectivo y no individual, y por su naturaleza colectiva, su volumen representa montos significativos; lo que explica el efecto del gasto público en la evolución de toda una economía.

Otra delimitación que es importante establecer está relacionada con las finanzas públicas y la antigua legislación financiera, y tiene que ver con las reglas y operaciones objeto de estudio de las finanzas públicas. De esta manera, hoy día los gastos públicos ya no son abordados exclusivamente desde un punto de vista jurídico, sino que se incorpora una perspectiva dinámica que tiene que ver con las operaciones realizadas, y que va más allá del derecho financiero; puesto que trasciende también a la vida política y económica de una nación, razón por la cual el abordaje de las finanzas públicas exige un método especial de análisis.

### **1.1.3 Los gastos y el presupuesto público según las corrientes clásica y moderna de las finanzas públicas**

En el contexto de las finanzas públicas clásicas, la actuación del Estado tenía una naturaleza pasiva y limitada a funciones administrativas. Por ello, el nivel del gasto público se calificaba en función de su volumen total, siendo altamente criticable cualquier gasto adicional; toda vez que prevalecía el principio de equilibrio presupuestal sustentado en una mínima intervención del Estado en la actividad económica y social. En esta lógica, era natural que el criterio financiero a seguir fuera el de primero gastar y luego estimar los ingresos suficientes para sustentar dicho gasto.<sup>4</sup> De esta manera, en tanto

---

<sup>4</sup> En el caso de las finanzas públicas modernas, el proceso es todo lo contrario, es decir, primero se calculan los ingresos que obtendrá el Estado durante el ejercicio presupuestal y posteriormente se diseña el programa de gastos públicos en función de dicha estimación.

soporte financiero de la actividad del Estado, los gastos públicos se elevaban a una naturaleza obligatoria e imperativa para todos los ciudadanos. Bajo este punto de vista, la naturaleza o fin de los gastos era lo menos importante, y en todo caso su orientación era un problema administrativo o político, pero no financiero. En síntesis, en las finanzas públicas clásicas lo realmente importante era el importe global de los gastos y el equilibrio presupuestario, no tanto su composición y orientación, problemas que en todo caso concernían al ámbito de la elección política (Duverger, 1960, p. 64).

Como contraparte, en las finanzas públicas modernas la importancia de los gastos públicos en su conjunto es menos acentuada, destacándose más que nada su naturaleza y orientación. Es decir, importan más los fines que los medios como tales. Desde esta perspectiva, podríamos concluir que el abordaje de los gastos públicos en su concepción clásica era de naturaleza cuantitativa; es decir, lo importante era su importe, en tanto que en las finanzas públicas modernas se destaca el aspecto cualitativo. Esto quiere decir que importa no tanto la cantidad del gasto realizado por el gobierno, sino los propósitos a lograr y la orientación de los mismos. En este contexto, Chávez (2003) dice que el gasto público es un instrumento importante de la política económica. Los gobiernos de los países lo utilizan como un mecanismo de compensación de desigualdades, como un impulsor del crecimiento económico y como un instrumento para que el gobierno cumpla con los objetivos del Estado.

Hoy en día, en todos los países del mundo existe una marcada tendencia al incremento del gasto público, situación sistematizada en la Ley de Wagner. Las causas de ello son diversas y tienen que ver con aspectos sociológicos, históricos, políticos, económicos y sociales. Las causas sociológicas están referenciadas a la naturaleza evolutiva de los organismos, por lo tanto es factible pensar que las colectividades públicas tienden a incrementar sus actividades y por tanto el nivel de gastos para financiarlas. Desde el punto de vista histórico, la experiencia demuestra que los estados enfrentan períodos de inestabilidad política violenta; lo cual los lleva a contraer deudas para el financiamiento de sus gastos de defensa, mismas que con el tiempo se han ido acumulando y cuyo servicio hoy día representa una verdadera limitante para el desarrollo de los países.

Por su parte, las causales políticas son diversas y entre ellas tenemos las atribuciones cada vez más crecientes de los estados. Así, se ha trascendido

de una concepción de estado gendarme a un estado interventor y benefactor, lo que ha impulsado el nivel de los gastos realizados. Finalmente, las causas económicas están vinculadas directamente con todas las antes citadas, toda vez que cualquier incremento del gasto público, independientemente de su origen, se reflejará de manera directa en la esfera económica. Particularmente, si se trata de un gasto descontrolado, seguramente se traducirá en problemas económicos graves para la economía en su conjunto.

Al respecto, Chávez Presa dice que pareciera que entre mayor sea el gasto del gobierno, más se logra impulsar el crecimiento económico y, en consecuencia, se deberían alcanzar mejores niveles de bienestar social. Sin embargo, llama la atención que el uso de tal estrategia es riesgosa, ya que si existe un déficit fiscal muy alto en relación con la capacidad de ahorro del país. La demanda de financiamiento del gobierno competirá con la iniciativa privada, lo que se traducirá en un aumento en las tasas de interés, restricciones al crédito y caída de las actividades productivas generadoras de empleos.

Dado que en las finanzas públicas modernas se destaca la importancia del tipo de gasto realizado y su orientación, además del impacto que éste tiene dentro de la actividad económica y social, es importante detenerse en el análisis de la naturaleza de tales gastos. Para ello, antes que nada habrá que remontarse a la transición observada en el papel jugado por el Estado, pasando de un Estado-consumidor característico de las finanzas públicas clásicas, al Estado-redistribuidor característico de la modernidad. Como puede apreciarse, ambas concepciones se diferencian en lo que corresponde a la naturaleza del gasto público: de un simple consumo de bienes, un mal necesario según la corriente conservadora al cual habría que cuidar si se quieren evitar sus efectos nocivos en la economía, a un instrumento de transferencia de la riqueza entre la sociedad, según la corriente progresista.

#### ***1.1.3.1 Acerca de la naturaleza de los gastos públicos***

Para los financieros clásicos el Estado significaba en realidad una entidad con funciones puramente administrativas que se convertía en fuerte consumidora de bienes y servicios, mismos que eran sustraídos a la sociedad en su conjunto mediante el gasto público realizado. Si bien sus actividades de guardián del orden y administración de la justicia son importantes, desde

el punto de vista económico no tienen significancia; y sí por el contrario representan una carga para la renta nacional e inciden en la disminución del bienestar general, toda vez que consume bienes que podrían estar disponibles para su consumo privado.

Bajo esta concepción clásica liberal, sustentada científicamente en las ideas de Adam Smith, y que impulsa la presencia de un Estado destinado a resguardar el orden y que no interfiere en las actividades reservadas a los particulares, los gastos públicos tienen una característica de “neutralidad”; es decir, no tienen impacto alguno en el circuito económico ni en la situación social de la población. Cabe mencionar que esta posición de ortodoxia financiera llevada al extremo ha servido de pretexto para criticar la posición de las finanzas públicas modernas con respecto al papel jugado por el Estado dentro de la actividad económica y social.

Por otra parte, dentro de la corriente moderna de las finanzas públicas, el Estado es asumido como una entidad cuyo propósito central es la redistribución del ingreso, dejando de ser por lo tanto un simple administrador de la justicia y consumidor de la riqueza nacional. Ello implica en realidad un estatus jurídico diferente. Ahora el Estado es una entidad moral, un ente jurídico, y por lo tanto no puede consumir ni gastar. Quienes gastan son los funcionarios públicos. Por lo tanto, los gastos públicos son en realidad los gastos de los individuos que conforman el Estado y estos recursos públicos aplicados con fines específicos no desaparecen, sino que son redistribuidos entre la sociedad, y de esta manera reciclados al sistema económico en su conjunto. Por ello, los gastos realizados por el Estado con propósitos intervencionistas en la actividad económica y social son conocidos también como gastos públicos “activos”. Está por demás decir que esta corriente que impulsa un papel proactivo del Estado está sustentada en la teoría macroeconómica keynesiana.

Este debate en torno a los fines y la naturaleza de los gastos públicos está establecido entre las corrientes clásica y moderna de las finanzas públicas. En centro de éstas está la concepción sociopolítica del papel del Estado dentro de la actividad económica, misma que va desde el extremismo conservador de un mal necesario, un “Estado-pozo” que en sus funciones administrativas consume bienes que podrían ser más eficientemente utilizados por la iniciativa privada; hasta la posición progresista de un

“Estado redistribuidor” que interviene en la economía con el propósito de compensar las desigualdades sociales. Hoy día, en el contexto de la economía neoliberal el debate toma relevancia, toda vez que tiende a imponerse nuevamente la corriente que proclama la eficiencia del mercado en todas las actividades económicas, aún en aquellas donde su ineficiencia social y económica es manifiesta, observándose por lo tanto un retiro progresivo del Estado en diversas actividades sociales de primordial importancia, como lo son la salud y la educación. En contraste, cada día son más manifiestas y evidentes tales insuficiencias del mercado, y cada vez más los gobiernos de los países toman conciencia de la necesidad de compensar las desigualdades generadas por el modelo económico seguido, así como de la importancia de incrementar la inversión pública orientada a la formación de capital humano, elemento fundamental para mejorar la productividad económica e impulsar las capacidades básicas para el desarrollo humano de sus países.

En cuanto a la clasificación de los gastos públicos, puede decirse en términos generales que entre las corrientes clásica y moderna de las finanzas públicas existen dos diferencias sustanciales. En primer lugar, el punto de vista administrativo de los gastos y su neutralidad, que cede lugar a una concepción económica y con propósitos definidos, derivados de la actividad propia del Estado, y en segundo lugar, el gasto global deja de ser lo más importante en la función pública, destacándose ahora su orientación específica hacia los diversos aspectos económicos y sociales de la vida nacional. De esta manera, la tradición de clasificar los gastos según áreas y departamentos administrativos encargados de ejercerlos, es sustituida por aquella sustentada en su orientación e impacto en la economía.

De manera específica, en la corriente moderna de las finanzas públicas los principales criterios de clasificación de los gastos públicos son establecidos en base a su funcionamiento y orientación, de lo cual se desprende la existencia de gastos de funcionamiento y gastos de capital. Estos, a su vez, tienen su antecedente directo en los gastos ordinarios y extraordinarios de la corriente clásica. Así, en tanto los ordinarios estaban ligados directamente a las actividades administrativas y rutinarias del Estado, los extraordinarios tenían que ver con la ejecución de actividades y funciones no cotidianas, como podrían ser gastos de guerra, reconstrucción o combate de epidemias y plagas. Por su naturaleza aleatoria son los únicos que en un momento dado podían ser cubiertos con préstamos, en tanto que los de naturaleza

ordinaria debían ser estrictamente financiados mediante impuestos. Así, cada tipo de gasto se correspondía con una cierta clase de ingreso. Bajo la concepción moderna, los gastos de funcionamiento corresponden justamente a los gastos necesarios para mantener la actividad pública. Los mismos no implican transferencia alguna a otros sectores, y nos acercan a la idea clásica de los gastos ordinarios y, en nuestra contemporaneidad, a los conocidos como gastos corrientes. Por otra parte, los gastos de capital significan una intervención directa en la actividad económica y social, y por lo tanto sí afectan a la riqueza nacional en su conjunto. Ejemplo de ello son las inversiones en infraestructura ferroviaria y carretera, construcción de hospitales y escuelas públicas.

Otra clasificación usual de los gastos públicos en la corriente moderna, además de los de funcionamiento y capital, la encontramos en los conocidos como gastos de servicios y gastos de transferencia, denominación sustentada en la idea del Estado-redistribuidor o Estado-intervencionista y compensador de las desigualdades económicas y sociales. En los de servicio, esta redistribución se lleva a cabo de manera directa a través de una actividad pública específica, como podrían ser la prestación de servicios de salud, de educación, de justicia, etc. Por su parte, en los gastos de transferencia, se retoma la idea de que con su actuación, el Estado puede constituirse en un “filtro” que mediante el gasto público redistribuye la renta nacional entre toda la población. A diferencia de la prestación directa de servicios, en esta función redistribuidora el Estado no requiere un aparato administrativo específico, un ejemplos típicos puede verse en los subsidios, pensiones, gastos de asistencia.

De acuerdo a los hacendistas modernos, tres son las causas principales que explican el aumento de los gastos públicos: la ampliación de las responsabilidades y funciones del Estado; el progreso técnico, y los cambios observados en la evolución de la concepción de las finanzas públicas. En primer lugar, resulta normal que nuevas funciones y actividades públicas asociadas a un Estado interventor se vean correspondidas con mayores volúmenes de gasto público. Este dinamismo puede explicarse por dos razones: o el Estado retoma actividades productoras de bienes y servicios que el capital privado no ejercía adecuadamente, o bien aparecen nuevas necesidades no satisfechas de manera pública ni privada. Por otro lado, empieza a prevalecer el criterio de bienestar social y se reconoce la existencia



de necesidades sociales que sólo el Estado es capaz de satisfacer dada su baja rentabilidad económica, y que tienen una importancia estratégica para la nación en su conjunto. Entre ellas se citan nuevamente la defensa y la administración de la justicia, así como la salud, la asistencia social y la educación pública.

El aumento de las actividades públicas se registra desde finales de la edad media con el debilitamiento del feudalismo. Sin embargo, es a partir de la primera guerra mundial cuando en realidad se detona el ritmo de crecimiento del gasto público, tendencia que continúa durante la crisis económica de 1930 con la aplicación de las políticas keynesianas de impulso a la demanda agregada mediante gasto público, y posteriormente con la segunda guerra mundial y la necesidad de reconstrucción de la economía mundial. De esta manera, las necesidades coyunturales, aunadas a lo que puede llamarse una toma de conciencia pública acerca de las desigualdades sociales, dieron lugar al conjunto de políticas públicas conocidas como el *Welfare State*, mediante las cuales el Estado ejercía su responsabilidad redistribuidora y compensatoria, y se preocupaba de asegurar un mínimo de bienestar social para sus gobernados (Duverger, 1960).

En segundo lugar, no es únicamente el aumento de las funciones y responsabilidades públicas la causa del incremento en el ritmo de los gastos públicos. El progreso técnico, que hace que el Estado incorpore los adelantos de la ciencia y la tecnología moderna a la función pública es otro elemento detonador del gasto. Si bien, ello supone modernización y eficiencia en la prestación de los servicios públicos, su impacto en las finanzas públicas es más que manifiesto. En este aspecto, habría que destacar la cuantía de los gastos militares, buena parte de la cual obedece a la modernización y la incorporación de tecnología bélica de punta.

Un tercer elemento explicativo del aumento, es un cambio en la percepción de la doctrina de las finanzas públicas acerca de la intervención del Estado en la economía; es decir, la transición del Estado-administrador a Estado-redistribuidor e intervencionista, significó un cambio profundo en la naturaleza de los gastos públicos, transitándose del criterio de gastos neutros a los gastos activos. Ahora, la pasividad pública centrada en funciones administrativas, es sustituida por la conveniencia social y económica del gasto público. Todo ello, a la luz de las experiencias exitosas

de la reactivación de la economía mundial y la reconstrucción post-bélica sustentadas en la intervención directa del Estado en la economía.

Puede concluirse este apartado, que sin dejar de reconocer que el uso inadecuado de la política de gasto público ha generado los problemas económicos de todos conocidos (problemas que suelen ser magnificados frecuentemente por los detractores de la intervención del Estado en la economía), que una mala práctica de la misma, o el abuso sistemático por unos cuantos, no le resta valor heurístico al hecho de que bien orientado y dirigido, el gasto público es trascendental para la vida económica y social de una nación. Es conveniente insistir en que no se trata de obviar los problemas generados por una política inadecuada de gasto público. Los riesgos existen, y en México sus consecuencias están muy presentes.

Por ello, bajo la perspectiva de las finanzas públicas modernas, Duverger recomienda un criterio para la limitación de los gastos públicos: no partir de su cuantía global (tal como lo establecía la corriente clásica), sino tomar en cuenta su naturaleza y distribución, y sobre todo la influencia de cada gasto en la economía en su conjunto, atendiendo a la coyuntura presente. Además, en una situación de estricta restricción económica y financiera, son las cargas públicas reales, esto es, los gastos públicos que representan una disminución de la producción nacional, los que habrían de reducirse. Entre ellos, podrían enumerarse los gastos de administración, las transferencias improductivas, y las sustituciones innecesarias (es decir, actividades en las cuales la función pública es menos eficiente que la privada) (Duverger, 1960).

Puede observarse, bajo una perspectiva moderna, la distribución e incidencia de los gastos importa más que su cuantía global, y por lo tanto el punto de vista económico y social de su impacto se destaca más que el simple criterio contable aplicado tradicionalmente. En conclusión, puede decirse que el límite de los gastos públicos y su orientación no es un problema económico sino político acerca del papel jugado por el Estado dentro de una sociedad, y que en el contexto neoliberal actual, donde tanto se sataniza la función pública, pudiera resultar tan controvertible el hecho de proponer nuevas alternativas para aumentar el gasto público en cuestiones tan trascendentales para el país como lo es la salud de la población, tal como lo planteamos en esta investigación, como el hecho de sacrificar las ventajas económica y sociales que ello significa para el país en su conjunto, por el

simple hecho de seguir una posición financiera ortodoxa y dogmática de equilibrio presupuestal.

Finalmente, es conveniente dejar claro que es justamente en el contexto progresista de las finanzas públicas modernas, donde se inscribe nuestra propuesta acerca de una nueva visión en torno al financiamiento público de los servicios de salud para los mexicanos sin acceso a la seguridad social. Es necesario puntualizar que no se trata de fomentar una política pública paternalista en salud, ni de limitar la participación del capital privado en el mercado de la salud, puesto que ello complementa y hace eficiente al sector en su conjunto. Con esta propuesta se pretende más que nada, garantizar los servicios públicos de salud para los grupos sociales más incapacitados económica y socialmente, y hacer de la salud uno de los motores del crecimiento económico y el desarrollo humano de México.

#### **1.1.3.2 Origen y evolución del presupuesto público. El equilibrio presupuestario**

Una de las características del Estado moderno, es que sus actividades financieras tratan de ajustarse a un plan determinado, acordado con anticipación entre sus órganos ejecutivo y legislativo, lo cual no necesariamente sucede con otras funciones y actividades públicas. De esta manera, sus previsiones anuales de ingreso y gasto público son establecidas con suficiente anterioridad, y tienen un carácter obligatorio; es decir, ningún tipo de gasto puede ser efectuado, ni tampoco ningún ingreso percibido fuera de esa previsión, y los casos excepcionales deberán ser acordados entre ambas partes. Justamente, ese programa financiero anual que incluye tanto ingresos como gastos públicos, es lo que se conoce como presupuesto.

Los orígenes del presupuesto público como tal, los encontramos en Inglaterra durante los siglos XVII y XVIII. Posteriormente, en el siglo XIX se extiende su aplicación a Francia y el resto de Europa. En ese entonces, su aplicación tuvo un propósito político como lo era el tratar de establecer control del legislativo sobre la actuación financiera del ejecutivo. De esta manera, ningún impuesto podía ser establecido, ni su empleo ejercido, si no existía de antemano el consentimiento legislativo; es decir, tanto los ingresos como los gastos públicos estaban sujetos al control y autorización de los representantes de la sociedad. Así, la autorización del presupuesto anual por el órgano legislativo se constituyó en uno de los símbolos característicos

de la democracia actual, y el presupuesto en sí, en el producto más acabado de las finanzas públicas (Duverger, 1960).

Posteriormente, razones de tipo financiero y económico intervinieron también para darle sustento a la institucionalización del presupuesto anual. Las de más peso tuvieron que ver con la disciplina presupuestal que imponía orden a las finanzas públicas, y su naturaleza imperativa que hacía posible evitar todo derroche financiero, criterios que se acercan a la noción clásica del equilibrio presupuestal.

En síntesis, es el presupuesto público donde de mejor manera confluyen y se expresan las corrientes tradicional y moderna de las finanzas públicas, y constituye la expresión más acabada de la intervención del Estado en la vida económica nacional.

El presupuesto público es un instrumento netamente financiero que concentra los gastos y los ingresos del Estado. Además, debe observar una periodicidad anual y debe estar equilibrado. Estas características que distinguen el origen clásico del presupuesto con la evolución hacia la modernidad de las finanzas públicas, han observado una tendencia a relajarse, situación que siempre ha estado presente en la polémica entre los financieros clásicos y los modernos. Por lo tanto, es importante revisar más a detalle como se ha dado esta transición en la forma de elaboración y aplicación del presupuesto.

Un primer cambio observable se presenta en la característica financiera del presupuesto. Entre su definición clásica como un acto mediante el cual se previenen y autorizan los ingresos y los gastos del Estado, y la concepción moderna según la cual el presupuesto es sólo un componente de un programa mucho más amplio que tiene que ver con la economía nacional en su conjunto, se encuentran diferencias sustanciales. Es decir, en la práctica se transita de un simple presupuesto del Estado, hacia todo un presupuesto nacional. Cabe aclarar que esto no implica la sustitución de uno por el otro, sino que ahora, en la formulación del presupuesto del Estado debe considerarse el presupuesto nacional, y que este último si bien contiene también una previsión de ingresos y gastos agregados a un mayor nivel, no resulta ser propiamente un verdadero presupuesto, toda vez que no se origina de un acto de autorización.

Es conveniente también marcar la diferencia sustancial que existen entre la concepción de un presupuesto público y un presupuesto privado. Así, en tanto este último constituye simplemente un acto de previsión de ingresos y gastos, el presupuesto público además de llevar implícito tal proceso, supone también un acto de autorización de los ingresos y gastos públicos a realizarse por el Estado.

De esta manera, el presupuesto para las empresas y los particulares significa meramente un acto económico, en tanto que para el Estado en su conjunto representa también un acto de naturaleza jurídica, creador de derechos y obligaciones. Además, su característica de previsión permite revelar todo el programa de acción del gobierno, y sobre todo su orientación política y sus prioridades sociales y económicas. De esta manera, previsiones económicas importantes para la salud, la educación y la cultura de sus habitantes, caracterizarían a un Estado moderno enfocado al bienestar social y al desarrollo humano.

Dado que el presupuesto público comprende además del presupuesto del Estado como tal, el de los municipios y otras entidades públicas y organismos estatales con cierto grado de autonomía financiera, para las finanzas clásicas el asunto del control de tal diversidad presupuestal era un problema de naturaleza política que tenía que ver con la descentralización administrativa. En contraste, para las finanzas públicas modernas, el aspecto económico de la cuantía del presupuesto, y la orientación de los gastos y las fuentes de ingresos para financiarlos, constituyen más que nada un asunto de coordinación presupuestal. De esta manera, se dice que en tanto las finanzas clásicas tienden a la descentralización financiera, las finanzas modernas impulsan la coordinación financiera. Si bien son destacables los méritos de todo proceso de descentralización y de autonomía administrativa y financiera que ello implica, en la práctica no siempre es recomendable, toda vez que la capacidad económica y el tamaño de las instancias locales no siempre son suficientes para generar los ingresos propios para financiar sus propios servicios públicos.

De esta manera, no basta con descentralizar y dotar de autonomía. Siempre será necesaria la coordinación financiera entre todos los ámbitos del quehacer público. Dicha coordinación constituye otro de los rasgos característicos de las finanzas públicas modernas, las cuales como ya se ha mencionado con

anterioridad, asumen los ingresos y los gastos públicos como instrumentos de intervención del Estado en la vida económica y social de un país. Por lo tanto, dicha intervención deberá darse en un marco de coordinación económica y financiera entre todas las instancias administrativas involucradas. De esta manera, en el contexto de las finanzas públicas modernas tiene lugar una tendencia hacia la coordinación y centralización financiera, y por lo tanto una disminución de la autonomía presupuestal de las instancias locales, mismas que son compensadas financieramente por el nivel central mediante diversos mecanismos como son los subsidios, las transferencias y las participaciones. Mediante este esquema financiero, es posible la aplicación de todo un programa económico nacional del cual el presupuesto público es un instrumento fundamental.

Si bien, unas finanzas públicas sanas son fundamentales para la marcha económica de un país, y el equilibrio presupuestal siempre será deseable, el hecho de que en un momento dado tal situación deba ser sacrificada en aras de prioridades sociales y económicas, no significa incurrir en irresponsabilidad fiscal ni correr riesgos económicos innecesarios. De esta manera, el dogma del equilibrio presupuestario propuesto por la corriente clásica de las finanzas públicas, ha tendido a ser sustituido por una política financiera que privilegia una mayor actuación pública en áreas prioritarias y de interés estratégico. En la sociedad la idea del equilibrio presupuestal está ampliamente arraigada y surge del establecimiento de una analogía con el presupuesto privado (y por lo tanto cualquier déficit público es públicamente cuestionado), la realidad es que las funciones y propósitos del Estado moderno distan mucho de ser las mismas del capital privado, y por lo tanto, no pueden ni deben estar sujetas a los mismos criterios.

En síntesis, la noción de equilibrio presupuestal no es ajena a las finanzas públicas modernas, sólo que el enfoque y el contexto en que se aplica son distintos a la visión de la corriente clásica, ya que se refiere al equilibrio de la economía en su conjunto, y no únicamente al presupuesto público y su equilibrio financiero. Por ello, es posible afirmar que en las finanzas modernas, el equilibrio se asume desde un punto de vista dinámico y no estático.

Además, en ciertas circunstancias coyunturales, el desequilibrio de la economía sólo puede ser restaurado a partir de una situación de déficit

público presupuestario. Esta posición, que no implica que el Estado incurra siempre en déficit, es conocida como la teoría del *déficit sistemático*, y fue propuesta por Beveridge a partir de la teoría económica keynesiana, en la cual se considera que la demanda agregada en una situación de paro debe ser estimulada mediante el déficit presupuestal, y que la inversión pública tiene un poderoso efecto multiplicador de la inversión inicial. De esta manera, el estudio del crecimiento económico y el desarrollo humano, alcanzados por los países a lo largo de su historia más reciente, no puede ser abordado fuera del contexto de la participación del Estado dentro de la actividad económica, participación pública que en su momento fue sumamente activa, y que permitió impulsar el gasto público social en rubros tan importantes como la salud y la educación. En esta perspectiva, debe destacarse la función de las finanzas públicas, y más específicamente el presupuesto público en tanto instrumento directo de intervención directa del Estado mexicano en la economía nacional. El abordaje del presupuesto público desde la perspectiva de las finanzas públicas modernas, puede establecerse desde el punto de vista de su significado económico y social, así como de su naturaleza jurídica.

### **1.1.3.3 El presupuesto público. Referentes económicos, políticos, jurídicos y sociales**

Económica y socialmente, el presupuesto público, junto con los impuestos y el crédito público, representan los principales instrumentos del Estado para impulsar el crecimiento económico, el desarrollo humano y la redistribución de la riqueza. De esta manera, con la transición observada de finanzas públicas clásicas a finanzas públicas modernas, el principio de equilibrio presupuestario es sustituido por la posibilidad de que ante situaciones económicas y sociales coyunturales adversas, e incluso climáticas y atmosféricas, sea válida y oportuna, una política deficitaria de gasto público. Según Faya (2000), la corriente moderna de las finanzas públicas sostiene la tesis de que a veces, es conveniente inducir una situación de desequilibrio presupuestal a través del incremento de los gastos públicos para inducir una reactivación del nivel del empleo y de la actividad económica y el consecuente incremento de la riqueza nacional.

La concepción del presupuesto público, en tanto elemento fundamental de las finanzas públicas y poderoso instrumento de política económica y social,

ha evolucionado a la par de las transformaciones observadas en los fines del Estado moderno. Así, la vieja concepción del presupuesto, como un acto del poder público de relativa influencia en la vida económica y social de una nación, ha trascendido a una concepción moderna de las finanzas públicas, en la cual la neutralidad e indiferencia del presupuesto con respecto a la actividad económica y social son cosa del pasado.

Históricamente, la naturaleza del presupuesto público ha sido marcada por las corrientes económicas prevaletentes y durante el período de auge de las finanzas públicas clásicas, han sido influenciadas de manera determinante por la corriente clásica de la economía sustentada en el liberalismo económico, en la cual el Estado tenía una participación relativa en la economía, el papel del presupuesto se limitaba a un simple control de los ingresos y los gastos públicos.

Posteriormente, ya dentro de marco de las finanzas públicas modernas y la influencia de la corriente económica keynesiana, la expansión de los gastos públicos derivados de las guerras, de los programas de reconstrucción, de la reactivación económica y del reconocimiento oficial de las aspiraciones de un mejor nivel de vida y más satisfacciones básicas, revitalizan el papel activo del Estado moderno y le otorgan al presupuesto público el papel fundamental de instrumento de política económica y social.

En la concepción de las finanzas públicas modernas, el presupuesto público significa un instrumento de capital importancia para la vida de una nación. Es por ello que en todos los países del mundo, el proceso presupuestario merece una atención especial. Conforme la concepción de las finanzas públicas ha trascendido de una percepción clásica a una moderna, la percepción del papel que juega el presupuesto ha ido evolucionando también. Anteriormente, se consideraba al presupuesto público como el acto por el que son previstos y autorizados los ingresos y los gastos de los organismos públicos. De esta manera, las finanzas públicas giraban en torno al presupuesto. Esta concepción se ajusta a épocas pasadas en las cuales el estado tenía funciones acotadas a la seguridad y la justicia, sin una mínima intervención en la economía, percepción contraria a la situación actual en la que éste es concebido como parte fundamental de las finanzas públicas modernas.



De esta manera, en tanto instrumento económico, el presupuesto público se revela como el elemento ideal del Estado para la aplicación de su programa económico y social. En tanto instrumento político, su contenido es un reflejo del equilibrio de poderes políticos prevalecientes en una nación. En tanto instrumento social, es el medio ideal para la redistribución de la riqueza y el combate a la pobreza. Sin embargo, es claro también que la asignación de fondos que realiza el Estado por medio del presupuesto público responde a la plataforma política del grupo en el poder y a las condiciones económicas y sociales prevalecientes en el ámbito interno y externo, y al equilibrio del poder político prevaleciente.

Por ello, en el plano operativo el presupuesto público deberá ser equilibrado y congruente con la política financiera establecida por el Gobierno. Es precisamente en el rubro de los gastos públicos donde sería inaceptable la improvisación, puesto que las consecuencias económicas, sociales y políticas de un gasto descontrolado tarde o temprano saltarán a la vista. Los períodos de inflación acelerada, pobreza, rezagos sociales, descontento popular y movimientos sociales característicos de nuestros países dan cuenta de ello. Por todo lo anterior, es necesario llamar la atención acerca del proceso presupuestal seguido en nuestro país.

#### **1.1.3.4 El proceso presupuestario**

En todos los países del mundo, desde el momento mismo de asignación del presupuesto público, se observa la estricta aplicación de un proceso presupuestal caracterizado por cuatro etapas perfectamente identificables: se inicia con la previsión, en la cual el Ejecutivo establece el monto de recursos necesarios para cubrir las necesidades públicas presentes, siempre y cuando sean factibles de financiarse a través de los diversos rubros de ingresos existentes; en la autorización se aplica el mecanismo constitucional establecido para el efecto de aprobación del monto y distribución del presupuesto, tarea que le corresponde al legislativo; en la ejecución, las diversas instancias del Ejecutivo llevan a cabo la aplicación del gasto aprobado, sujetándose para ello a la normatividad establecida. Finalmente, el control a cargo del Legislativo y de diversos organismos jurisdiccionales, lo que permite asegurar una correcta aplicación de los recursos públicos.

Respecto a la planeación presupuestaria, es claro que la asignación del gasto público no puede de ninguna manera estar sujeta a la improvisación ni a la arbitrariedad. Aquí, la noción económica de costo de oportunidad estará siempre presente. Si no se aplica un proceso racional y eficiente de planeación presupuestaria, se corre el riesgo de satisfacer necesidades no prioritarias y desproteger rubros sociales importantes. Por ello, la decisión de asignación del gasto público deberá estar fundamentada en bases objetivas, como son: diagnósticos, estudios y proyectos sociales y económicos de la realidad de un país, y en información estadística confiable. Además de ello, las decisiones de asignación de gasto deberán tener viabilidad en el sentido de que existan los recursos suficientes para financiarlas.

En las previsiones económicas consideradas al momento de elaborar el presupuesto, se deben considerar los procesos de integración económica de los países, la alta volatilidad del capital internacional, y el entorno económico mundial, puesto que las economías nacionales están más expuestas que nunca a los choques económicos externos como son las devaluaciones, fluctuaciones drásticas del precio del petróleo, crisis cambiarias y de tasas de interés, mismas que se contaminan de manera inmediata a los países por medio de sus relaciones económicas y financieras. Por ejemplo, en Francia donde se pone especial atención a estos aspectos, en la integración del plan interviene el Comisariado General del Plan, mismo que sustenta su actividad en base a estudios macroeconómicos de corto, mediano y largo plazo. El proceso de planeación incorporado a la elaboración del plan es la base del éxito alcanzado en la ejecución del mismo, ya que los recursos siempre serán escasos y limitados para hacerles frente a todas las necesidades colectivas presentes; de esta manera, la disponibilidad de recursos financieros le impone límites a la asignación de los gastos.

En nuestro país, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público es la instancia encargada de la elaboración de la iniciativa de ley de ingresos y el proyecto de presupuesto de egresos de la federación. Una vez integrado el proyecto, es turnado para su análisis y votación al Congreso de la Unión, correspondiéndole a la Cámara de Diputados la revisión y votación del presupuesto de egresos públicos. El proyecto es acompañado de un documentos de apoyo a la elaboración y revisión denominado Criterios Generales de Política Económica.

Acerca del proceso de autorización del gasto público, una vez elaborado el proyecto de ley, es necesario darle valor jurídico. En Francia, se logra mediante el procedimiento parlamentario de revisión y votación del mismo. En un principio, el proyecto de ley debe ser votado por la cámara baja antes de ser analizado en la cámara alta. Ello obedece a la concepción de que la cámara baja es más representativa de la voluntad popular, misma que al final de cuentas es la que consiente los impuestos aplicados.

Dado que esta autorización está contenida dentro de la Ley de Finanzas, y es obtenida por medio del procedimiento parlamentario, en ella se presentan particularidades que la hacen diferente a otras. Así, por su naturaleza difiere sustancialmente de las leyes ordinarias, puesto que no se constituye en un acto que hace reglas, sino en un acto que establece una condición en materia financiera, que permite la realización de gastos e ingresos. En síntesis, la Ley de Finanzas se constituye en una condición sin la cual los gastos y los ingresos no podrían llevarse a cabo. Una característica esencial de dicha ley es la presentación en un solo documento de los ingresos y egresos considerados en el presupuesto, característica que se deriva de la aplicación del principio de unidad.

La fase de ejecución se inicia una vez que el gasto público, ha sido autorizado mediante el proceso legislativo correspondiente, tornándose así el proyecto inicial en Ley de Finanzas, estando ya el poder Ejecutivo en posibilidad de ejercerlo. Durante esta etapa, deberá ajustarse al procedimiento normativo establecido al respecto en la Ley de Finanzas y en los decretos normativos correspondientes. Para asegurarlos, la ley impone tres aspectos limitativos para su ejecución. El primero, tiene que ver con el acotamiento del tiempo introducido por la regla de anualidad, misma que es reflejo del equilibrio de fuerzas establecido entre el ejecutivo y el legislativo. La otra restricción se manifiesta a través de la regla de la especialidad que establece que el presupuesto no puede ser utilizado por el ejecutivo de manera indiscriminada, por lo que el gasto tendrá que ser aplicado al destino autorizado por el legislativo. La rigidez de esta regla ha sido suavizada con la práctica de transferencias presupuestales. La tercera restricción se impone a través de la limitación del monto autorizado.

Otro elemento que se introduce en Francia para asegurar la correcta aplicación del gasto, es la distinción jurídica establecida entre los personajes

públicos encargados de la ejecución presupuestal, diferenciando entre quienes programan y presupuestan, y quienes pagan o captan los recursos. Puesto que las operaciones relacionadas con la ejecución del gasto público no sólo exigen un control estricto, sino también su registro en documentos contables que deberán ser conservados durante un período determinado de tiempo, es de gran importancia el uso de la contabilidad pública.

En México no se establece una Ley de Finanzas como tal ni se aplica el principio de unidad, ya que la autorización se establece en base a dos elementos que se presentan por separado: la iniciativa de Ley de Ingresos y el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación. Con respecto a este último, es oportuno mencionar la profunda crisis política desatada a finales del 2004 entre el poder Legislativo y el poder Ejecutivo, cuyo origen fueron las modificaciones efectuadas por el primero a la iniciativa de Presupuesto de Egresos enviada para su aprobación a la Cámara Baja y que derivó en la presentación de una controversia constitucional por el segundo. Una vez autorizado el presupuesto en la Cámara de Diputados, éste es ejercido por el Ejecutivo en base a los lineamientos establecidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Finalmente, el control de la ejecución del presupuesto tiene el propósito esencial de asegurar la aplicación de los fondos públicos conforme a la norma dictada por el derecho presupuestal y las autorizaciones respectivas. Representa una importante función a cargo del Estado, misma que dentro del contexto de separación de poderes le corresponde ejercer al Legislativo. Entre las técnicas utilizadas destaca aquella que ejerce el control en base a la naturaleza del órgano ejecutor; así se puede hablar de un control parlamentario, un control jurisdiccional y un control administrativo.

Teóricamente, el control de las finanzas públicas es una actividad reservada al Congreso. Dicha atribución parlamentaria se deriva del principio de la división de poderes, que entre otras cosas favoreció el control del Legislativo sobre el Ejecutivo. Es claro que si el marco constitucional le permitía al parlamentario controlar la actividad financiera del Ejecutivo, también la daba atribuciones de control presupuestal. Por otro lado, este control se fortalece con la obligatoriedad para el ejecutivo de presentar en junio de cada año un informe sobre la evolución de la economía y las finanzas públicas, información que al ser de carácter público introduce otro elemento de control.

El control administrativo es establecido a través de la estructura jerárquica de la administración pública adoptada por el Estado, en tanto que el control jurisdiccional está a cargo de organismos que tienen competencia para analizar, evaluar y sancionar las cuentas públicas de los distintos organismos que llevan a cabo la función pública del Estado. En México, los controles presupuestales aún necesitan perfeccionarse, puesto que el órgano administrativo de control denominado Secretaría de la Función Pública depende directamente del presidente en turno, situación que hace que su función sea parcializada y con fines políticos.

Es bajo este mecanismo presupuestal como el Estado mexicano a través de sus poderes Ejecutivo y Legislativo tiene la capacidad de inducir el crecimiento económico, el desarrollo humano y el bienestar social de su población. En nuestro país, el equilibrio de poderes políticos está previsto en la Constitución; en materia de finanzas públicas, la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos de la Federación previenen la participación del Ejecutivo y el Legislativo. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público es la instancia del poder Ejecutivo responsable de las etapas de integración y ejecución del presupuesto público, en tanto que el Congreso interviene en las materias de autorización y control. Si bien se observan notables avances en materia financiera, aún persisten importantes lagunas; sobre todo en las etapas de ejecución y control que permiten se presenten actos de deshonestidad que muchas veces no son detectados, y cuando lo son no se sancionan con todo el peso de la ley.

#### ***1.1.3.5 La naturaleza jurídica del presupuesto. Referentes históricos***

Hoy más que nunca, en el momento en que la población mexicana requiere la intervención decidida del Estado nacional para paliar los efectos sociales y económicos de la crisis sistémica gestada en el 2008, es necesario reflexionar acerca de la naturaleza jurídica del presupuesto; hecho que está irremediablemente vinculado con la naturaleza y fines del Estado mexicano.

Así, respecto a la naturaleza jurídica del presupuesto, Faya (2000) dice que el debate establecido entre diversos constitucionalistas se ha centrado en la defensa de dos tesis: una que asume al presupuesto como una ley en sentido formal, y otra que lo entiende como ley en sentido material. Es decir, si el presupuesto contiene normas jurídicas de carácter general, o si

por el contrario, se trata de una autorización del poder Legislativo al poder Ejecutivo para captar ingresos y ejecutar gastos de naturaleza pública. En síntesis, si se trata en realidad de una ley o de un acto administrativo.

¿Qué es lo que está en juego cuando se discute la naturaleza jurídica del presupuesto en México?, se pregunta Mijangos Borja. Si acaso éste constituye auténticamente una ley material, se trata de una ley formal, o es únicamente un acto-condición o una decisión política. Este hecho, que para algunos representa una discusión teórica insustancial, en la práctica legislativa y en el contexto jurídico nacional se ha tornado de suma importancia en la definición, ejecución y control del presupuesto público (Mijangos, 1997).

En México, aún persiste el problema no resuelto acerca de la naturaleza jurídica del presupuesto y por lo tanto en las atribuciones sobre el mismo de los poderes Ejecutivo y Legislativo. Es decir, si el presupuesto es un acto exclusivo del Ejecutivo, y por lo tanto, la función del Legislativo es exclusivamente de control político y jurídico; o, caso contrario, si se trata de un acto propio del poder Legislativo que no lo remite únicamente a su control, sino que participa también en su elaboración y aprobación. Tal laguna jurídica acerca de las potestades de los poderes en cuanto al presupuesto se ha hecho presente en diversos momentos de la vida legislativa del país y ha afectado de manera directa e indirecta la provisión de bienes públicos a la sociedad. Detrás de ello encontramos visiones de Estado diferentes entre el Ejecutivo en el poder y el Legislativo como mayoría en el Congreso.

Los orígenes de la polémica acerca de la naturaleza jurídica del presupuesto se encuentran en la Alemania de mediados del siglo XIX. Fue Laband<sup>5</sup> el primero que elaboró una teoría en la que documenta los conflictos surgidos en torno a la aprobación del presupuesto de aquella época y dio una respuesta jurídica a la controversia constitucional surgida entre la Corona y el parlamento del Estado prusiano de 1861-1866, cuando su Cámara de Diputados se negó a aprobar el presupuesto presentado por el Ejecutivo debido a fuertes diferencias entre ambas instancias en cuanto al programa de gastos de guerra de la Corona (ídem).

---

<sup>5</sup> Paul Laband, constitucionalista alemán de la época del Estado prusiano. Mantenía una oposición contraria al sistema democrático representativo y al parlamentarismo, así como al contenido de la Constitución prusiana de 1850 que establecía una monarquía constitucional en la que el Rey tenía facultades para controlar la actividad del parlamento y éste tenía facultades para influir en las decisiones del monarca, pero por ningún motivo podía imponerle jurídicamente su voluntad.

La posición de Laband en este conflicto era a favor del Ejecutivo, concluyendo que la voluntad regia debía prevalecer siempre, aunque el texto constitucional prusiano vigente no lo estableciera de manera explícita. Es en esta época y en este proceso controversial acerca de la naturaleza jurídica del presupuesto prusiano y las atribuciones de los poderes sobre el mismo, cuando Bismarck cobra notoriedad política.<sup>6</sup> Como puede verse, las controversias constitucionales en materia presupuestal que en determinados momentos han enfrentado al Ejecutivo con el Legislativo mexicano no son nuevas, y tiene antecedentes históricos en el período monárquico prusiano.

Por su parte, la corriente francesa de las finanzas públicas y su interpretación jurídica del presupuesto retoma la teoría alemana, en la cual el presupuesto era una ley formal; aportando además dos ideas de gran influencia en las sucesivas corrientes teóricas acerca de la naturaleza jurídica del presupuesto. La primera, es la noción de que el presupuesto es un acto de autorización, lo cual implica en la práctica la negación de su carácter de ley material. La otra idea asume al presupuesto no únicamente como acto unitario, sino como un acto jurídico complejo en el cual todos y cada uno de sus elementos constitutivos o actos particulares responden a naturalezas jurídicas diversas.

Bajo esta concepción francesa, para Jéze el presupuesto no sólo es el acto que prevé los gastos y los ingresos del Estado para un año determinado, sino que es también el que autoriza el pago de estos gastos y la recaudación de estos ingresos; es decir, se trata de un acto particular que no establece ninguna regla general y permanente. Por lo tanto, el presupuesto consiste únicamente en la puesta en funcionamiento de leyes preexistentes; esto lo convierte exclusivamente en un acto administrativo, por lo que la intervención del Legislativo en su elaboración se justifica sólo por cuestiones de control jurídico-político. Corresponde también a Jéze la concepción del presupuesto como un acto jurídico complejo, en el cual son distinguibles cuando menos dos aspectos: a) previsiones de gastos e ingresos anuales del Estado, y b) acto de autorización por parte del Legislativo; lo que le otorga su carácter de acto administrativo con forma legislativa. De esta manera, el presupuesto engloba dos actos jurídicos distintos en un único documento formal: un

---

<sup>6</sup> Otto Von Bismarck, famoso por ser el precursor de la corriente sociológica conocida como el Estado de Bienestar, vigente hasta nuestros días. Fue nombrado como Jefe de Gobierno por el Rey Guillermo I, monarca prusiano, con el propósito explícito de sacar adelante el presupuesto en controversia; hecho que sucede en 1866 con el triunfo militar de Prusia sobre Austria.

presupuesto de gastos y un presupuesto de ingresos, en el cual el primero no es una ley formal sino un mero acto administrativo, mediante el cual el Legislativo en tanto agente administrativo faculta al Ejecutivo a gastar una determinada cantidad de dinero público. En cambio, el presupuesto de ingresos, dada la naturaleza jurídica de los ingresos tributarios en los cuales se sustenta, y la regla de la anualidad del impuesto que debe observar, sí tiene la naturaleza de una ley material (ídem).

Esta posición acerca de la naturaleza del presupuesto como simple acto administrativo fue llevada a su extremo por la corriente italiana; para la cual, por su carácter administrativo, el presupuesto es un acto propio del poder Ejecutivo cuyo valor jurídico no requiere de la aprobación expresa del Legislativo y su papel se puede restringir al de control político. A diferencia de la corriente alemana, la italiana no rehusaba totalmente la intervención del Legislativo en el proceso de autorización del presupuesto, toda vez que si se le reconocía el derecho a aprobarlo habría que admitir también su derecho a rechazarlo, y ante la probabilidad de este evento proponían dos vías de solución jurídica: la primera, concibiendo a la ley de presupuesto como ley puramente formal, pero traducida como un acto de alta administración y como un derecho de vigilancia financiera. Es decir, un importante medio de control político que sólo puede considerarse formalmente como ley, pero que no le confiere atribuciones al legislativo para entorpecer o denegar las facultades presupuestales ejecutorias atribuidas exclusivamente al Ejecutivo. Es decir, la autorización del presupuesto se configura como un acto de legislación vinculada.

La otra vía de solución, y que nos acerca al proceso presupuestario mexicano y los eventos que culminaron en la controversia constitucional actual, establece que ante el caso extremo de una negativa en la aprobación del presupuesto por el Legislativo, el Ejecutivo podría mediante los poderes que le son conferidos constitucionalmente, continuar con la gestión del presupuesto mediante un decreto-ley. Toda vez que impedirle a la administración procurarse los recursos económicos para poder cumplir con sus responsabilidades y continuar suministrando los servicios públicos indispensables, constituía una demostración de exceso de poder por parte del Legislativo. Es justamente en Alemania donde se originó la concepción del presupuesto como legislación formal, en donde se gestan las críticas a tal posición, ya que ello implica en la práctica la negación de los intereses y



derechos de las representaciones nacionales depositadas en el Legislativo. Esta posición, defendida por Rheinfeld, establecía que denegar el presupuesto no implica una oposición al funcionamiento del Estado, sino en contra de la conducta de determinadas personas en los asuntos del gobierno (ídem).

#### **1.1.3.6 La naturaleza jurídica del presupuesto en México**

Fraga (1980) dice que para conocer acerca de la naturaleza del presupuesto hay que reconocer sus efectos, siendo estos: a) el presupuesto es la autorización indispensable para que el Ejecutivo pueda llevar a cabo la inversión de los fondos públicos; b) constituye además la base legal para la rendición de cuentas del Ejecutivo ante el Legislativo; c) es la base para determinar una responsabilidad del Ejecutivo derivada de una inadecuada aplicación presupuestal. Con esta posición, Fraga se ubica en las corrientes alemana y francesa que le otorgan una naturaleza dual al presupuesto, ya que asume que la ley de presupuesto no es una ley material auténtica, toda vez que está vinculada a la legislación preexistente; lo que la convierte en un simple acto administrativo en el cual el Legislativo mantiene una función de control político. De esta manera, en México es asumido como una autorización de la Cámara de Diputados al Ejecutivo para llevar a cabo sus responsabilidades y proveer de obras y servicios a la ciudadanía, es decir, un acto totalmente legislativo, pero materialmente administrativo.

Por su parte, Faya (2000) dice que el presupuesto en México, al no contemplar ninguna norma jurídica ni constituir tampoco una actividad gestora, en nada se asemeja a una ley o a un acto administrativo; y por lo tanto se configura esencialmente como una decisión política de alto rango que obligatoriamente tiene que integrarse con la máxima rigurosidad técnica y constitucional.

En síntesis, la naturaleza jurídica del presupuesto en México puede resumirse en las siguientes características: a) aceptación de la teoría dualista de ley: El presupuesto de egresos es un acto administrativo con forma de ley, en tanto que la Ley de Ingresos es una ley en sentido material; b) existe una separación formal entre el Presupuesto de Egresos y la Ley de Ingresos, lo que hace que el primero sea competencia exclusiva de la Cámara de Diputados, y la segunda sea atribución del Congreso en su conjunto mediante la intervención de sus dos Cámaras; c) el presupuesto más que un acto unitario es un acto jurídico

complejo, en el cual la Ley de Ingresos es una ley en sentido material, en tanto que el Presupuesto de Egresos constituye ley únicamente en sentido formal, por lo que se le puede considerar como un acto administrativo de autorización o acto de condición; d) finalmente, la función de la Cámara Baja al aprobar el Presupuesto de Egresos no es propiamente legislativa, sino de control político, por lo que no está prevista una disposición constitucional para solucionar posibles conflictos entre el Ejecutivo y el Legislativo en torno al presupuesto.

En torno al debate presupuestal, no debemos perder de vista que en países con un alto rezago social y económico, entre los cuales se incluye México, una de las funciones primordiales del Estado debería ser la de buscar subsanar las múltiples carencias sociales, tanto por razones éticas, de justicia social y equidad, como porque de esta manera se forma un mejor capital humano indispensable para propiciar el desarrollo económico y social.<sup>7</sup> Debe reconocerse que el crecimiento económico constituye la mejor arma para reducir sistemáticamente la pobreza, pero dicho crecimiento es sólo una condición necesaria más no suficiente para lograr este objetivo fundamental.

En México, el contrastar los resultados derivados de la utilización del presupuesto público como instrumento de cambio con los logros alcanzados por otros países del mundo, nos mueve a la reflexión de que aún hay mucho que hacer en materia de finanzas públicas y política presupuestaria. Concretamente, es necesario seguir incidiendo en la necesidad de su abordaje y aplicación desde una perspectiva multi e interdisciplinaria y no como una técnica de apoyo a la toma de decisiones del gobierno, ni como un mecanismo puesto exclusivamente al servicio del control de la inflación y el equilibrio presupuestal, tal como hasta la fecha sucede.

Asimismo, en las actuales circunstancias sociales y económicas de nuestro país, caracterizadas por pobreza y rezago social lacerante, que afecta a buena parte de la población nacional, vale la pena reflexionar seriamente

---

<sup>7</sup> Las cifras oficiales revelan que 35 millones de habitantes mayores de 15 años no han concluido su educación básica; que el promedio de escolaridad es de quinto año de primaria. De cada 100 niños que entran a la primaria, cinco llegan a educación superior y sólo uno la concluye, y que en materia de salud se estima que 10 millones de mexicanos no tienen aún acceso formal a los servicios básicos, sobre todo los que habitan en las zonas más marginadas, y que corresponden a las clases más desprotegidas

si el Estado mexicano está cumpliendo con su obligación constitucional de gobernar para todos y de propiciar las condiciones para el progreso social y económico de todos los habitantes; así como con su función de atender las necesidades de las clases más desprotegidas mediante políticas de gasto público eficientes. Dada la evidencia que impone la realidad, el balance sería negativo. Sexenio tras sexenio, el Estado mexicano ha perdido la batalla frente a las condiciones impuestas por el modelo de crecimiento económico neoliberal sustentado en la globalización y apertura comercial indiscriminada, en el predominio de los mercados privados y el retiro gradual del Estado de la actividad económica y social. Es por todo ello que en estos momentos es urgente la redefinición del Estado mexicano moderno y de sus funciones sociales y económicas; así como hacer explícito el modelo de país al que aspiramos todos los mexicanos.

El crecimiento económico y el desarrollo humano son fundamentales para que la población cuente con fuentes de empleo bien remuneradas que le permitan satisfacer sus necesidades y alcanzar un mayor nivel de bienestar social. Estas son las condiciones necesarias para una justicia social distributiva que impulse el desarrollo social, económico y político de una nación. En lo que respecta a la satisfacción de necesidades sociales como lo es la salud, su característica de bien común hace que su provisión sea una responsabilidad directa del Estado. Por ello insistimos, lejos de constituirse en un gasto, la salud representa una inversión social; ya que además de promover la equidad y el bienestar social, impulsa la conformación de un capital humano más productivo, hecho que trasciende al crecimiento económico y al desarrollo humano.



# Capítulo II

## **Estado, justicia social y bienes públicos**

La salud como  
bien público



**E**l período de modernidad por el que transita la sociedad actual es extraordinariamente complejo y afecta de manera directa o indirecta a todos los habitantes del planeta. Nunca en la historia contemporánea una forma de vida había penetrado tanto en la sociedad, ni se había extendido a todos los confines del mundo en tan poco tiempo. En el contexto de globalización es necesario reflexionar acerca del papel social y económico que le toca jugar al Estado, pues si bien la sociedad liberal y democrática espera de su gobierno acciones decididas que promuevan un estado de bienestar social y de progreso económico, en el contexto de una sociedad global se imponen cada vez más los criterios de racionalidad y eficiencia económica, y el mecanismo de mercado va sustituyendo paulatinamente al Estado en sus atribuciones sociales que hasta no hace mucho tiempo eran considerados de su exclusiva responsabilidad. Además de ello, la intervención del Estado en la reactivación económica y en la generación de empleos es cada vez más limitada y difusa.

Octavio Paz decía, que “no era necesario ser un erudito para poder entender que lo que se necesita urgentemente en las naciones pobres del mundo es alcanzar un mayor desarrollo”, y se planteaba la interrogante acerca de cuál debería ser la naturaleza del mismo. Si acaso desarrollo significaba simplemente más mercancías y servicios a disposición de la sociedad, o si el concepto tenía otro significado más profundo. Hablando por los humanistas del mundo occidental, él opinaba que los gobiernos que hoy se consideran desarrollados, han dado mayor prioridad al crecimiento económico que a otras necesidades humanas; y que por ello el hombre occidental se ha hecho esclavo de la tecnología y el progreso material. Concluía diciendo que en nuestros pueblos era necesario buscar un modelo de desarrollo que correspondiera a nuestro origen y a lo que somos hoy día.

Como todo humanista, Paz estaba interesado en el mejoramiento de la calidad de vida de la población a la par de una mayor cantidad de cosas disponibles para el consumo, surgiendo otra interrogante respecto de los factores que conducen al mejoramiento de la calidad de vida. Al respecto, existen ciertos principios generales entre los estudiosos del desarrollo, quienes opinan que éste debe incluir una mayor participación de la sociedad en las decisiones que le afecten como grupo e individuos; sistemas políticos más democráticos que respondan a las necesidades del pueblo, y acceso de éste a las satisfacciones sociales básicas de educación, servicios de salud pública y seguridad social que le permitan alcanzar mejores oportunidades de vida.

## **2.1 Estado, bienestar y justicia social**

Hoy día, este ideal humanista está lejos de poder alcanzarse, ya que si bien en el plano internacional existe un reconocimiento explícito de estos valores y principios incorporados a la noción de desarrollo, en la práctica existen graves desacuerdos y serios obstáculos para poder lograrlo. Por una parte nos encontramos con una corriente progresista que ubica al Estado como el motor que impulsa todas las transformaciones sociales y económicas de la nación, así como el responsable directo de la prestación de las satisfacciones básicas a la sociedad, cuya naturaleza común los transforma en bienes públicos. Como contraparte, se impone la corriente liberal que ubica en el mecanismo de libre mercado y la eficiencia económica que éste impulsa, la solución a los problemas económicos y sociales de la humanidad.

Es en esta perspectiva humanística en donde la participación del Estado se constituye en elemento clave para maximizar las capacidades y potencialidades del individuo, y por extensión, de toda la sociedad. De ahí, la importancia de analizar el papel que le corresponde jugar al Estado en la búsqueda del bienestar y la justicia social. En principio, es conveniente efectuar una pequeña regresión histórica de los orígenes y conformación del mismo.

### **2.1.1 Del Estado-nación al Estado moderno**

Decía también Octavio Paz que, “para poder entender lo que hoy somos, es necesario estudiar lo que fuimos”. Por ello, para poder entender el Estado que hoy tenemos es necesario remontarnos en el tiempo a partir del siglo XVI,



época en la cual debido a diversos sucesos históricos se define el concepto de Estado-nación, y se da paso a la conformación del Estado moderno que conocemos hoy día.

Por encima de las diferencias en cuanto a grado de desarrollo económico y social de los gobiernos modernos, prevalece una civilización común que los hace diferentes del sistema social que imperaba durante la Edad Media. Esta diferencia se sintetiza en el hecho de que todas nuestras formas de gobierno actuales son derivaciones del Estado-nación, mismo que constituye un tipo de autoridad centralizada desconocida hasta antes del siglo XVI, y que a partir de esa fecha se ha desarrollado y extendido por todo el mundo hasta llegar a constituir hoy día el sistema político normal. La raza, el lenguaje, la cultura, la libre determinación de los pueblos, además de la geografía, la economía, la habilidad del gobierno y las guerras, fueron elementos que determinaron la conformación propia de las naciones; entendidas éstas como un pueblo que vive bajo un único gobierno central lo suficientemente fuerte para mantener su independencia frente a otras potencias.

“Nación y Estado son dos instituciones fundamentales del orden social moderno, y no pueden ser entendidas una sin la otra. De esta manera, un Estado debe contar o establecer una base de nacionalidad propia. Por su parte, una nación está obligada a someterse a cierta forma de control centralizado o gobierno, si es que cualquiera de ambas organizaciones quiere perdurar en el tiempo” (Crossman, 2003, p. 21).

Por lo anterior, antes de estudiar al Estado moderno, es necesario estudiar lo que es el Estado-nación, puesto que históricamente constituyó la base sobre la cual se edificaron las sociedades actuales. Cuando se hace referencia al Estado, están implícitos los conceptos de nacionalidad y autoridad como aspectos elementales de nuestra vida, pero pocas veces reflexionamos acerca de sus implicaciones y las interrogantes que de ellas surgen. Algunas de éstas serían: ¿por qué debe la humanidad separarse en naciones, cada una con sus leyes y costumbres? ¿Por qué debe cada nación contar con un ejército propio? ¿Por qué deben trazarse fronteras entre los pueblos? ¿Por qué cada nación establece obstáculos a las comunicaciones y al comercio? Aunque no existe una respuesta precisa a éstas y muchas otras cuestiones que surgen en torno a la conformación de las naciones, es claro que el Estado-nación surgió no tanto por propósitos humanitarios, sino como un

instrumento económico-político de defensa del hombre; y no se basó en principios definidos, sino que se fue conformando en función de los cambios económicos, sociales y políticos ocurridos entre los siglos XIII y XVI.

De esta manera, una vez concluida la etapa de oscurantismo y atraso de la humanidad, comúnmente conocida como Edad Media, con la declinación del poder de la Iglesia y del Sacro Imperio Romano Germánico, y con el advenimiento de la época conocida como el Renacimiento, el hombre se ve en la necesidad de buscar unidad y autoridad central para su coexistencia social. Es entonces y a partir de las ideas de Nicolás Maquiavelo, cuando empieza a conformarse la institución política conocida como Estado-nación. Su obra cumbre, *El Príncipe* es un manual para los gobernantes, y en él detalla la forma de vida política prevaleciente durante el Renacimiento; misma que dio lugar a la conformación del Estado-nación y que establece sus famosas recomendaciones para conservar el poder. La filosofía política de Maquiavelo se puede resumir en dos puntos: primero, en todos los estados existe un poder supremo, que es el soberano, y segundo, el control del poder es la justificación de la soberanía.

Casi un siglo después de Maquiavelo, Hobbes y Locke con sus escritos acerca del origen del Estado sientan las bases definitivas a partir de las cuales se establecerían los estados modernos. Al primero se le puede considerar en cierto modo como seguidor de la escuela de Maquiavelo, puesto que su actitud era también de abierto rechazo al escolasticismo prevaleciente en la Edad Media, e impulsaba la fuerza de la razón pura por sobre todas las cosas. Por su parte, Locke estaba fuertemente influenciado por el método científico sustentado en la experimentación, la hipótesis y la comprobación. De esta manera, la característica distintiva entre ambos filósofos es el método utilizado: el primero sustentaba la razón pura tal como era interpretada en el Renacimiento, y el segundo el empirismo del siglo XVIII.

Hobbes dio continuidad a las ideas de Maquiavelo acerca del Estado-nación. En su máxima obra, *El Leviatán*, establece que la naturaleza es el arte con el que Dios ha hecho y gobierna el mundo; que el hombre es la obra más excelsa de la naturaleza, y que gracias a ese arte se creó ese gran Leviatán, entendido éste como la república o el Estado. Mencionaba que al constituir el hombre un ser racional, la sociedad humana también era racional, y que para hacerla funcionar de manera adecuada lo único que se necesitaba era

conocer su estructura y las leyes que la regulaban, las cuales no tenían su origen en las sagradas escrituras ni en los dogmas de la Iglesia, sino en la naturaleza del Estado y de los seres humanos.

Afirmaba que el objetivo principal por el que los hombres acordaban la formación de un Estado era poder alcanzar una vida más armónica y estable, algo imposible de lograr en una situación de guerra latente característica del Estado naturaleza. Decía que a pesar de las leyes de la naturaleza, si no existiera un poder aún más grande, cada hombre actuaría bajo su propia fuerza en la preservación de su vida y sus propiedades. Concluía que el único camino para alcanzar el beneficio colectivo era el establecimiento de un Estado, entendido éste como el pacto colectivo y voluntario mediante el cual los miembros de una comunidad transfieren íntegramente a un hombre o asamblea de hombres, su derecho de gobernarse por sí mismos. La multitud así unida se denomina Estado, cuya esencia consiste en una persona denominada soberano, cuyos actos de gobierno representan la voluntad de toda la población que convalida todas las medidas adoptadas por él para conservar la paz y la defensa común, independientemente de los medios utilizados para tal fin.

En síntesis, los postulados lógicos que dan paso a la conformación del *Leviatán* de Hobbes establecen que al hombre le gusta vivir bajo las leyes de la naturaleza, y que es necesaria la existencia de un poder superior que obligue a éstos a cumplirlas. Como consecuencia, se establece un “contrato social” entre todos los habitantes de un territorio mediante el cual cada individuo renuncia a sus derechos a la defensa propia a favor del Estado, a quien se le concede omnipotencia. De esta manera es como nace la institución conocida como Estado.

Por su parte, John Locke, en su obra cumbre, *Ensayo sobre el gobierno civil*, establece por principio una visión de la condición humana como un estado natural con períodos de paz y fases de guerra. En otras palabras, con períodos de obediencia y desobediencia a las leyes de la naturaleza. Él afirmaba que esto obedecía a la tendencia natural que tienen los seres humanos a la autoestima y al egoísmo, y que estos aspectos eran capaces de poner en riesgo la paz y la seguridad del hombre, dando pauta así a la necesidad de éste de constituirse en sociedad civil. De esta manera, detrás de la concepción del Estado pre social actual están las ideas de Locke, quien

decía que la única manera de evitar que el Estado naturaleza degenerara en un estado de guerra en el cual, al no existir un juez superior que determine quién ha actuado injustamente, cada hombre es juez de sí mismo, era estableciendo un acuerdo entre los hombres para constituir un estado de sociedad civil.

Asimismo, la razón que lleva a los hombres a organizarse en sociedad es procurar proteger su vida y sus propiedades; así, la concepción lockiana del origen del Estado es muy parecida a las ideas de Hobbes al respecto, pero difieren diametralmente en cuanto a la forma de gobierno más adecuada. Según Hobbes, a fin de superar el estado naturaleza que es intrínsecamente belicoso y hace que la vida sea insegura, los hombres ceden su libertad natural a un poder absoluto, ya sea a una persona o a una asamblea de personas con suficiente autoridad para gobernar a su libre albedrío, con lo cual lograrán el propósito de alcanzar la paz y la seguridad para todos. Ello implicaba que entre el pueblo y el soberano no existiese pacto alguno, ya que los miembros de la comunidad pactaban entre ellos la entrega incondicional de su libertad al soberano.

Para Locke, la institución de la sociedad civil y por consecuencia la del gobierno dentro de un Estado era algo diferente. Él decía que si bien cuando los hombres acuerdan unirse en sociedad renuncian a gran parte de su libertad traducida ésta en poderes legislativo y ejecutivo, no lo hacen para entregarlo a un soberano absoluto con autoridad ilimitada, ya que la renuncia a su poder individual la llevan a cabo a través de un acuerdo con otros hombres, mediante el cual todos se unen formando una comunidad, un cuerpo político en el que la mayoría tiene derecho a decidir y actuar en nombre de todos. Así, cada individuo que forma parte del cuerpo social está de acuerdo en apoyar las decisiones de la mayoría, siempre y cuando respondan a las leyes dictadas por el Legislativo. En este sentido, las leyes son el alma del Estado y delimitan de este modo el poder del Ejecutivo. Esta concepción de la distribución de poderes tiene vigencia hasta nuestros días en la gran mayoría de los gobiernos con representación parlamentaria.

Por el contenido de sus argumentos, a Locke se le considera como el precursor de la democracia representativa. En realidad, la aportación política de Locke es trascendental, puesto que sistematizó adecuadamente los problemas prácticos a los que se enfrentaba el Estado en la época que le tocó vivir,

donde el despotismo de los reyes había sido suplido por un grupo gobernante con otros propósitos. A diferencia de Hobbes, Locke afirmaba que la ley y el orden podían ser mantenidos sin la necesidad de crear un *Leviatán*, ya que esa figura política ideada para evitar la guerra de todos contra todos terminaba resultando en la guerra del soberano contra sus súbditos. Por esa razón, él decía que el objetivo principal del hombre racional debería ser buscar limitar ese poder absoluto del soberano, encontrando en los derechos naturales la respuesta precisa. Tales postulados tienen vigencia hasta nuestros días.

Está por demás decir que la aportación política de Locke, también es trascendental. Su “gobierno civil”, que se fundamenta en el libre acuerdo de la mayoría de los ciudadanos para ser gobernados y en el consentimiento de las minorías en desacuerdo de acatar la decisión mayoritaria, conocido también como principio de gobierno de mayoría relativa, ha sido el sustento de los regímenes democráticos, y aún está vigente en la mayoría de los países con sistemas parlamentarios. De la misma manera, sus ideas acerca de la propiedad privada y de la libertad individual sirvieron de fundamento filosófico para la conformación del liberalismo económico que hoy prevalece prácticamente en todo el mundo. A diferencia de Hobbes, para Locke es la irrevocabilidad del gobierno el gran mal que puede tiranizar y destruir al pueblo, por lo que es preferible un régimen gobernado por la mayoría, aún con sus inconvenientes de injusticia y desigualdad, que uno impuesto por un sistema de gobierno unipersonal, arbitrario, absoluto e irrevocable.

Esta concepción caracterizada por la instauración de las instituciones representativas, del avance científico y de la libertad civil sufre un cambio histórico con Rousseau, quien con su “contrato social” da pauta al romanticismo basado en una concepción idealista de igualdad del hombre. Rousseau reaccionó en contra del racionalismo de Locke y la tiranía del *Leviatán* de Hobbes, y decía que una comunidad estaba unida por sus sentimientos morales más que por la razón, y que éstos se transformaban en una voluntad común, todo lo cual se traducía en una igualdad efectiva entre los hombres. A partir de ese momento, el humanismo empezó a predominar en la Francia de la época y los conceptos de “naturaleza humana”, “igualdad del hombre” y “pueblo” empiezan a ser comunes para la sociedad. Surge así el “contrato social”, mediante el cual la voluntad particular es sometida a la voluntad general. Ello con el propósito de defender y proteger con toda la

fuerza común a la persona y sus bienes, siendo el pueblo el soberano, pues la suma de voluntades individuales constituye el pacto social y por ello la voluntad del soberano es el soberano mismo.

Las ideas de Rousseau acerca del poder soberano del pueblo, sus arengas al patriotismo y al nacionalismo, y su efecto en la identificación propia de la comunidad con el Estado, fueron las principales banderas que propiciaron el triunfo de la Revolución Francesa e hicieron posible la conformación del poderoso imperio napoleónico, cuyos ejércitos estaban inspirados en la mística de la unidad nacional y de la igualdad social. Está por demás decir que la influencia de las ideas de Rousseau persiste hasta nuestros días, sobre todo en el ámbito político, en el cual es frecuente escuchar acerca del nacionalismo, de la soberanía popular y del poder del pueblo.

En este contexto, Chávez Presa dice que:

*“El Estado surge de la nación o del pueblo como la institución suprema que se organiza de manera soberana en un territorio determinado, con un régimen jurídico específico, con independencia y autodeterminación, y con órganos de gobierno y administración en diferentes niveles de competencia, y que dichos órganos pretenden la consecución de los objetivos determinados en una Constitución, y para cumplirlos, actúan en nombre del Estado”* (Chávez, 2000, p. 42).

En síntesis, el Estado moderno tiene sus orígenes en la necesidad de las sociedades de conjugar los esfuerzos particulares de los individuos que lo constituyen con propósitos de alcanzar beneficios comunes que sólo de manera organizada se pueden lograr. Por supuesto, se pierde de vista el lugar de las clases sociales, sus intereses y contradicciones objetivas, temas que desarrollará el marxismo; para el cual el Estado es un instrumento de dominación clasista que responde sobre todo a la clase económicamente dominante que posee el poder político.

### **2.1.2 Bienestar, justicia social y bienes públicos. Responsabilidades históricas del Estado nacional**

En sus escritos sobre el bienestar humano, Amartya Sen, premio Nobel de Economía 1998, aborda un problema que considera central en torno a la prosperidad de un país o región y la calidad de vida de sus habitantes.

Este problema se resume en tres preguntas: ¿cómo se determina lo que es bienestar?, ¿qué información hace falta? y ¿qué criterios son verdaderamente importantes? Según Sen, el problema es tanto más complejo porque no se trata sólo de determinar lo que la población tiene o no tiene, sino de cuán capaces son los individuos de “conducir su propia vida” (Chávez, 2000, pp.350-357).

Como pueda apreciarse, esta perspectiva compleja de abordaje del bienestar social tiene un enfoque humano y de justicia social; y al igual que Octavio Paz, Sen reflexiona que no son las cosas materiales las que en realidad determinan la calidad de vida de la población, y que el análisis del estado de bienestar de la sociedad debería de ir más allá, debiéndose incorporar al mismo el estudio de las capacidades y potencialidades del individuo, concluyendo que la libertad es fin y medio del desarrollo económico. En este contexto, la participación del Estado es un elemento clave para potencializar las capacidades del individuo y por ende de toda la sociedad. De ahí la importancia de incorporar el papel que le corresponde jugar al Estado en la búsqueda del desarrollo y el bienestar social. Por supuesto, sobre la base de una visión compleja, integradora, cultural, holística que proporciona un enfoque filosófico integral del problema. De lo contrario, se pierde el sentido de totalidad y con él, la comprensión de las partes que lo constituyen.

Bajo la perspectiva social que considera al ser humano como propósito y fin de las políticas públicas implementadas, y en el ámbito de un Estado liberal, democrático y moderno como se precia de serlo el Estado mexicano, hablar de justicia social es referirnos a las posibilidades de acceso de la población nacional, sobre todo la más vulnerable, a los denominados bienes públicos; definidos éstos como aquellos satisfactores que son provistos por el Estado a la sociedad en su conjunto, a través de políticas públicas diversas.

Los servicios públicos de educación y salud son claro ejemplo de los bienes y servicios públicos conocidos también como bienes meritorios; esto es, aquellos satisfactores que surgen del reconocimiento del hombre acerca de la necesidad de un mínimo de bienestar social para toda la población, y que por lo tanto son de responsabilidad directa del Estado. Es justamente esta característica social y no individual, la que vincula a este tipo de bienes públicos con la noción de justicia social. Sin embargo, el tema de justicia social y su relación con los bienes públicos tiene diversas connotaciones. En principio, el concepto mismo de justicia está vinculado inevitablemente con

la moral, por lo cual se concreta en diversas interpretaciones axiológicas que se transmiten a toda la sociedad en su conjunto.

Por otro lado, conforme avanzan los fenómenos de modernización y culturización occidental, asociados al proceso de globalización comercial e integración económica, los valores y principios de la sociedad tienden a cambiar. De esta manera, satisfactores sociales básicos como la salud y la educación que antaño eran considerados como una responsabilidad exclusiva del Estado, hoy día están abiertos a la participación de la iniciativa privada, cuyo propósito central como es lógico, es la rentabilidad económica. Ello si bien resulta en beneficio de la sociedad en su conjunto, ya que satisface necesidades que no son provistas por el Estado dada su baja rentabilidad social, no garantiza la satisfacción de todas las necesidades presentes, puesto que establece diversos elementos de exclusión a su acceso. Sin embargo, no debemos perder de vista que la responsabilidad de satisfacer las necesidades sociales y cumplir con las demandas de justicia social es una obligación que constitucionalmente le corresponde al Estado mexicano.

Históricamente, la noción de justicia social se ubica entre dos extremos; por un lado, una concepción que entiende la justicia como un conjunto de principios sustantivos, inmutables e incuestionables que son derivados de la razón humana, y por otro, una noción de justicia sustentada en el interés de las partes por mantener un equilibrio entre sus intereses en conflicto. Ello presupone una naturaleza irracional del hombre, lo que nos vincula con las ideas de Hobbes en torno a la existencia de un contrato social fundado en la ventaja mutua, y que por lo tanto es enteramente convencional y está sujeto a la variabilidad que imponen los procesos reflexivos del ser humano (Martínez, 1998).

La primera perspectiva, conduce a las corrientes teóricas de justicia social sustantiva y de justicia social formal. La característica central de la primera está dada por el mayor consenso posible de las decisiones adoptadas por la sociedad, lo que da por hecho la existencia de una ciudadanía educada, culta y racional, que cuenta con una concepción precisa de lo que significa el bien común. Vista desde esta perspectiva, la justicia sustantiva sería el ideal a alcanzar en nuestra sociedad. Es claro que a una sociedad de este tipo corresponde la presencia de un Estado fortalecido en sus atribuciones de justicia social.



Por otro lado, en la noción de justicia social formal subyace un alto grado de diversidad de opiniones acerca del bien común, por lo cual las virtudes observadas en la justicia sustantiva, como son el consenso y el diálogo ciudadano, tendrán que ser sustituidas por procedimientos diversos u otras alternativas de sondeo por parte del Estado acerca de la voluntad ciudadana. Esto podría alejar a la autoridad de las verdaderas demandas y necesidades percibidas por la población, y por lo tanto conducir a una toma de decisiones alejadas de la realidad social. En este contexto sería difícil dimensionar el tamaño ideal del Estado, pudiendo ser o muy grande o muy pequeño; y en todo caso, muy paternalista o muy clientelista.

En la corriente de la justicia como ventaja mutua, el diálogo acerca del bien común es sustituido por el interés individual y la eficiencia económica; lo que nos conduce a la adopción de un criterio reduccionista acerca de la noción de justicia, privando la imposición del criterio del más fuerte y eficiente para competir y sobrevivir. Por otro lado, esta corriente tiende a justificar las diferencias sociales y económicas existentes entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo; y al interior de éstos, la diferencias abismales entre una minoría de población privilegiada y una gran mayoría desprovista de los elementos que marcan la diferencia entre la pobreza y la riqueza, entre la equidad y la eficiencia. En síntesis, en la justicia como ventaja mutua lo que priva es el beneficio individual traducido en forma de utilidad, y por ello esta noción es defendida a ultranza por la corriente teórica neoliberal que se sustenta en la eficiencia del mercado para la asignación de los recursos escasos.

Por ello, mientras no seamos capaces de buscar alternativas que pongan freno a estas desigualdades basadas en la preservación del statu quo, difícilmente podremos hablar de justicia social en el término más amplio de la palabra, y de una verdadera política social de Estado. Como podemos ver, la diferencia clara de la teoría de la justicia social sustantiva con la de la ventaja mutua está dada en que en la primera se pretende llegar al acuerdo mediante el diálogo, lo que supone la existencia de un individuo más comprometido con su entorno social, y dispuesto siempre a conciliar sus intereses y visiones particulares acerca del bien común, con los intereses y visiones del grupo social con el cual interactúa<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Un análisis a mayor profundidad acerca de la Teoría de la Justicia se puede encontrar en: *Los principios de justicia*. En Jaime Marchesí y Justo Sotelo (2002). *Ética, crecimiento económico y desarrollo humano*. España: Editorial Trota, pp. 178-190.

En este contexto, no es posible hablar de las teorías de la justicia y pasar por alto la noción de justicia en la teoría contractualista de Rawls<sup>9</sup>, quien con su obra cambió sin duda todo el sentido de la filosofía política. Rawls parte de la noción de que todos los individuos cuentan con una capacidad innata para establecer juicios morales. Dicha capacidad se nutre de un “equilibrio reflexivo” que les permite llegar a consensos y acuerdos acerca de la moralidad de una acción, mediante el diálogo directo. Ello significa que las personas, independientemente de su origen y formación política y cultural, tienen una concepción moral que les permite comprender que la justicia de determinados actos es una virtud que importa. De esta manera, mediante dicha capacidad reflexiva acerca de la moralidad y la justicia, los individuos pueden establecer un equilibrio relativo en cuanto a juicios de valor; lo que les permite llegar a acuerdos y desacuerdos y establecer de esta manera un contrato social; concepto fundamental en toda su teoría, en el cual todo está sujeto a la discusión y a la convención entre las partes contractantes (Rawls, 1971).

Otro elemento importante para interpretar la naturaleza contractualista de la Teoría de la Justicia de Rawls es el concepto de “posición original”. Ésta implica que en el contrato social, los individuos se encuentran en una situación original, una posición aún no contextualizada ni determinada por el medio ambiente, la cultura y la sociedad en la cual se desarrollan. Concretamente, Rawls se refiere metafóricamente a esta posición original como “el velo de la ignorancia”. Es decir, dado que todos los individuos desconocen el rol que les tocará vivir en la sociedad, establecerán en principio un contrato social con el propósito de formular principios de justicia a partir de los cuales se regirán las instituciones básicas para regular el adecuado funcionamiento de la sociedad.

Debe aclararse que la metáfora del velo de la ignorancia de ninguna manera significa un desconocimiento total de los individuos, quienes sí son capaces de entender perfectamente los asuntos políticos; los principios y las leyes de la teoría económica y de la psicología, así como las bases de la organización social, razón por la cual cuentan con los elementos suficientes para poder establecer principios de justicia. Entonces, Rawls con el velo de ignorancia se refiere más que nada a una condición original de “incertidumbre”

---

<sup>9</sup> Rawls fue profesor de la Universidad de Harvard y autor del libro *Teoría de la justicia*, cuya publicación en 1971 tuvo una influencia determinante en la filosofía política contemporánea.

al momento de tomar una decisión, pero que sin embargo esta misma incertidumbre acerca del futuro posibilitará optar por la alternativa más imparcial, pero también la más conveniente para todos los individuos. De esta manera, por efectos del velo de la ignorancia se tiene que razonar, reflexionar acerca de cuál debería ser la mejor alternativa a tomar a partir de una situación original. De esta manera, los individuos no van a negociar prejuiciados con sus intereses o sus habilidades, lo que asegura una condición de imparcialidad.

Otro elemento sustantivo de la teoría contractualista es lo que Rawls denominó “las condiciones de partida” en las cuales se encuentran los hombres<sup>10</sup>. A partir de aquí surgen los principios del contrato rawlsiano. Primero, un principio típicamente liberal que establece que cada persona tiene derecho al más amplio esquema de libertades básicas, con esquema similar de libertades para todos. El segundo, con una clara connotación social establece que las desigualdades sociales y económicas han de satisfacer dos condiciones: tienen que ser para el mayor beneficio de los miembros menos favorecidos de la sociedad, y tienen que ser de tal naturaleza que sean accesibles a todos en condiciones de equitativa igualdad de oportunidades. Éste es el denominado principio de la diferencia. Ambos principios son los que van a regir la estructura básica de la sociedad, y su aplicación debe ser de manera tal que los individuos puedan tener garantizadas sus libertades básicas, y que éstas puedan ser limitadas únicamente si con ello se amplía su propia libertad. Además, deben tener garantizadas las condiciones para una equitativa igualdad de oportunidades (Dieterlen, 1994).

Bajo una clara connotación liberal, utilizada frecuentemente como justificante de las bondades del mercado y en general del pensamiento capitalista, ya que su adecuada aplicación puede conducir a un estado de bienestar social, Rawls sustentaba que en la práctica la eficiencia de ciertos actos no tenía por qué estar confrontada con la justicia social, pero que si en un momento dado entraran en conflicto, debería darse prioridad a esta última. Esto implica que el mecanismo de mercado es eficiente por naturaleza y debe funcionar libremente, siempre y cuando esté presente un proceso de redistribución hacia los individuos pertenecientes al grupo

---

<sup>10</sup> Según Rawls, son dos las condiciones de partida: la objetiva y la subjetiva. Por condición objetiva entiende una situación de escasez que es moderada. La segunda, la condición subjetiva, está relacionada con un aspecto psicológico del individuo: el egoísmo.

social en situación de desventaja; de no ser así, debemos intervenir en las leyes del mercado. Es en este contexto donde surge el concepto de “bienes primarios”, identificados como todas aquellas necesidades que todo hombre racional desea satisfacer y que tiene que ver con aquellos elementos que nos permiten a los seres humanos sentirnos como personas que merecen respeto<sup>11</sup>. En términos kantianos, siempre vamos a desear ser tratados no solamente como medios, sino como fines.

Por otra parte, Rawls asumió una postura crítica en contra de la corriente utilitarista, al asumir que a veces el concepto de justicia entra en conflicto con el de utilidad; por lo que piensa que es mucho mejor una sociedad más justa en la que existan menos desigualdades, aún cuando pueda existir un menor nivel de utilidad, puesto que la justicia social no debería estar sometida ni a la eficiencia ni a la utilidad. No obstante, reconoce la importancia de la perspectiva utilitarista en el hecho de que siempre exista un criterio para decidir cuándo una acción es buena o mala desde el punto de vista moral o político, puesto que bajo el principio de utilidad, una acción es buena si maximiza el bienestar de un mayor número de personas.

La conclusión de Rawls, y que tanto ha aportado a la teoría de la justicia social contemporánea, es que lo óptimo para los individuos de la sociedad es convivir dentro de un “estado de bienestar”, puesto que es el que va a permitir el progreso económico con una mayor igualdad de oportunidades sociales para aquellos que estén en condiciones de desventaja. Sobra decir que en este proceso la intervención del Estado es decisiva y que la propuesta central de esta investigación, concerniente básicamente a una mayor participación pública en materia de salud para la población no derechohabiente, se ubica en el contexto de esta concepción de la justicia y el bienestar social.

En esta misma perspectiva, Amartya Sen considera que en la economía del bienestar la justicia surge como resultado de haber elegido aquella política que conduce a la maximización del bienestar social. En concordancia, en la economía del bienestar utilitarista la evaluación del grado de justicia de una política pública aplicada es resultado de las utilidades individuales obtenidas, de modo tal que se podría considerar como más justo al Estado

---

<sup>11</sup> Los bienes primarios, según Rawls son todas aquellas cosas que los hombres racionales supuestamente desean: 1) las libertades básicas: de pensamiento y conciencia, de asociación y políticas; 2) libertad de movimiento y de ocupación sobre diversas opciones; 3) derechos a cargos y posiciones de responsabilidad; 4) libertad para la renta y riqueza.

que más utilidad global genere. Por ello, considera que la perspectiva utilitarista de concebir la justicia social es reduccionista y sustenta que la justicia de una institución se debe juzgar por sus consecuencias, por la bondad de los estados sociales que produce (Sen, 1998).

Así, más que el bienestar y la utilidad individual, lo que realmente importa desde el punto de vista de la justicia y la equidad es una perspectiva social; en la cual la parte medular de las políticas públicas debería ser la distribución y acceso a los bienes y servicios comunes por parte de toda la población en términos de equidad y de igualdad de oportunidades. Como corolario, podríamos decir que el consenso ciudadano basado en el diálogo en torno a las necesidades sociales y por ende a las políticas públicas implementadas, es la perspectiva más segura y adecuada para que el Estado logre la consecución de la justicia social; puesto que se nutre y sustenta de la expresión libre de una sociedad racional y educada acerca de sus ideales de bienestar común y justicia social.

## **2.2 Salud y ciencia médica. La salud como bien público. Implicaciones normativas y económicas**

Independientemente de la polémica política y económica generada en torno a la justificación del derecho que tiene el Estado para abrogarse de una parte sustancial de la riqueza generada en un país mediante el cobro de impuestos, para el caso de la investigación que nos ocupa lo relevante está en los fines y propósitos sociales del Estado. Es decir, según Flores (2001), más allá de la tesis adoptada acerca de la personalidad jurídica del Estado, lo importante es que el Estado tiene bajo su responsabilidad la ejecución de ciertas tareas y responsabilidades, que si bien han variado con el tiempo en función del cambio en el pensamiento sociopolítico, existen algunas actividades públicas que el consenso social ha considerado como irreductibles por estar asociadas a la satisfacción de ciertas necesidades humanas básicas.

De esta manera, por el simple hecho de que el hombre vive en colectividad tiene además de necesidades individuales, necesidades que deben satisfacerse de manera colectiva; debido a la dificultad de hacerlo de manera particular, ya sea porque no son del interés del capital privado o su característica sea

tal que su satisfacción no sea adecuada social y económicamente a través del mecanismo del mercado. Surge de esta manera el concepto del servicio público, como una de las más importantes atribuciones y responsabilidades del Estado moderno. Ello puede materializarse mediante la prestación directa de los servicios públicos por parte del Estado, mediante un organismo descentralizado o desconcentrado, o bien por medio de particulares concesionarios.

En este contexto de prestación de servicios públicos, dice Flores Zavala que la actividad del Estado se ha incrementado debido al aumento de las necesidades colectivas; al aumento en la importancia dada por la sociedad a estas necesidades; al incremento en la intervención del Estado en competencias anteriormente reservadas al capital privado y a la definición social y jurídica de un mínimo de necesidades básicas que constitucionalmente deben ser garantizadas por el Estado. Aquí es donde toma relevancia social y económica la obligación de la prestación pública de los servicios de salud a la población más desprotegida, ello sin detrimento de la participación del capital privado en la oferta de aquellas actividades médicas orientadas a los grupos sociales con mayor capacidad económica. En esta perspectiva de atención de la salud de la población, toma relevancia la evolución de la ciencia médica.

### **2.2.1 Salud y ciencia médica. Un esbozo histórico**

Hablar de progresos en la salud de una sociedad es hablar de avances en la ciencia médica. Salud y medicina constituyen un vínculo indisoluble, por lo cual resulta necesario hacer una breve semblanza histórica de la evolución de la ciencia médica y de cómo sus avances han impactado en la salud del hombre.

La medicina, como toda ciencia, posee su historia<sup>12</sup>, desarrollo y sistematización. En sus inicios, los conocimientos se transmitían de padre a hijo, de generación a generación. En su génesis, la medicina debe mucho

---

<sup>12</sup> En general, la medicina era una profesión que se transmitía de padres a hijos en el seno de las familias de los asclepiades que, a veces, se consideraban descendientes directos de Asclepio (Esculapio, para los romanos); personaje mitológico que se consideraba instruido en la medicina por el centauro Quirón. A diferencia de los estudiosos de otras ciencias, los asclepiades o médicos fueron casi los únicos que practicaron un método científico empírico en Grecia.

a grandes hombres como Hipócrates<sup>13</sup> y Galeno<sup>14</sup>. Por supuesto, la medicina transitó en su evolución por distintas etapas en correspondencia con el desarrollo de la ciencia, la cultura y la práctica social.

Los fundamentos de la ciencia médica actual los encontramos en el antiguo Egipto, donde la práctica médica estaba rodeada de misticismo. Así, la medicina egipcia combinaba las creencias religiosas y las técnicas mágicas con una serie impresionante de tratamientos farmacológicos adecuados y destrezas quirúrgicas. Roy Porter escribe que: “Los griegos identificaban la salud y la enfermedad con varios dioses y héroes, siendo el más importante de ellos Asclepio, en latín Esculapio, una figura similar a Imhotep. Homero le describía como un sanador de heridas tribal, aunque por todas partes le aclamaban como hijo de Apolo, dios de las curaciones” (Porter, 2002, p. 57).

---

<sup>13</sup> Hipócrates de Cos / hipocratismo (460a.C-375a.C.). Médico griego de la escuela de Cos. Enseñó medicina (así lo narra Platón en Fedro, 270 b-c). El conjunto de sus obras constituye el llamado Corpus Hippocraticum y está compuesto por unos sesenta escritos, de los cuales sólo unos pocos fueron escritos realmente por Hipócrates. No obstante, su innovadora orientación le hace realmente acreedor de la fama que ha gozado como padre de la medicina. De entre los títulos que escribió destacan: *La antigua medicina*; *Las epidemias*; *El pronóstico*; *Aires, aguas y lugares*; *La enfermedad sagrada*; *Aforismos* y el famoso *Juramento*. Fue Hipócrates el primero que separó la ciencia médica de la religión y sentó sus bases sobre la experiencia y la observación. Rechazó el intento de fundamentar la medicina en la cosmología y, menos todavía, en los mitos o en la religión. Tampoco concibió la ciencia médica como estudio de la esencia humana, sino como estudio del ser humano entendido como cuerpo físico concreto, y cuyo tratamiento debía efectuarse apelando a la experiencia concreta. Dio una especial importancia al pronóstico y a la alimentación. Finalmente, también es muy conocida su concepción ética según la cual la medicina está siempre en función de la curación del enfermo. El juramento hipocrático, código deontológico de la profesión médica, recoge esta alta consideración ética del quehacer médico. Es costumbre que todavía hoy los licenciados en Medicina pronuncien este juramento. Además de la inmensa influencia que ejerció en Medicina (especialmente en Galeno y otros grandes médicos de la antigüedad), la obra de Hipócrates también influyó en muchos filósofos, especialmente en Sócrates, Platón y en Aristóteles.

<sup>14</sup> Galeno, Claudio (130a.C.-200a.C.). Médico y filósofo griego originario de Pérgamo. Estudió medicina en su ciudad natal, en Corinto y Alejandría. Practicó la medicina en su ciudad, donde fue médico de gladiadores. En el 168 fue a Roma para entrar al servicio del emperador Marco Aurelio y su hijo Cómodo. La obra de Galeno representó una importante renovación tanto de la teoría como de la práctica médica, misma que se había ido degradando y dividiendo en escuelas dogmáticas y simplificadoras. Esta renovación se inspiró en la obra de Hipócrates, en el aristotelismo, el platonismo y el estoicismo. Galeno, al igual que Hipócrates, manifestó una fuerte tendencia empírica basada en sus importantes trabajos anatómicos y zoológicos (sólo diseccionó animales). De su producción literaria, que fue inmensa, se conservan unos 150 escritos, muchos de los cuales se utilizaron durante largo tiempo como textos básicos para la enseñanza de la medicina. Su obra médica se estructuró, especialmente, en tratados de terapéutica y de teoría de pronósticos. De entre sus obras más importantes destacan: *Procedimientos anatómicos*; *Utilidad de las partes*; *Las facultades naturales*; *El método terapéutico*; *Arte médica* y *Comentarios a Hipócrates*.

En oposición a estas prácticas sagradas, la primera aparición en occidente de una medicina esencialmente laica llegó con los médicos hipocráticos que surgieron en la península helénica durante el siglo V a.C. Los médicos hipocráticos no se planteaban hacer curas milagrosas, sino ayudar a los enfermos, ello con convicciones éticas derivadas del juramento hipocrático<sup>15</sup>.

Sin embargo, pese a su posterior carácter sagrado, poco se sabe acerca de los orígenes o primeros ritos del juramento. Evidentemente, hace presagiar el paradigma de una profesión (una que presta juramento) como una disciplina en la que la ética desempeña una función autorreguladora entre los que comparten un conocimiento especializado y empeñado en un ideal de servicio. Si bien los médicos contaban con la colaboración de comadronas y enfermeras, se hace patente que la medicina hipocrática era un monopolio masculino. La medicina hipocrática tenía sus deficiencias. Sabía poco de anatomía o fisiología, ya que la disección humana habría sido contraria al respeto de los griegos por el hombre, y carecía de remedios eficaces (Porter, 2002).

Posteriormente en la Edad Media, conocida también como la edad del oscurantismo, el arte de curar era coto exclusivo de monjes y clérigos; los únicos hombres ilustrados que quedaban en occidente. La llama de la medicina clásica, mientras tanto, se mantenía viva en el mundo islámico, mucho más avanzado; donde una sucesión de destacados médicos-eruditos, que ejercían en lo que hoy son Siria, Iraq, Irán, Egipto y España, estudiaron, sistematizaron más y divulgaron la obra de Galeno. Sin embargo, a partir del siglo XII con la instauración de las universidades y la recuperación de las nuevas traducciones del saber médico procedente de fuentes islámicas, se inicia en Salerno, al sur de Italia, el restablecimiento de la medicina profesional. La educación se basaba en textos determinados y formalizados por la nueva escolástica aristotélica.

El Renacimiento impulsó la medicina como ciencia del hombre. Su filosofía humanista también se puso en función de la ciencia médica, al igual que la Ilustración, la enalteció; pero hasta el siglo XIX no se puede hablar de ciencia pública, financiada por el Estado y auspiciada por las universidades y los institutos de investigación. A partir de entonces la comunicación

<sup>15</sup> En el juramento hipocrático se abordan las preocupaciones éticas acerca de la conducta de los médicos. El juramento se proponía proteger a los médicos a través de una especie de coto corporativo cerrado, y no en menor medida defender a los enfermos. Con su presunción de bondadosa sagacidad, suscribía el perdurable paternalismo de la profesión médica.



entre los especialistas se hace más frecuente. Los estudiantes de Europa y Norteamérica viajaban a París en búsqueda de nuevos conocimientos y técnicas. Se generaliza la formación médica en los hospitales y se desarrolla la medicina londinense, apoyada en la francesa e inspirada en los maestros formados en Francia. En 1830 la capital inglesa posee una universidad y dos *colleges* con facultades de Medicina y hospitales docentes. Viena no se queda atrás. Sus resultados, también influenciados por París, dan cuenta de un extraordinario desarrollo.

Alemania avanza en las investigaciones experimentales en Fisiología y sus resultados no se hacen esperar<sup>16</sup>. La medicina avanza indeteniblemente a nivel mundial, con sus especificidades por países, a lo cual contribuye el perfeccionamiento del microscopio. Los laboratorios alemanes y franceses gozan de prestigio internacional por sus avances técnicos y científicos. La medicina científica se desarrolla con más lentitud en Inglaterra y Estados Unidos, teniendo que acudir a los centros europeos de mayor desarrollo. Fue significativa la apertura en Nueva York del Instituto Rockefeller para la investigación médica.

Debemos destacar la importancia que tuvieron los descubrimientos de Pasteur, los que invalidaron la vieja teoría de la generación espontánea. Por su parte, los estudios de Koch marcaron un hito en la medicina en cuanto al desarrollo de la microbiología<sup>17</sup>. En esta dirección se encauza también

<sup>16</sup> Las universidades alemanas en especial impulsaron un tipo de investigación con sello propio. Así, Justus Von Liebig estableció el modelo de lo que sería la ciencia de laboratorio en el Instituto de Química de la Universidad de Giessen. Liebig (1803-1873) desarrolló un programa para someter a organismos vivos a análisis químicos estrictamente cuantificados, midiendo y analizando lo que entraba (comida, oxígeno y agua) y lo que salía (urea, sales, ácidos y dióxido de carbono), y reveló detalles decisivos sobre lo que más tarde se denominaría como procesos metabólicos internos. En Alemania, la Fisiología adquirió por fin la categoría de disciplina experimental y su principal exponente fue Johannes Müller, catedrático de Fisiología y Anatomía en Berlín desde 1833. Su monumental *Handbook of Physiology* (dos volúmenes, 1833-1840) fue durante muchos años la biblia de la disciplina.

<sup>17</sup> Koch, formado junto a Wöhler publicó un artículo en 1879, *Etiología de las enfermedades infecciosas traumáticas* que marcó un hito en la metodología de las ciencias médicas. Señaló las diferencias entre las distintas bacterias, relacionó microorganismos específicos con enfermedades específicas y se dedicó a demostrar que las bacterias eran las causas de las infecciones. Explicó con todo lujo de detalles lo que desde entonces se conoce como los postulados de Koch, los que establecen que para que un microorganismo concreto produzca una enfermedad determinada, se tienen que cumplir cuatro requisitos:

1. El organismo específico ha de encontrarse en todos los casos de la enfermedad infecciosa.
2. El organismo podrá cultivarse en un medio de cultivo puro.
3. La inoculación del cultivo en un animal de experimentación reproduciría la enfermedad.

el descubrimiento del germen productor de la fiebre amarilla del cubano Finlay, que los EE.UU. no quería reconocer.

El siglo XX fue testigo de grandes avances y descubrimientos en la Biología, la Química y la Fisiología, así como la aparición de nuevas especialidades, enmarcadas en la ciencia médica. La medicina, y la ciencia en general, fue objeto de una revolución profunda, pero una revolución permeada de inequidades y desigualdades en el acceso a los nuevos desarrollos de la ciencia médica<sup>18</sup>. En los últimos años del siglo XX y ya en la primera década del XXI, los avances en la ciencia médica son sorprendentes, cuya expresión máxima tiene lugar con el gran descubrimiento del mapa del genoma humano. Lo importante ahora es garantizar la esencia humanista de la medicina y evitar, como está sucediendo, que se ponga en beneficio del mercantilismo consumista guiado por las leyes del mercado. Se requiere de una medicina fundada en presupuestos éticos y humanistas; y con un sentido cultural y complejo, para beneficio de toda la humanidad y no sólo de una parte de ella.

Hay que asumir a la medicina y la salud con sentido integrador- humano y con la responsabilidad que exigen la bioética y otras ciencias del hombre. Al mismo tiempo considerar al enfermo como un sujeto que piensa, siente, actúa y se comunica y no como un objeto pasivo, expuesto a los dictámenes médicos. La ciencia médica debe pensar al hombre desde la perspectiva de la complejidad, pues el hombre en sí mismo es un cosmos cultural y complejo. En pleno siglo XXI, la medicina tiene que desechar los paradigmas reduccionistas y simplificadores. Desgraciadamente, los modelos

---

4. Los organismos podrán recuperarse en el animal inoculado y será posible cultivarlos de nuevo en el medio de cultivo.

Lo más destacado de los descubrimientos de Koch fue la caracterización de los bacilos responsables de la tuberculosis (1882) y el cólera (1883). Sus discípulos, y rivales, continuaron utilizando sus métodos para identificar los microorganismos causantes de la difteria, la neumonía, la gonorrea, la fiebre ondulante, la meningitis, la lepra, el tétano, la peste, la sífilis, la tosferina y muchas otras infecciones causadas por estafilococos y estreptococos.

<sup>18</sup> A lo largo del siglo XX, la atención sanitaria se convirtió en parte integrante de la maquinaria de la sociedad industrializada. Las consecuencias no son fáciles de evaluar. Las enormes desigualdades de salud entre ricos y pobres, reveladas por los estadísticos en el siglo XIX se mantienen, mientras que las diferencias entre los niveles de salud del primer y el tercer mundo se han incrementado de una manera impúdica. La medicina moderna posee una capacidad excepcional de mantener a las personas vivas, sanas y sin dolores; y aún así su contribución a la mejora de la salud de la humanidad es más que discutible. Muchos creen que las inversiones en salud pública, en higiene medioambiental y en una mejor nutrición harían más por los países del tercer mundo que todos los sofisticados programas de medicina clínica.

multidimensionales no pueden sostenerse en el marco de las instituciones actuales con una rígida organización jerárquica y una división del trabajo, el saber y la responsabilidad fundada en un modelo mecanicista y en sistemas de salud burocratizados y plagados de intencionalidad lucrativa, rentabilidad y/o eficacia administrativo-económica.

No se puede olvidar que el hombre es mucho más que su cuerpo físico y su mundo psíquico. Su esencia es cultural y su ser esencial se cualifica ante todo por el conjunto de sus relaciones sociales y el entorno en que deviene como persona individual y social. Por eso con razón suficiente, parece claro que un medio ambiente más cuidado y unas mejores condiciones de vida contribuyen mucho más que la medicina curativa a garantizar una esperanza de vida más larga, que ya no se valora. La Medicina progresa poco en relación con las enfermedades del envejecimiento. A la luz de todo esto, el papel y el espectro de la medicina en los países desarrollados tendrán que cambiar en el siglo XXI. El énfasis ha pasado de intentar superar las enfermedades a conseguir mejores estilos de vida, conseguir cuerpos más perfectos y ser aún más longevos. La medicina, adulterada de ese modo, puede estar en la antesala de una de las transformaciones más extraordinarias de su larga y accidentada historia. Pero en este momento, después de la edad de oro que disfrutaron las generaciones anteriores, la opinión pública no puede ser optimista y mira con ansiedad al nuevo milenio.

Se mira con ansiedad porque realmente el futuro de la medicina y sus resultados, resultan inciertos a escala universal. El desarrollo de la tecnología médica no siempre se pone en función del bienestar humano. Todo lo contrario, cada día vemos cómo la desigualdad no hace accesibles los logros de la ciencia y la técnica médica a los grandes núcleos de población más necesitada. Todavía en nuestros tiempos mueren niños, ancianos, mujeres y hombres porque no disponen de los medios económicos necesarios para recibir la atención que requiere su enfermedad.

La globalización neoliberal ha puesto de manifiesto que no está en condiciones de satisfacer las necesidades sanitarias crecientes de los pueblos ni de garantizar la pureza del hábitat humano. La contaminación por el desarrollo industrial desenfrenado, empeora cada día las condiciones del medio ambiente y amenaza con fuerza la propia existencia de nuestro planeta. En síntesis, el mundo está urgido de una conciencia médica humanista, de una

responsabilidad ambiental y de una cultura ecológica, fenómenos que la salud y la medicina del siglo XX no pueden ni deben soslayar.

### 2.2.2 Salud como bien público puro, meritorio y preferente

Un bien público puro es aquel cuyo consumo por parte de un individuo no afecta al consumo de este bien por parte de otro consumidor. De esta manera, un bien público puro se caracteriza por la no exclusión y la no rivalidad en su consumo, exactamente lo contrario a lo que sucede en el caso de un bien privado puro. La no rivalidad en el consumo se refiere a la idea de que los beneficios de un bien pueden ser disfrutados simultáneamente. La no exclusión existe cuando una persona puede disfrutar los beneficios de un bien sin necesidad de pagar por su consumo, ya que el costo marginal para un consumidor adicional es nulo. En otras palabras, debido a que los bienes públicos puros son indivisibles, no hay derechos de propiedad claramente establecidos para que puedan asignarse a un individuo en particular (Ayala, 2000).

Bajo estas consideraciones, los servicios de salud pública corresponden justamente a esta definición, toda vez que normalmente son suministrados por el Estado y guardan también las características de no exclusión y no rivalidad en su consumo descritas anteriormente. Más allá de ello, como veremos a continuación, la salud se ajusta también a la definición establecida de bienes meritorios o preferentes.

Dado que las posibilidades de exclusión en el consumo de un bien público son en cierta medida una cuestión técnica y de capacidad económica, la no rivalidad es la propiedad que inicialmente define a los bienes públicos puros. Por otra parte, ya que los precios de mercado no pueden ser utilizados para su racionalización, en general el sector privado no provee bienes públicos, y por lo tanto es el Estado el responsable de su producción y distribución, ya sea de manera directa o indirecta. Dada su característica de no exclusión, los consumidores de los bienes públicos tienen incentivos para no revelar sus preferencias y así disfrutar gratis de un bien.

De esta manera, la concepción de bienes públicos puros se conecta directamente con la de bienes meritorios o preferentes; los cuales, según la definición establecida por Ayala (2000), son aquellos bienes a los cuales los individuos les confieren un alto valor, pero que el mercado no los provee

y es por lo tanto el gobierno quien los proporciona, ya sea gratuitamente o a un precio subsidiado. En base a ello, podemos decir que los servicios de salud pública corresponden perfectamente a la clasificación de bien público meritorio. Ejemplos de ello los encontramos en las vacunas y en los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, acciones que normalmente no son provistas por el mercado.

Al referirnos a los servicios de salud pública como un bien público preferente, tenemos que hacer alusión forzosamente a las fallas del mercado que provocan que sea el Estado quien debería ser el responsable de suministrarlos. Tales fallas están vinculadas con la racionalización individual. Así, dada la característica de no exclusión en el consumo de los bienes o servicios vinculados con la salud, los individuos tienen incentivos económicos para eludir el pago del servicio recibido; ya que de esta manera pueden disfrutarlo gratuitamente (a esta actitud se le conoce también como “problema del gorrión”).

Así, en tanto la aplicación del principio de exclusión le proporciona al mercado una señal eficiente para la producción de los bienes de salud privados, en el caso de los bienes de salud públicos es ineficiente, ya que el consumo de un bien no reduce el consumo de otro. En estas condiciones, tal como afirma Ayala, los beneficios de los bienes públicos no se transforman en derechos de propiedad exclusiva para un individuo concreto, y el mercado no funciona.

De esta manera, si los bienes de salud públicos están al alcance de todos, los consumidores racionales buscarán no efectuar de manera voluntaria pago alguno al Estado, que es quien los ofrece normalmente. En la práctica de la salud pública, este problema trata de ser enfrentado mediante el establecimiento de tarifas subsidiadas para los servicios recibidos, conocidas también como cuotas de recuperación; y en el contexto de los programas de protección financiera contra daños a la salud puestos en marcha recientemente, como prepago por los servicios a recibir en un futuro.

### **2.2.3 La salud desde una perspectiva normativa**

Según Brena (2004), la acepción más común del Derecho, es la de un sistema normativo para regular la conducta humana. El por qué o para qué se debe

normar la conducta del hombre tiene que ver con valores universales como son la justicia, la equidad y el bien común. Justamente, la salud y el Derecho convergen en esta línea.

De esta manera, la salud, expresada como un estado de bienestar físico, mental y social de los seres humanos, mejora la calidad de vida de los integrantes de la comunidad, y es por lo tanto una manifestación del bien común a que toda la sociedad aspira. Así, la salud colectiva o pública constituye también un bien común, razón por la cual el Estado, por medio del Derecho, está obligado a tratar de garantizar de la mejor manera posible la protección de la salud de los ciudadanos.

A nivel internacional, las legislaciones de los países reconocen de manera explícita que el goce del grado máximo de salud que se pueda alcanzar y que esté disponible, constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política y condición económica y social. No obstante, en la práctica el problema estriba en cómo hacer realidad este precepto normativo.

Lograr mejorar la salud de la población es un propósito que implica esfuerzos y sacrificios para la sociedad en su conjunto. Se requiere contar con un sistema eficiente y complejo de servicios médicos; instalaciones y equipos especiales; personal médico y paramédico preparado, y existencias de medicamentos y materiales de curaciones adecuadas. Organizar y regular este complejo de la salud para que opere en beneficio de los más pobres, y de quienes en general no tienen la suficiente capacidad económica para acudir a la medicina privada, es una responsabilidad que le corresponde al Estado.

Para mejorar la salud y responder a las demandas crecientes y cambiantes que establecen la modernidad, el cambio epidemiológico y la transición demográfica, la ciencia médica evoluciona constantemente, y día a día se establecen nuevas técnicas y se descubren nuevas aplicaciones tecnológicas a la salud. Estos logros de la ciencia médica plantean a su vez retos que trascienden el ámbito puramente médico, y que tienen que ver con aspectos éticos, bioéticos, económicos y jurídicos.

El vínculo entre el Derecho como sistema normativo, y la salud como aspiración de los individuos y la sociedad hacia un bien común, es claro y

preciso. De esta manera, el propósito del Derecho en materia de salud es el de legitimar e institucionalizar la práctica médica, implementando el marco jurídico que normará y regulará el funcionamiento de las instituciones públicas y privadas en la materia. En este aspecto, debe quedar claro que el derecho a la protección de la salud implica también el respeto a los otros derechos humanos que también son reconocidos en el sistema normativo. Entre ellos, el derecho a la dignidad, a la integridad física y mental, a la privacidad, a la información, a la expresión de la voluntad, etc.

Sin embargo, en la práctica médica no basta con la existencia de principios y buenos propósitos, es necesaria la existencia de normas jurídicas que establezcan y delimiten el “deber ser” de la actividad científica médica. De esta manera, corresponde a la norma jurídica la responsabilidad de resguardar la plena observación de los principios humanos universales durante la práctica médica. En este contexto ético y normativo, los servicios de salud, como ya vimos, son un claro ejemplo de los bienes públicos preferentes o meritorios. Esto es, aquellos satisfactores que surgen del reconocimiento del hombre acerca de la necesidad de un mínimo de bienestar social, y es a nuestro juicio, esta característica social y no individual la que establece el puente de comunicación entre la salud y la norma jurídica; ya que es evidente que los servicios públicos de salud deben tener una connotación y un tratamiento especial, toda vez que están vinculados directamente con la vida misma, uno de los derechos básicos más preciados por el hombre.

Kelsen (2002) dijo que la ciencia del Derecho tiene que servir a la vida. Que se puede servir a la vida mediante la búsqueda del conocimiento y la verdad de una manera objetiva, es decir, a través de la ciencia (en el caso que nos ocupa, la ciencia médica). Pero que también es posible servir a la vida mediante la voluntad y la praxis, realizando valores; creando y ejecutando derecho, y que ello es posible a través de la política.

Justamente, el propósito de que las ciencias de la medicina, del Derecho y la política sean puestos al servicio de la vida, es también uno de los hilos conductores que guía esta investigación, y que permite dar pauta a la propuesta central de la misma: la instrumentación en México de una política de Estado en salud. Así, en tanto muchos países instrumentan diversas políticas públicas complementarias y de apoyo para lograr el propósito de poder contar con una población más saludable (entre las que se cuentan

los programas de abastecimiento de agua potable y drenaje, alimentación, educación, deporte, etc.), en México no se observa una complementariedad entre políticas públicas. Por ello, consideramos que es necesario hacer más explícita jurídicamente la voluntad política del Estado mexicano en materia de salud. Sólo de esta manera, con una política de Estado en salud será posible garantizar constitucionalmente niveles sostenidos y crecientes de inversión pública en salud, más allá de los factores políticos y de las coyunturas económicas.

#### **2.2.4 La salud desde una perspectiva económica. Papel de la salud en el crecimiento económico y el desarrollo humano**

La sabiduría popular predica que “la salud es riqueza”. Es cierto, la salud habilita a las personas y a las familias para alcanzar el desarrollo personal y la seguridad económica en el futuro. Así, a nivel microeconómico, la salud es la base de la productividad laboral y de la capacidad cognoscitiva, física y emocional de los individuos. Más allá de ello, a un nivel macroeconómico, y tal como ocurre con el bienestar económico de cada familia, niveles adecuados de salud de la población constituyen un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y el desarrollo humanos de los países. De hecho, tal y como lo demostraron Shultz y Becker (2001), la salud y la educación, son las dos piedras angulares del capital humano.

Sin embargo, tal como fue documentado en 2001 por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud, este hecho, que si bien es reconocido a nivel de los responsables del diseño de las políticas públicas, en nuestros países es ampliamente subestimado cualitativa y cuantitativamente al momento de la instrumentación y puesta en marcha de los programas y proyectos específicos. Hecho que se traduce en un enfoque de la salud como un gasto y no como inversión en capital humano, y por lo tanto en presupuestos públicos para la salud insuficientes ante la magnitud del problema, e ineficientes desde el punto de vista de su orientación y aplicación.

Históricamente, los grandes despegues económicos en el mundo han ido acompañados del mejoramiento de las condiciones de salud y nutrición de la población. El despegue económico de Gran Bretaña durante la Revolución Industrial; el desarrollo del sur de los Estados Unidos; el rápido crecimiento



de Japón a principios del siglo XX y el desarrollo del sur de Europa y Asia Oriental entre 1950 y 1960 constituyen claras evidencias. Por otra parte, Fogel (1991; 1997; 2001) demostró que a lo largo de los últimos 200 años, la disminución de la mortalidad y el crecimiento de los ingresos por habitante de los países europeos, son una consecuencia directa tanto de la mejora nutricional como de las condiciones de salud y de los avances de la tecnología médica (OMS, 2001).

De hecho, las investigaciones de Fogel<sup>19</sup> han demostrado la relación directa que existe entre salud y crecimiento económico, evidenciando que entre una tercera parte y la mitad del crecimiento económico de Inglaterra durante los últimos dos siglos se explica por mejoras en la alimentación y por ende en los niveles de salud de la población. Para el caso de México, los estudios macroeconómicos realizados hasta la fecha indican que el crecimiento económico de largo plazo puede ser explicado por el mejoramiento de las condiciones de salud. Y es que además del impacto directo e indirecto de la salud en el bienestar individual y la economía en su conjunto, la salud es también una variable determinante de la pobreza y su entronización en el tiempo mediante las trampas de la pobreza, es decir el círculo vicioso originado por la relación mala salud-desnutrición-mala educación-pobreza-mala salud (Lusting, 2005).

Por ello, toman relevancia las investigaciones llevadas a cabo por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, en las cuales se sustenta ampliamente el impacto económico y social resultado de la inversión en la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a la población, así como la mejora en la calidad de los mismos. Asimismo, sus recomendaciones básicas, sustentadas en el mejoramiento de la gestión del sector salud, en la revisión del equilibrio entre sus diversos programas y en el aumento de la inversión en salud de un 1% en promedio del Producto Interno Bruto, merecen ser consideradas por los gobiernos de nuestros países.

De hecho, tal como lo señala Lusting, la salud, entendida como un estado completo de bienestar físico, mental y social; junto con la ausencia de enfermedad, además de ser per se un valor intrínseco para los seres humanos, y por lo tanto un componente fundamental del bienestar humano, tiene adicionalmente un valor instrumental para el crecimiento económico. Es

---

<sup>19</sup> Robert Fogel, premio Nobel de Economía 1993.

decir, la salud además de constituir un acervo, un valor intrínseco para los individuos, para un país en su conjunto constituye un valor instrumental para su economía. Ello al incidir en diversas variables como son el incremento de la productividad; reducción de pérdidas de producción por enfermedad; mejoras en el desempeño y aprovechamiento escolar; reducción del impacto económico de la desnutrición infantil y laboral y disminución de los costos de oportunidad derivados del tratamiento de las enfermedades.

Los estudios acerca de la influencia que tienen en el crecimiento económico los cambios en la calidad de vida de las personas son relativamente recientes, y se conocen como la teoría del capital humano. Según Mushkin, surgen del planteamiento de los economistas teóricos acerca de la razón del crecimiento de las economías desarrolladas más allá de lo que podía explicarse por las inversiones en capital físico y la incorporación de más mano de obra, hecho que nos remite al residuo de Solow<sup>20</sup>. Surge así el interés por estudiar la contribución de la salud y la educación al crecimiento económico. Si bien, la investigación sobre el rendimiento de la inversión en las personas aún está en proceso, los primeros resultados apuntan a la presencia de un efecto multiplicador de la inversión similar al producido por la inversión en bienes de capital. Esta evidencia ha servido como justificante para que en los países desarrollados se impulse la inversión en salud y educación como parte de sus programas de desarrollo económico (Mushkin, 1992).

La esencia de la teoría es la formación de capital humano a través del mejoramiento de la salud y el nivel educativo de las personas en tanto agentes productivos. De esta manera, el desempeño económico de los trabajadores mejora mediante las inversiones en ambos rubros, además de que este tipo de inversión, conocida también como inversión social proporcionará un rendimiento continuo en el futuro. Es decir, estamos hablando de una inversión de mediano y largo plazo. De esta manera, la salud y la educación se transforman en una parte del individuo y pasan a formar parte de su capacidad y aptitud para el trabajo independientemente de la naturaleza

---

<sup>20</sup> No es sino hasta 1961 cuando en reuniones internacionales sobre Economía se reconoce la necesidad de estudiar la inversión en las personas, es decir de la salud y la educación como un aspecto más del desarrollo económico. Esta omisión de los economistas teóricos quizá quede más clara después de leer la siguiente aclaración hecha a pie de página del libro de Bauer, P. y Yamay, B (1957). *The Economics of Underdevelopment Countries* Cambridge: University Press, p. 27: "Cuando se deja la tierra firme del capital material y se asciende al éter del capital humano, se encuentran dificultades insuperables para encontrar una base de apoyo".

del mismo<sup>21</sup>. Así, el individuo en tanto agente económico y social, resulta ser más eficiente como productor y consumidor. Es importante precisar también que desde el punto de vista económico, la salud al igual que la educación tiene una doble connotación, ya que por un lado constituye una inversión y por otro representa un consumo.

En tanto bienes de consumo, con salud y educación no se busca únicamente satisfacer deseos humanos, sino también necesidades básicas para la vida y el bienestar del individuo. Cuando éste no cuenta con buena salud para funcionar normalmente, muchos valores y su existencia misma pierden su razón de ser. Asimismo, un individuo sin cultura y educación no logra su plena incorporación a la sociedad. Por otro lado, la inversión en salud y educación provoca importantes externalidades. De manera específica, la inversión pública efectuada en programas de salud de tipo preventivo de enfermedades tienden a beneficiar a la comunidad en su conjunto, en tanto que los servicios de atención curativa ofrecidos por las instituciones públicas o contratados por el individuo de manera privada, además de beneficiarlo directamente, contribuyen también a evitar la propagación de su padecimiento. Todo ello, resulta en la mejoría de la salud no solo de manera individual sino también pública, lo que redundará en un aumento de la productividad de la economía en su conjunto.

Por otra parte, los fondos para el financiamiento de la salud y la educación provienen normalmente de fondos de consumo o de inversión; es decir, los fondos tanto públicos como privados destinados al financiamiento de ambos bienes públicos provienen directamente de una disminución del consumo, por lo que toda inversión en salud y educación significa una contribución real al crecimiento económico<sup>22</sup>. Así, en tanto los programas

---

<sup>21</sup> La interrelación existente entre la educación y la salud de la gente es más que evidente. Algunos programas de salud, sobre todo los de atención primaria se basan en la educación y la capacitación y corresponde también a la educación y formación de médicos y paramédicos. Por otra parte, una persona en condiciones inadecuadas de salud no es totalmente apta para la educación; la pérdida de días escolares por enfermedad reduce la efectividad de la inversión en educación, y por el contrario, un aumento en la esperanza de vida aumenta su rendimiento. Asimismo, el nivel educativo de los individuos determina también la demanda de servicios de salud y su tipo. De hecho, diversos estudios demuestran una alta correlación en este sentido.

<sup>22</sup> Los servicios de salud y educación en todos los países son financiados en parte por el sector público y en parte por el sector privado, variando la proporción en dependencia a la orientación de sus gobiernos. Por ejemplo, en Estados Unidos la salud es financiada únicamente en un 25% por el Estado, correspondiéndole al sector privado el 75% restante. Caso contrario corresponde a la educación, donde la mayoría de los costos educativos son financiados por el Estado.

de salud contribuyen a aumentar numéricamente la fuerza laboral así como la calidad del producto obtenido, la educación incide directamente en la calidad del producto obtenido. Las medidas sanitarias que posibilitan el incremento en las expectativas de los individuos se traducen en el aumento potencial de trabajadores, sobre todo en los países en vías de desarrollo<sup>23</sup>.

La teoría del capital humano considera la inversión en salud y en educación como inversión social para el crecimiento económico. En este apartado profundizaremos un poco más en lo que se refiere al impacto económico de los programas de la salud, no sin antes reconocer que en las condiciones de salud de la población influyen también otros factores como son: la alimentación, la disponibilidad de agua potable, las condiciones del medio ambiente, la vivienda y los hábitos personales.

En su acepción más simple, los insumos económicos destinados a la salud representan una parte consumo y otra inversión en salud, y se le reconoce como inversión en salud debido a que mejoran el producto del trabajo y continúan generando un rendimiento por un largo período. Este rendimiento es el resultado del trabajo generado debido a la atención de la salud del individuo, así como los ahorros obtenidos en los gastos de salud futuros. Desde este punto de vista, su efecto económico es similar a la inversión en bienes de capital y, por derivación, a la inversión en salud se le conoce también como inversión de capital en salud o inversión social. Como es lógico pensarse, el costo de los programas de salud aplicados puede resultar mayor o menor que el valor capitalizado del producto laboral adicional resultado de tales intervenciones destinadas a mejorar el nivel de salud.

Dicha inversión de capital de salud, al igual que cualquier inversión física, es susceptible de medición de diversas maneras; ya sea en términos de costos (los costos asociados a los servicios de salud pública brindados; los ambientales y los curativos), en los cuales se incurrió durante un período de vida de la fuerza laboral<sup>24</sup>. De la misma manera, pueden medirse

---

<sup>23</sup> La historia nos muestra que la esperanza de vida al nacer en muchos países pobres del mundo se ha incrementado sustancialmente durante los últimos años debido a las inversiones directas en programas sanitarios preventivos de enfermedades y de mejoramiento ambiental, cuya eficacia se ha traducido en la reducción de las tasas de mortalidad.

<sup>24</sup> Dichos costos pueden ser estimados en base al precio de provisión o de adquisición de los servicios de salud en los años en que fueron incurridos; en base a su costo actual de reposición o en base precios constantes de un año base.

en términos del valor actual del producto laboral añadido mediante la aplicación de los programas de salud. Es decir, a las existencias actuales, pueden aunárseles los ingresos futuros generados por las inversiones en salud, trayéndolos a valor presente. De esta manera, el valor presente del producto laboral futuro explicado por la atención de la salud constituye una segunda medida del valor del capital en salud<sup>25</sup>. Aquí es necesario hacer una precisión importante: si bien la medición obtenida considera la depreciación en la inversión realizada, resultado de la pérdida del producto laboral, ya sea por causa de muerte o incapacidad del individuo, existen otros programas de salud cuyos rendimientos ofrecidos son a perpetuidad, por lo cual la inversión en ellos no merece depreciación alguna. Se habla de los programas de atención primaria de la salud sustentados en la promoción y la prevención de las enfermedades; en ellos, la inversión perdura más allá de la vida de los individuos o de su jubilación, puesto que están orientados a la sociedad en su conjunto<sup>26</sup>.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, Amartya Sen destaca la importancia de la salud y establece que junto con la educación, constituyen las capacidades básicas que confieren valor a la vida humana. Más allá de ello, destaca que la salud se encuentra entre las libertades sustantivas básicas (además de la libertad de participación política o la oportunidad de recibir educación básica entre otras) del hombre, y por lo tanto es un componente fundamental del desarrollo humano y del progreso económico.

Como corolario de todo lo anterior, podríamos decir que a lo largo de su historia, el hombre siempre ha invertido en salud. Inclusive, los seres humanos más primitivos invirtieron en un proceso de selección natural en el cual sobrevivían los más fuertes y aptos para conseguir los medios de vida, y los mejor adaptados para desarrollar inmunidad ante las enfermedades. Sin embargo, el costo de oportunidad de poder mantenerse vivos y saludables (la inversión en salud), fueron las muertes prematuras de los menos adaptados y la pérdida de su contribución productiva a la economía

---

<sup>25</sup> En diversos programas de salud, el producto laboral adicional está en función de los servicios recibidos por un individuo en particular, perdiéndose el valor de la inversión en capital de salud a su muerte o jubilación, por lo que los ingresos futuros deben traerse a valor presente y tienen un límite establecido por estos factores.

<sup>26</sup> Ejemplos de ello lo constituyen los programas de erradicación de la malaria, la fiebre tifoidea, la poliomielitis o la tuberculosis, lo que implica que las generaciones futuras y la economía en su conjunto ya no sufrirán los estragos de estas enfermedades.

primitiva. Otro método de selección natural también usado por el hombre fue el sacrificio de los enfermos, los débiles y los inválidos; sin embargo, ni el paso de los años ni los avances de la tecnología en salud han evitado que en muchos países pobres y regiones del mundo prevalezca aún una tasa de mortalidad natural, y que la inversión en salud de sus habitantes (inmunidad frente a algunas enfermedades), sea totalmente rebasada por los nuevos padecimientos asociados a los estilos de vida modernos.

En síntesis, hoy día, para una economía moderna no es aceptable un proceso de selección biológica. Éticamente, porque ni moral ni humanitariamente es aceptable permanecer impávido ante el sufrimiento de nuestros semejantes. Económicamente, no es aceptable porque es tremendamente alto el costo de perder la contribución productiva de una vida perdida de manera prematura. En síntesis, la disyuntiva en materia de salud para los gobiernos de nuestros países no estriba entre invertir algo o no invertir; la verdadera elección está en invertir en selección biológica (*el laissez faire en salud*), o invertir lo suficiente en programas de salud y en las modernas tecnologías médicas; mismas que tienen un impacto positivo en el bienestar de la sociedad y por lo tanto, en el nivel de desarrollo humano.

### **2.2.5 El mercado de los servicios de salud**

Es claro que la responsabilidad ética y moral del Estado en materia de servicios de salud no puede dejarse de manera absoluta en manos del mecanismo de mercado, dadas las insuficiencias del mismo para los efectos de bienestar social. Estas fallas, como veremos a continuación, van desde la inexistencia de la competencia perfecta en el mercado de la salud hasta la fuerte presencia de externalidades y la ignorancia relativa del paciente (consumidor) acerca de las características de su demanda (padecimiento). Por ello, y dadas las profundas implicaciones que el nivel general de salud de la población tiene en los niveles de pobreza y bienestar social prevalecientes en una sociedad, es conveniente hacer un breve análisis económico de la salud.

La teoría económica ortodoxa establece que en un mercado de competencia perfecta, el precio de equilibrio de los bienes y servicios se establece en función de la interacción de la oferta y demanda. Los teóricos de la economía liberal dicen que para que este mecanismo de equilibrio funcione

a la perfección, es necesario que no existan interferencias en el mercado; ya que como Adam Smith lo estableció en su ya clásico análisis económico, en la búsqueda del interés individual se obtiene un mayor beneficio colectivo.

En base a este postulado básico de la teoría económica liberal, el Estado mexicano durante los últimos años ha ido reduciendo cada vez más su participación en la actividad económica nacional. Tal ha sido el caso de la banca; las comunicaciones telefónicas; la construcción y operación de vías de comunicación, y tantas otras actividades y servicios que hasta los años 70 eran prestados por el Estado. La privatización de algunas de estas actividades está plenamente justificada, ya que es el mecanismo de mercado el que puede garantizar una mayor eficiencia económica en su producción y distribución. Sin embargo, existen algunos bienes y servicios que por su naturaleza propia y por razones éticas y económicas, su producción y distribución no deben estar sujetas al libre juego de la oferta y demanda establecida por el mecanismo del mercado. Tal es el caso de los servicios médicos, cuyas características propias hacen que el mercado de la salud sea un mercado totalmente imperfecto. Entre estas características se encuentran las externalidades que hacen que los beneficios derivados de la prevención y atención de la salud de la población rebasen el interés individual y tengan un impacto social. Un claro ejemplo de ello, es la aplicación de los programas masivos de vacunación a los infantes, cuyo costo debe ser subsidiado por el Estado.

“Quienes tiendan a considerar que el mecanismo del mercado es la mejor solución para resolver todos los problemas económicos, quizá deban preguntarse cuáles son los límites de ese mecanismo... Incluso a la hora de lograr resultados eficientes, el mecanismo del mercado a veces dista de ser eficaz, sobre todo en presencia de lo que se denomina bienes públicos, que no son consumidos por separado sino conjuntamente por todos los individuos” (Sen, 2000).

Por otro lado, y contrario a nuestro comportamiento al momento de consumir otros tipo de bienes y servicios como pacientes y demandantes de atención médica, se encontró con la incertidumbre acerca del padecimiento que nos aqueja, de cómo diagnosticarlo y cómo tratarlo. Ello conlleva a la presencia en el mercado de una demanda inducida; esto es, ante nuestra relativa ignorancia como consumidores en el mercado de la salud, es el médico

quien induce el tratamiento a seguir, así como la cantidad de consultas, estudios y medicamentos que requerimos. Todo ello no siempre es tratado de una manera ética por los profesionales de la medicina, lo que tiende a lesionar el poder adquisitivo de las personas, y es justamente una de las causas principales de la explosión de costos que hoy se vive en el sector salud de nuestro país, situación que se traduce también en una pesada carga económica para el Estado.

Otra característica del mercado de los servicios médicos es la tendencia a la creación de mercados imperfectos, como son monopolios y oligopolios. Ello derivado de la alta especialización y diferenciación que se presenta dentro de la rama médica; de la constante innovación tecnológica; de la segmentación de la población para su atención en población derechohabiente y población abierta, y del aislamiento y la dispersión geográfica de buena parte de las comunidades de nuestro país, que hacen que los servicios médicos públicos y privados se concentren en los núcleos de población más comunicados. Todo lo anterior, aunado a la connotación social que en todos los países del mundo tiene la prevención y atención de la salud de su población, misma que ha determinado que la salud sea considerada como un bien meritorio, en el sentido de que todos los habitantes, independientemente de los aspectos políticos, religiosos, culturales y nivel socioeconómico, tienen derecho a la atención de su salud. Esta característica ha condicionado el tipo de modelo de atención de la salud aplicado en los países, mismos que se diferencian por el grado de intervención del Estado tanto en la regulación de los mercados como en la prestación directa de los servicios. Sin embargo, en todos ellos está presente la responsabilidad del Estado de establecer los mecanismos para asegurar que toda la población tenga acceso a los servicios de salud.

A la luz del siglo XXI, la población mundial se enfrenta a un proceso de transición epidemiológica y demográfica cuyo resultado más palpable es el envejecimiento de la población, unido al predominio de las enfermedades crónicas, traslapadas con los padecimientos propios del rezago. Ante ello, el desarrollo de la biomedicina ha tenido un crecimiento espectacular, lo que se ha traducido en una continua aparición en el mercado de la salud de nuevos productos y tecnologías siempre a precios mayores. Esto ha propiciado por un lado un incremento inusitado en la demanda de servicios de salud, y como consecuencia directa, un aumento sostenido e irreversible de los costos de atención.



De esta manera, el aumento sostenido en los costos de la salud es hoy día una preocupación mundial. Ello no sólo debido al alto nivel alcanzado por los mismos, hecho que se refleja en su participación dentro del Producto Interno Bruto, sino a la incertidumbre en cuanto a eventuales crecimientos futuros; a la inexistencia de un límite conocido y un referente “ideal”, y sobre todo a los resultados obtenidos en términos de mejoría en las condiciones de salud de la población. Se han descrito diversos factores como mediadores de este fenómeno de crecimiento irreversible y sostenido de los costos de la atención de la salud. Entre otros se han señalado:

- Cambios demográficos que se traducen en poblaciones de edad más avanzada cuya atención exige servicios más caros y especializados.
- Evolución del panorama epidemiológico hacia las enfermedades crónicas y minusvalías que acompañan al envejecimiento, y causas de muerte asociadas a padecimientos crónicos degenerativos, propios de la modernidad y los nuevos estilos de vida.
- Adelantos de la tecnología médica que conducen a sistemas de diagnóstico y asistencia más complejos, así como a una ampliación del alcance de la atención médica.
- Mayores expectativas de los usuarios y de los profesionales de la salud en relación con los adelantos tecnológicos, lo que incide en un incremento de su demanda.
- Incremento del gasto privado en salud, derivado de altos honorarios y costos en el sector de la salud. En ello incide la incorporación de tecnologías de punta y el alto grado de especialización médica.
- Transferencia del financiamiento de la asistencia médica del pago directo por el usuario, a planes de seguro de enfermedad y pago por el Estado.

La conjugación de todos estos factores ha hecho que la demanda de servicios de salud sea cada vez mayor y por ende los costos de atención, en tanto que los recursos públicos destinados a tal fin resultan ser cada vez más insuficientes para encararla. Ello ha obligado a los gobiernos de todos los países a enfrentar la necesidad de priorizar la asignación de los recursos disponibles entre diversas opciones de gasto en salud. En términos económicos, tal proceso de asignación supone un costo de oportunidad, ya que cualquier toma de decisión implica siempre un sacrificio económico y social, puesto que una vez destinado un recurso para un fin, éste no podrá

ser utilizado nuevamente. Ante esta situación, los economistas han señalado que lograr una mayor eficiencia en la aplicación de los recursos existentes, debería ser entre otros, uno de los criterios básicos de priorización.

De esta manera, nadie necesita estar especializado en Economía para poder entender que los costos de la atención de la salud son elevados y aceleradamente crecientes. Por ello, los recursos públicos destinados a la salud de la población no derechohabiente de México resultan ser cada vez más insuficientes en comparación con las necesidades planteadas. En este contexto, el principio de “eficiencia económica” impone nuevos escenarios en los cuales se deben insertar los problemas sanitarios. Lograr un uso eficiente de los recursos públicos para la salud con los que se cuenta constituye cada vez más, una premisa de trabajo para todos los países del mundo, ricos o pobres. México no puede ser la excepción. En materia de salud, es urgente la incorporación de criterios de eficiencia económica.

Para ello, resulta indispensable contar con información económica oportuna, así como lograr un uso generalizado de herramientas que evalúen la relación entre los recursos invertidos y los resultados en salud. Los estudios de evaluación económica están encaminados a aportar esto elementos. La mayor utilización de los métodos de análisis que comprenden la evaluación económica en el área de la salud, son resultado justamente de la comprensión de que vivimos en un mundo de recursos escasos y de que el problema económico fundamental de la sociedad radica en asignar estos recursos escasos en una forma racional; ya que si bien la salud es una necesidad humana esencial, probablemente la más esencial de todas, ningún presupuesto público sería suficiente para hacerle frente en su totalidad.

En este contexto de eficiencia económica, el problema sustantivo es qué hacer para asegurar el acceso a este bien primario de la inmensa mayoría de la población mexicana que vive en las zonas más aisladas geográficamente, cuya marginación les hace imposible acceder a los servicios formales de salud. Este problema estructural de la salud pública en México se ve agravado con el fenómeno de exclusión y segregación social que significa la clasificación en población derechohabiente y población abierta que para efectos de prestación y acceso a los servicios de salud efectúa el Estado, dependiendo si se cuenta o no con un trabajo formal, o si se está inscrito o no en las instituciones de seguridad social.

# Capítulo III

**Condiciones de salud  
y respuesta social  
organizada**

**El modelo de atención  
a la salud en México**



**D**e acuerdo con Alleyne<sup>27</sup>, las condiciones de salud de la región de las Américas son un reflejo de los drásticos cambios demográficos y los nuevos perfiles epidemiológicos presentes en todo el mundo. Son asimismo, un reflejo de la eficacia de las políticas sanitarias y del desempeño de los sistemas de salud de los países de la región. Desempeño que como veremos aún presenta serios saldos, pero que fue positivamente influenciado por las metas establecidas a nivel mundial con el programa *Salud para todos en el año 2000*<sup>28</sup> y las acciones establecidas en la Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, celebrada en el 2010 y en la que se establecieron las metas a alcanzar en el 2015<sup>29</sup>.

Por respuesta social organizada se entiende la manera en que una nación hace frente a la problemática en salud de su población; es decir, su sistema sanitario. Dicha respuesta incluye el marco jurídico establecido para la prestación de los servicios; las políticas de organización del sistema de salud adoptadas; los recursos humanos utilizados para tal propósito, y el porcentaje del Producto Interno Bruto que se destina al gasto en salud y su orientación, así como el grado de participación de los sectores público y privado en el financiamiento de la misma.

---

<sup>27</sup> George A. O. Alleyne fue director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organización multinacional perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), encargada de promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas.

<sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud OPS) (2002). *La Salud en las Américas*. Vol. 2. Publicación Científica y Técnica No. 587. Washington, D.C., prefacio, p.7.

<sup>29</sup> En la Cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, celebrada en la sede de la ONU en Nueva York en septiembre de 2010, se analizaron los avances alcanzados en los objetivos y metas establecidos diez años antes en la Declaración del Milenio.

### **3.1 Condiciones de salud y respuesta social organizada en Las Américas**

La región de las Américas está integrada por 47 países latinoamericanos, para efectos de esta investigación únicamente se hará referencia a las condiciones de salud y la respuesta social organizada (sistemas sanitarios) de aquellos países cuya economía puede ser comparable con la de México, entre los cuales figuran Argentina, Brasil, Chile y Venezuela. Asimismo, se abordarán los sistemas de salud norteamericano y canadiense, debido a la gran integración de la economía mexicana con la de estos países en el contexto del Tratado de Libre Comercio (TLC), y a que ambos sistemas sanitarios, junto con el sistema de salud de Cuba, representan paradigmas diferentes en cuanto al financiamiento de la salud de su población. Se abordan también por su relativa eficiencia los sistemas de salud de Costa Rica y Uruguay, y por sus fuertes rezagos, los de Paraguay, Perú y Haití. Finalmente, debido a su cercanía con México, lo cual implica fuertes movimientos migratorios y consecuencias sanitarias adversas, se revisan también las condiciones y el sistema de salud presente en Guatemala.

#### **3.1.1 Condiciones de salud en Las Américas**

Para efectos de concreción y comparación de los resultados, el análisis de las condiciones de salud se concentrará en la revisión de las características específicas que mejor expresan las condiciones de salud de la población y los resultados de las políticas públicas adoptadas. Normalmente el análisis se basa en los aspectos demográficos de un país; así como, en dos indicadores básicos de salud: uno positivo, como es la esperanza de vida al nacer, y otro negativo, la mortalidad tanto general como infantil. Además, se estudian las principales causas de muerte en general, como indicador de la etapa de transición epidemiológica por la que atraviesa su población.

La esperanza de vida resume los años que potencialmente alcanza una población determinada, y es expresión directa de los logros de un país en materia de salud. Por su parte, la tasa de mortalidad general indica el número de muertes suscitadas en la población de todas las edades, por cada 1000 habitantes; en tanto que la mortalidad infantil expresa la cantidad de defunciones en menores de 1 año por cada mil nacidos vivos, hecho que varía en función de las condiciones de vida de la población. Este último indicador, dada su relevancia social y política, además de los cambios

significativos que ha observado en los últimos años, es altamente sensible para la sociedad; y es por lo tanto el más utilizado para explicar los éxitos o fracasos de la política sanitaria de un país (OPS, 2002).

En América Latina, la esperanza de vida al nacer subió cerca de un año entre 1995 y 2000, promediando los 70 años al final del período. No obstante, el análisis a detalle para el año 2002 revela grandes disparidades en la expectativa de vida de los países de la región, que van de un mínimo de 49.4 años para Haití a un máximo de 78 años para Costa Rica y 76.7 años para Cuba. Lo que significa una sobrevida de cerca de 29 años con respecto al primero, y de poco más de 27 años con respecto al segundo, siendo un indicador fidedigno de la eficacia de las políticas públicas de salud implementadas en dichos países. Por su parte, Canadá y Estados Unidos mantienen una esperanza de vida de 79.3 y 77 años, respectivamente. Hecho que por demás confirma la asociación existente entre la riqueza económica de un país y las expectativas de vida de una población, pero que revela también que un país, mediante políticas sanitarias efectivas y enfocadas a la salud de sus habitantes puede incrementar al nivel de primer mundo su esperanza de vida, sin tener que esperar a la llegada del crecimiento económico y de la riqueza. Cuba es el ejemplo típico a señalar<sup>30</sup>.

En lo que corresponde a mortalidad general, el promedio para los países seleccionados es de 7.6 muertes por cada mil habitantes, información que no revela fielmente las condiciones de salud de la región de las Américas, toda vez que los extremos van desde 12.6 fallecimientos en Haití, hasta 4 en Costa Rica. Es decir, una incidencia de muertes tres veces mayor para el primer país citado. Exceptuando ambos casos extremos, la mortalidad promedio en los países de la región es de 6.8 decesos por cada mil habitantes. Cabe señalar que no obstante su capacidad económica y el nivel de gasto en salud, Estados Unidos observó una tasa de mortalidad de 8.4, muy por arriba de Costa Rica con 4; Venezuela con 4.7; Paraguay con 5.1 y Chile con 5.7. Ello es indicativo de que no basta únicamente con mayores volúmenes de gasto en salud, sino que también es importante su aplicación eficiente y su orientación adecuada en los programas de salud pública, así como una regulación eficiente del sector privado que participa en la salud (OPS, 2002).

---

<sup>30</sup> Lógicamente, para incrementar la esperanza de vida de un país es necesario poner en marcha acciones determinantes, como son entre otras: la elevación del gasto público en salud y educación; adoptar la salud como prioridad nacional; establecer planes de salud de mediano y largo plazo, ajenos al ciclo político; reforzar la coordinación de acciones intersectoriales, y elevar la salud al rango constitucional de política de Estado.

Las disparidades en las condiciones de vida de los países de América Latina, así como la efectividad de sus políticas sanitarias, se reflejan de manera específica en el nivel de la tasa de mortalidad infantil, lo que la convierte en un importante indicador de salud. Así, para el año 2000 en los 47 países que integran la región de las Américas, el comportamiento de las muertes infantiles fue de 24.8 decesos por cada mil nacidos vivos. Para el año 2002, el promedio de muertes infantiles en los 14 países de la región seleccionados había bajado ya a poco más de 22 muertes, lo que denota avances significativos en la efectividad de las políticas de salud aplicadas. Sin embargo, los contrastes al interior de la región son profundos. Así, en tanto que Haití registraba una tasa de 79 decesos infantiles, en Canadá era de 5, y tanto en Cuba como en Estados era de 7 casos. Es decir, en Haití prevalece una mortalidad infantil casi 16 veces mayor con respecto al primer país, y de poco más de 11 veces para los segundos. Son contrastantes también por su magnitud, las cifras de muertes infantiles de Guatemala, Brasil, Perú y Paraguay con 36, 30, 30 y 26 casos respectivamente (OPS, 2002).

Una conclusión que se deriva de la concordancia en los resultados obtenidos en materia de disminución de las muertes infantiles entre Estados Unidos y Cuba, es que no obstante los contrastantes niveles de capacidad económica y de gasto en salud, un país pobre puede hacer mucho por la salud de sus futuras generaciones. Ello nos lleva a pensar también que una mayor privatización y presencia del mercado en el área de la salud no es el único camino para obtener mejores resultados. Una participación decidida del Estado y políticas públicas de salud efectivas y bien dirigidas garantizan buenos resultados a un menor costo para la sociedad.

En lo que corresponde a las principales causas de muerte en general, éstas son un fiel reflejo de la evolución socioeconómica de los países. En términos generales, podemos observar que en 11 de los 14 países analizados, los fallecimientos tienen como causa principal las enfermedades no transmisibles como son las afecciones del sistema circulatorio, la diabetes, las neoplasias malignas que incluyen todos los tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, y las causas externas como son accidentes, homicidios y suicidios. Epidemiológicamente, todas estas causas de muerte están asociadas a un proceso de transición conocido como modelo dilatado-polarizado, mismo que caracteriza a las sociedades modernas que aún no logran superar los rezagos sanitarios propios de la pobreza.



Esta última situación es más manifiesta en Haití, Guatemala y Perú, países en donde las principales causas de muerte obedecen a las conocidas como enfermedades transmisibles, entre las que figuran principalmente las infecciones respiratorias agudas, las infecciones diarreicas, el cólera, paludismo, tuberculosis, y algunos padecimientos prevenibles por vacunación. Es de notar que estos países enfrentan también los problemas sanitarios correspondientes a las enfermedades no transmisibles, lo cual complica social y económicamente la superación de la trampa de la pobreza que la carga de la enfermedad supone para ellos (ver Tabla 1).

### **3.1.2 Respuesta social organizada para la salud en Las Américas**

Desde el punto de vista jurídico y con diversos matices, el derecho a la salud es reconocido por todos los países de la región. Algunos lo hacen explícito en su Constitución, y otros establecen sus prioridades en los planes y programas de gobierno. En la mayoría de los países destaca el hecho de contar con un sistema de salud mixto, en el sentido de que una parte de su población es atendida mediante un sistema de seguridad social, y otra, la que no es derechohabiente, recibe los servicios de salud a través de instituciones públicas financiadas directamente mediante impuestos. Cuba es el único país de la región que cuenta con un sistema público de salud con acceso universal para toda su población, mismo que es financiado en su integralidad directamente por el Estado. En cuanto a políticas de organización, todos los países han estado enfrascados en procesos de reforma de sus sistemas de salud en los cuales la descentralización de los servicios y la participación de la comunidad han sido las estrategias más socorridas. Llama la atención el hecho de que en algunos de ellos ha existido la tendencia a una mayor participación de la iniciativa privada en la salud, ello sobre todo en Estados Unidos, Chile y Colombia; sólo en el caso de Brasil existen previsiones jurídicas que obligan a las tres instituciones de poder a incrementar el gasto en salud como porcentaje del PIB y del valor de los impuestos recaudados.

En lo que corresponde a la cantidad de médicos disponibles para atender la salud de la población destaca el caso de Cuba, donde este indicador de compromiso del Estado con el bienestar de sus habitantes es de 596 médicos por cada 100 mil habitantes; continúan en orden de importancia Uruguay con 387; Argentina con 304 y Estados Unidos con 279. El extremo más bajo

se encuentra en Haití con 25. Asimismo, Paraguay y Guatemala con 49 y 109 médicos respectivamente se significan por su bajo nivel.

Finalmente, la respuesta social organizada para la salud tiene una expresión concreta en el nivel del gasto en salud como proporción del PIB, sin que ello sea equivalente a una mayor eficiencia y mejores resultados del sistema, ya que detrás de este nivel puede estar encubierto un negativo proceso de encarecimiento de los servicios de salud. Concretamente esto pasa en Estados Unidos, donde prácticamente el 14% del PIB corresponde a gasto en salud, y dada la alta participación del mercado en dicho sector, es posible deducir que una mayor privatización de los servicios se corresponde con altos costos de atención. De esta manera, en tanto que en el 2001 el gasto per cápita en salud de dicho país fue de 4 mil 887 dólares americanos, durante el mismo año el gasto en Cuba fue de 229 dólares. Esto es, un gasto per cápita norteamericano mayor en más de 21 veces que el cubano, sin que ello se corresponda en mejores condiciones de salud, toda vez que la esperanza de vida de su población y la mortalidad general e infantil guardan comportamientos muy similares. Lo que hace concluir que más que el nivel del gasto, lo que realmente impacta en las condiciones de salud de una población es la eficiencia de las políticas sanitarias adoptadas por el Estado. Por su parte, el gasto per cápita en Haití era de únicamente 56 dólares, en Guatemala de 199 y en Perú de 231.

Otra conclusión que se desprende de lo anterior es que una mayor participación del mercado en la salud no es garantía de más eficiencia, toda vez que el sistema público cubano, caracterizado por la intervención exclusiva del Estado se significa en el plano internacional por sus excelentes resultados, hecho respaldado por las cifras antes analizadas. Por la magnitud de su gasto en salud destacan también Uruguay, Argentina y Canadá con el 11.9.5 y 8.6% del PIB, respectivamente. Vale la pena destacar también la magnitud del gasto público en salud para este último país, donde prácticamente el 80% del total corre a cargo del Estado. Luego entonces, aún en los países ricos y con economías capitalistas, el Estado es el principal responsable del financiamiento de la salud de su población. Los casos extremos por su bajo nivel de gasto en salud se encuentran en Haití, Guatemala y Perú, países donde este indicador era para el 2001 de 5.1, 4.8 y 4.7, respectivamente (ver Tabla 2).

## 3.2 Condiciones de salud y respuesta social organizada en México

México es un país con una realidad compleja, condicionada por diversos factores que van desde los étnicos y culturales hasta los económicos, políticos y sociales, mismos que condicionan especificidades propias de la salud de sus habitantes. Se trata de un país con una profunda vocación federalista que cuenta con una población de poco más de 112 millones de habitantes, la cual crece a una tasa promedio del 1.2% anual. Ello implica que en el año 2015 la población mexicana será de casi 120 millones de habitantes, de los cuales el 7%, aproximadamente, serán mayores de 65 años, y el 27% de mayores de 15 años (ver Tabla 3). Por otra parte, las enfermedades crónico-degenerativas, junto con las lesiones y los accidentes son y serán aún más en el futuro las principales causas de muerte entre los mexicanos. Por todo ello, puede afirmarse que México está viviendo un proceso de transición demográfica y epidemiológica que determina las condiciones de salud de su población.

Por otra parte, un estudio de la salud en México requiere como premisa, además del conocimiento de los determinantes y condicionantes del estado de salud de su población, del análisis de los mecanismos jurídicos e institucionales mediante los cuales funciona el sistema de salud y tiene lugar la participación del Estado en el proceso y su estructura, organización y funcionamiento. Es decir, de la respuesta social organizada para la salud.

### 3.2.1 Condiciones de salud en México

A partir de la instauración del Sistema Nacional de Salud en México, hace casi ya siete décadas<sup>31</sup>, las condiciones de salud de la población mexicana han observado mejorías sustanciales<sup>32</sup>. Prueba de ello es que la esperanza de vida al nacer (EVN) entre los mexicanos aumentó un 10.5 en el período que va de 1980 al 2010, al pasar de 64.9 años a 75.4 años<sup>33</sup>. Asimismo, entre 1990

---

<sup>31</sup> En 1943 se inicia la etapa moderna del cuidado de la salud en México con la fusión de dos antiguas instituciones: la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad, dando origen así a la actual Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). En ese año se crea también el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que entre otras prestaciones, atiende la salud de los trabajadores de la llamada economía formal, así como la de sus familiares.

<sup>32</sup> Según Julio Frenk, distinguido médico investigador mexicano, ex secretario de Salud de México, cuando hablamos de las condiciones de salud nos estamos refiriendo a los procesos de bienestar, enfermedad, invalidez y muerte que definen las necesidades de una población.

<sup>33</sup> La esperanza de vida al nacer (EVN) es el número de años que en promedio podría esperar vivir una persona a partir de su nacimiento si se mantuvieran constantes a lo largo de su vida las

y 2010 este importante indicador observó un aumento de 4.8 años, pasando de 70.6 años a 75.4 años. La EVN en 2010 fue más alta entre las mujeres (77.8) años que entre los hombres (73.1 años) (ver Tabla 4). Asimismo, para el año 2050 se estima una expectativa de vida promedio de 80 años entre la población mexicana (Secretaría de Salud, 2010). A ello ha contribuido indudablemente, la mejoría en las condiciones de vida de la población en general. Por ejemplo, un 85.2% del total de viviendas registradas en el 2000 ya contaba con agua entubada, un 75.4% con el servicio de drenaje, y un 95.4% con energía eléctrica.

Es un hecho evidente que una mayor esperanza de vida al nacer, asociada a una disminución de la tasa global de fecundidad así como a la caída de tasa de mortalidad general, fenómenos socioeconómicos presentes en México, se traduce en un aumento progresivo de la proporción de adultos (población entre 45 y 64 años) y adultos mayores (de 65 años y más) en la estructura poblacional del país.

De esta manera, en México, al igual que los demás países del mundo, se vive un proceso acelerado de transición demográfica caracterizada por la creciente presencia de una población adulta, hecho que irremediamente está teniendo y tendrá cada vez más, una influencia definitiva en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios, puesto que los problemas de salud de la población adulta, y sobre todo la de los adultos mayores, son de una mayor complejidad y por lo tanto más costosa su atención.

La transición demográfica en México se hace más evidente cuando contrastamos históricamente las cifras poblacionales. Así, entre 1930 y el año 2000, la población pasó de alrededor de 18 millones de habitantes a 100 millones. A este ritmo de crecimiento, se estima que la población llegará a 130 millones para el año 2040. Una característica distintiva de dicha transición es que la pirámide de población tiende a alejarse de su forma triangular de hace muchos años para adoptar un perfil rectangular abultado en la cúspide, característico de las poblaciones envejecidas. De esta manera, entre 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores en México pasará de 7 a 28% del total poblacional.

---

condiciones de mortalidad que prevalecían al momento de nacer. A nivel mundial es un indicador utilizado para valorar el nivel de desarrollo de las naciones y regiones del mundo. Para el 2010, la EVN a nivel mundial fue de 69 años en promedio (67 en hombres y 71 en mujeres). México ocupó en 2010 el séptimo lugar entre los países del continente americano con la más alta EVN.

El proceso de transición demográfica en México representa retos y oportunidades para el crecimiento económico y el desarrollo. De esta manera, el proceso representa una ventana de oportunidades traducidas en el hecho de contar con un aumento temporal de la población en edad laboral, una reducción de la población menor de 15 años y un peso aún relativo de la población adulta, característica poblacional conocida como *bono demográfico*, el cual tendrá su máxima expresión durante el período 2005-2030, en el cual el índice de dependencia total será de 60 habitantes por cada cien en edad laboral<sup>34</sup>. A partir de la tercera década de este siglo, México dejará de contar con la ventaja del bono demográfico, debido al pronunciado incremento de la población adulta mayor. Corresponde al Estado nacional enfrentar el reto de diseñar políticas públicas adecuadas para el aprovechamiento de esta ventana de oportunidades para el desarrollo sostenido del país.

Por otra parte, está presente también en México una transición epidemiológica; es decir, las principales causas por las cuales la población enferma o muere han evolucionado con el tiempo<sup>35</sup>. Una especificación más detallada conduce a identificar cuatro cambios fundamentales inherentes a la transición epidemiológica: a) el paso del predominio de infecciones comunes y desnutrición como las causas de muerte más importantes a una preponderancia de enfermedades no transmisibles, accidentes y nuevas infecciones; b) un cambio en la importancia de la mortalidad infantil a la mortalidad entre adultos, en especial entre los ancianos; c) un predominio relativo de la morbilidad sobre la mortalidad en la definición del panorama general de salud de la población, y d) un cambio en el significado social de la enfermedad, la cual deja de ser un acontecimiento puntual que se resuelve con la curación o la muerte del paciente, y se convierte más bien en una condición crónica y con frecuencia estigmatizada (Frenk, 1995).

Este proceso, que según Frenk no es lineal, tiene características y especificidades propias en los países pobres y de ingreso medio como México, razón por la cual lo califica como “modelo polarizado prolongado”.

---

<sup>34</sup> Importante indicador de productividad, calculado mediante la suma de la población menor de 15 años y la de 60 años o más, dividida entre la población de 15 a 59 años.

<sup>35</sup> Más específicamente, Julio Frenk, ex secretario de Salud de México, dice que cuando se habla de transición epidemiológica, es referirse a los cambios de largo plazo en las condiciones de salud de una sociedad. Este término fue establecido por Omran en 1971 para describir el reemplazo gradual de las enfermedades infecciosas y la hambruna por enfermedades crónico degenerativas como las principales causas de muerte.

Se distingue fundamentalmente porque los padecimientos conocidos como infecciosos o transmisibles, y los relacionados con la reproducción, gradualmente han sido desplazados como causas principales de muerte entre los mexicanos, dando paso a las denominadas enfermedades crónico degenerativas o no transmisibles, así como a las lesiones, los accidentes, los suicidios y los trastornos psicosociales. Además de ello, se presenta el resurgimiento de algunas enfermedades que ya habían sido controladas con anterioridad, la polarización epidemiológica, en cuanto a que los pobres y la población rural siguen padeciendo desnutrición e infecciones comunes y la creciente presencia de la obesidad como problema emergente de salud pública, mientras que los habitantes urbanos presentan un nivel creciente de enfermedades no transmisibles y accidentes.

En materia de daños a la salud de los mexicanos, la tasa de mortalidad general (TMG) en el 2010 fue de 5.1 defunciones por cada mil habitantes; por sexo, la tasa es significativamente más alta en el segmento masculino que en el femenino (5.8 muertes contra 4.5). De esta manera, el riesgo de muerte entre los hombres es 1.3 más alta que entre las mujeres, lo que se explica fundamentalmente por la adopción de mayores riesgos en el estilo de vida masculino (ver Tabla 5).

Es en el segmento de edad productiva, donde la TMG es más significativa. De esta manera, en el segmento poblacional de 15 a 64 años, la TMG es de 2.9 defunciones, con el mismo comportamiento por sexo citado con anterioridad. A nivel regional, es Chihuahua el estado donde se registra la más alta TMG, con 4.8 muertes por cada 1000 habitantes, en tanto que Quintana Roo reporta el menor índice de mortalidad en edad productiva con 1.7 defunciones. Es evidente que entre la población adulta y adulta mayor la TMG tenga que ser más alta. Así, entre la población de 65 años o más, se reportaron 48.5 muertes por cada 1000 habitantes, contrastándose también las diferencias por sexo (53.2 muertes en hombres, contra 44.7 en mujeres) (ver Tabla 6).

En lo que respecta a mortalidad infantil, la probabilidad de defunción en menores de un año fue en 2010 de 14.1 muertes por cada mil nacidos vivos estimados (NVE). Este importante indicador de bienestar, al igual que la esperanza de vida, está asociado al grado de pobreza, la desigualdad y marginación prevalecientes en las regiones del país. De esta manera, es en los estados más pobres como son Guerrero, Chiapas y Oaxaca donde

adquiere mayor relevancia. En contraste, en Nuevo León y el Distrito Federal, las regiones más desarrolladas del país, la incidencia de la mortalidad infantil es más baja. Entre las principales causas de muerte infantil destacan la asfixia y el trauma al momento de nacer, afecciones que provocaron 3.6 muertes por cada NVE, siendo los estados de Tabasco, Durango y Tlaxcala los que observaron la mayor incidencia, en tanto que es en Sinaloa y Nayarit donde la mortalidad infantil observa la menor incidencia (ver Tabla 7).

En 2010, las defunciones en menores de cinco años de edad observaron una tasa de 16.8 muertes por cada mil menores en ese grupo de edad, siendo las entidades más pobres del país como Chiapas, Guerrero y Oaxaca donde su incidencia es mayor, caso contrario a Nuevo León y el Distrito Federal que observaron la menor incidencia nacional. Por otra parte, las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades infecciosas, principalmente las afecciones respiratorias agudas, la enfermedades diarreicas y la desnutrición (ver Tabla 8).

La razón de mortalidad materna (RMM), al igual que la tasa de muerte neonatal y la esperanza de vida, constituye un importante indicador de rezago y desigualdad social. En México, durante el 2010 ésta ascendió a 51.5 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos. De esta manera, son las entidades más pobres del país como Oaxaca y Guerrero donde su incidencia resulta ser mayor, con 88.7 y 85.5 muertes respectivamente; en contraste, Nuevo León registró una RMM de únicamente 18.6 defunciones. Si analizamos, existe una diferencia de casi cinco veces entre las cifras de RMM entre las entidades antes comentadas. Entre las principales causas de fallecimiento en mujeres se destacan el cáncer de mama y el cáncer cérvicouterino, con tasas de mortalidad para el 2010 de 16.9 y 13.5 muertes por cada cien mil mujeres de 25 años o más respectivamente. Sonora fue la entidad más afectada por el cáncer de mama con una tasa de 24.1 fallecimientos, en tanto que Oaxaca lo fue en materia de cáncer cérvicouterino con 22 defunciones. En hombres se destaca el cáncer de próstata, padecimiento que provocó la muerte de 20.1 varones por cada cien mil mayores de 25 años. En este caso, Nayarit observó la mayor incidencia con una tasa de 29.9 muertes, en tanto que la más baja se registró en Quintana Roo con 7 defunciones (ver Tabla 9).

En 2010, las enfermedades isquémicas del corazón significaron la segunda causa de muerte en México con una tasa de 60.5 fallecimientos por cada

cien mil habitantes, impactando en mayor medida al sexo masculino; el cual registró una incidencia de 68.9 muertes masculinas, contra 52.3 decesos femeninos por cada cien mil. Por segmento de edad es evidente que el problema afecta en mayor medida a la población adulta. Por región, es el estado de Durango donde se registró la mayor incidencia de este problema de salud, con una tasa de 96.9 defunciones. En contraste, Quintana Roo registró la menor incidencia nacional con 16.7 muertes por cada cien mil habitantes, lo que significa que en Durango la tasa de mortalidad por este problema de salud pública es casi seis veces mayor que en Quintana Roo (ver Tabla 10).

Otro padecimiento de gran impacto en la mortalidad general observada en nuestro país, principalmente en los adultos mayores, corresponde a la enfermedad cerebro vascular; la que en el 2010 observó una tasa de mortalidad de 27.2 defunciones por cada cien mil habitantes, impactando principalmente al sexo femenino con una tasa de 28.1 defunciones contra 26.1 muertes en hombres. Es en el estado de Oaxaca donde se observó la mayor incidencia con una tasa de 41.3 fallecimientos, lo que contrasta con Quintana Roo, donde se registró la menor tasa nacional con 10.1 muertes por cada cien mil habitantes, esta cantidad representó una incidencia casi tres veces mayor (ver Tabla 11).

En lo que corresponde al cáncer pulmonar, en el 2010 este padecimiento observó una tasa de 6.3 muertes por cada cien mil habitantes con mayor incidencia en los hombres. Por su parte, la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado representó una tasa de 20.1 defunciones por cada cien mil habitantes. La tasa de mortalidad observada por esta causa fue tres veces mayor en hombres que en mujeres, siendo los estados de Puebla, Oaxaca y Yucatán donde su incidencia fue mayor registrándose tasas de 34.8, 33.6 y 32.9 muertes por cada cien mil habitantes, respectivamente. El estado de Sonora fue el menos afectado por este padecimiento con una tasa de 10.7 defunciones (ver Tabla 12).

La mortalidad por homicidios en México va en constante aumento; de esta manera, en el 2010 la tasa ascendió a 17.2 defunciones por cada cien mil habitantes, como es de pensarse, la prevalencia de muertes violentas es significativamente más alta en hombres que en mujeres. Así, en tanto la tasa masculina fue de 21.7 muertes, la de mujeres fue de únicamente 3.2 fallecimientos; lo que significa que el riesgo de muerte en varones es casi diez veces más alta que en mujeres. Evidentemente, la mayor incidencia



de muertes por homicidio está vinculada a la inseguridad y violencia que priva en muchas regiones de nuestro país. Concretamente son los estados más violentos como Chihuahua, Sinaloa y Durango donde se manifiesta con mayor intensidad este problema, habiéndose registrado tasas de mortalidad de 126.8 muertes, 62.1 y 45.4, respectivamente. Los casos contrarios, donde la incidencia de muertes violentas es menor, corresponden a los estados de Chiapas, Yucatán y Tlaxcala, con tasas de 0.4, 1.9 y 3.6 defunciones respectivamente (ver Tabla 13).

Por su parte, los suicidios observaron una tasa de mortalidad de 4.2 muertes por cada 100 mil habitantes, siendo los hombres el segmento de mayor riesgo con una tasa de 7.0 defunciones, en tanto que la incidencia del suicidio en mujeres es significativamente menor, con una tasa de 1.5 defunciones. Curiosamente, es en la región del sur-sureste del país donde el problema se manifiesta más. Así, las tasas de suicidios más altas en 2010 se ubicaron en Yucatán, Quintana Roo y Tabasco, con 9.8, 9.2 y 8.3 defunciones por cada 100 mil habitantes (ver Tabla 13).

En lo que respecta a mortalidad por accidentes de tránsito con vehículo motor, la tasa ascendió en el 2010 a 13.0 muertes por cada 100 mil habitantes, siendo el segmento de la población joven entre 15 y 29 años de edad la más afectada, con una probabilidad de muerte de 16.3 defunciones por 100 mil habitantes de ese grupo de edad, siendo significativamente mayor en los varones. Nayarit, Zacatecas y Tabasco observaron la más alta prevalencia nacional, en tanto que en Chiapas la incidencia fue menor (ver Tabla 14).

En México, las enfermedades crónico degenerativas asociadas a los estilos modernos de vida van en franco ascenso. Así, durante 2010 la diabetes mellitus representó la principal causa de muerte con una tasa de mortalidad de 76.3 defunciones por cada 100 mil habitantes, significándose como el problema de salud con mayor incidencia en mujeres con una tasa de 78.3 muertes; en tanto que en los hombres la incidencia fue de 74.3 muertes. La tasa más alta fue registrada en el Distrito Federal con 107.8 defunciones; por su lado, Quintana Roo observó la menor incidencia nacional con 31.3 muertes por cada 100 mil habitantes (ver Tabla 15).

Entre los nuevos padecimientos sanitarios causantes de muerte en nuestro país se encuentra el VIH/SIDA, problema epidemiológico que provocó la muerte de 8.6 habitantes por cada 100 mil en el segmento de edad de 25 a 44 años,

con incidencia principalmente en la población masculina y una tasa de 14.7 defunciones, siendo los estados de Tabasco y Veracruz los más afectados por esta causa de muerte. En la primera entidad, la tasa ascendió a 22.9 muertes, en tanto que en la segunda observó una tasa de 20.7 defunciones por cada 100 mil habitantes respectivamente. El caso contrario es Quintana Roo, donde se observó la menor tasa nacional con 2.9 defunciones (ver Tabla 15).

Como puede apreciarse, el problema de la salud en México es complejo a pesar de los signos positivos registrados en los indicadores y de los adelantos tecnológicos en la materia. El rezago es evidente y manifiesta la profunda inequidad del sistema de salud; así como la ausencia de una concepción integral humanista del problema. Esto se hace evidente también en las diferencias existentes en los niveles de salud de las distintas regiones del país.

### 3.2.2 Respuesta social organizada para la salud en México

La connotación social que tiene la salud de la gente, además de las fallas del mercado en la provisión de este tipo de servicios, han determinado que en todos los países del mundo la salud de su población sea considerada como un bien público preferente, en el sentido de que todos sus habitantes, independientemente de aspectos políticos, religiosos, culturales y de nivel socioeconómico, tengan derecho a la atención de su salud<sup>36</sup>. Esta característica ha condicionado el tipo de modelo adoptado de atención a la salud, el cual se diferencia por el grado de intervención del Estado, tanto en la regulación del mercado como en la prestación directa de los servicios. Sin embargo, en todos ellos está presente la responsabilidad del Estado por establecer los mecanismos para asegurar que toda la población tenga acceso a los servicios básicos de salud; propósito que en la praxis es sumamente difícil de cumplir, sobre todo ante las circunstancias actuales de disminución del gasto público social<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Al respecto, Joseph Stiglitz dice que además de las fallas del mercado en la asignación eficiente de los recursos, la intervención del Estado en la economía se justifica por su función de redistribución de la renta mediante programas sociales de transferencia traducidos en bienes públicos conocidos como bienes preferentes, entre los cuales sobresale la salud. Para mayor referencia véase STIGLITZ, J. (1997). *La Economía del Sector Público*. Barcelona: Editorial Antoni Bosch, p. 85.

<sup>37</sup> En su informe final, la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS establece que la salud es un objetivo prioritario por derecho propio, así como un elemento fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza. Véase OMS. (2001). *Macroeconomía y Salud: Invertir en salud en pro del Desarrollo Económico*. Ginebra, Suiza.

Desde los años 80, México está inmerso en una serie de transformaciones económicas, políticas y sociales características de los países en desarrollo. Ello ha influido de manera determinante en las condiciones de salud de la población, así como en la respuesta social organizada que ofrece el Estado mexicano a través de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud. Un signo claro de los cambios manifestados durante los últimos años son los procesos de transición demográfica y epidemiológica, la creciente urbanización, la mayor escolaridad de la población, así como una mayor politización y participación social de la gente. Sin embargo, los signos de pobreza y rezago social de buena parte de la población mexicana siguen presentes, y en materia de atención a la salud continúan siendo evidentes las desigualdades y las inequidades, realidades que no tienen justificación alguna.

De esta manera, en México existen personas cuya capacidad socioeconómica les permite acceder para la atención de su salud a los más prestigiados centros médicos privados nacionales y extranjeros, y muchos que tienen garantizada permanentemente la Seguridad Social y la atención médica tanto para ellos como para sus familiares más cercanos. Sin embargo, grandes segmentos de la población, sobre todo la más pobre, no tiene aún acceso formal a los servicios médicos básicos proporcionados por el Estado<sup>38</sup>.

Asimismo, por sus implicaciones éticas y sociales, la salud es considerada de manera normativa por el Estado mexicano como un bien meritorio, en el sentido de que todos los ciudadanos tienen derecho a ella. Este hecho se pone de relevancia con el reconocimiento establecido en el Artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: *“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”* (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2005, p. 4).

Sin embargo, en la praxis el problema estriba en cómo hacer realidad este ideal de acceso universal a los servicios de salud en condiciones de equidad,

---

<sup>38</sup> El sistema de salud mexicano segrega a los grupos sociales en asegurados (derechohabiente) y no asegurados (no derechohabientes o población abierta), constituyendo lo que se conoce como una organización sanitaria de integración vertical pero de segregación horizontal, dando paso a la duplicidad de funciones y desperdicio de recursos entre las instituciones públicas prestadoras de los servicios de salud. Véase al respecto FUNSALUD (1994). *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México.

sobre todo ante las circunstancias actuales de crisis económica, desempleo, caída de los ingresos públicos y por lo tanto, disminución del gasto público social.

La atención de la salud en México se sustenta en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, el cual para efectos de prestación de los servicios segmenta a la sociedad mexicana en población derechohabiente y no derechohabiente. La primera, recibe los beneficios de la seguridad social, en tanto que la segunda es acreedora a la asistencia pública brindada por el Estado a través de la Secretaría de Salud; la cual, bajo un enfoque de operación federalizado, es responsable de atender a la población nacional que no cuenta con los beneficios de la seguridad social y es conocida también como población abierta, la cual representa alrededor del 50% del total nacional, y que es por cierto la más pobre y marginada.

En ese sentido, la Secretaría de Salud es la institución rectora del Sistema Nacional de Salud. El nivel central tiene a su cargo la revisión y elaboración de las normas oficiales en salud y demás instrumentos de regulación del sector; convoca a los grupos interinstitucionales; concentra las estadísticas nacionales y representa al sector en el ámbito internacional. Las secretarías de salud estatales y las direcciones locales de salud tienen responsabilidades compartidas en la organización, operación y vigilancia de los servicios de salud pública y privada; el control sanitario del medio ambiente; la producción de los servicios y la ejecución de las actividades de promoción y fomento de la salud. El Consejo Nacional de Salud sirve como instancia entre la federación y los estados para la coordinación técnica y logística de los programas de salud (OPS, 2002).

La seguridad social en México es responsable de la salud de casi el 50% de los poco más de 112 millones de mexicanos. Entre ellos se encuentran los trabajadores de la economía formal, quienes reciben los servicios médicos a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); los empleados públicos federales a través del Instituto para la Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Además, algunos estados del país cuentan con sus propios institutos de Seguridad Social para atender a sus trabajadores, y las fuerzas armadas nacionales y la marina también cuentan con instalaciones médicas al servicio de sus miembros. Es pertinente mencionar que una parte significativa de esta

población derechohabiente acude también para su atención a la medicina privada y a las instalaciones de la Secretaría de Salud, ello sucede sobre todo en las áreas urbanas.

La Secretaría de Salud federal y sus contrapartes estatales se financian con el presupuesto de la federación proveniente del sistema impositivo nacional, de las aportaciones propias que hacen los gobiernos estatales y de los ingresos directos captados por la prestación de servicios, conocidos también como cuotas de recuperación. La seguridad social tiene diversas fuentes de financiamiento, la cual puede ser tripartita como es el caso del IMSS, en donde hay aportaciones de la federación, de los patrones y de los trabajadores; bipartita como en el ISSSTE, PEMEX y los sistemas de seguridad estatales, o con aportación exclusiva de la federación, como lo es en el resto de las instituciones.

Si bien estas instituciones públicas prestadoras de servicios de salud han alcanzado cierto grado de eficiencia en su ámbito de acción, su coordinación como sector aún resulta insuficiente, lo que en el plano operativo provoca frecuentes duplicidades y traslapes que repercuten directamente en la eficiencia técnica y económica de los servicios; ello a pesar de los esfuerzos de descentralización y coordinación operativa realizados; sencillamente, no existe una visión integral del problema.

### **3.2.3 El modelo de atención a la salud para la población sin seguridad social. Transición, insuficiencias y perspectivas**

La operación de los servicios de salud destinados a la población no derechohabiente en México se sustenta en un modelo organizacional en el cual los servicios son estructurados y ofrecidos en tres niveles de atención<sup>39</sup>. El primer nivel consiste en acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria; actividades que son realizadas en el ámbito comunitario y en los centros de salud por médicos generales, familiares y personal de enfermería, apoyados por promotores comunitarios de salud. En el segundo nivel se ofrecen las especialidades médicas básicas tanto en hospitales generales como de especialidad. En ellos se brinda

<sup>39</sup> En el ámbito local, el modelo de servicios de salud para la población no derechohabiente es operado a través de las denominadas jurisdicciones sanitarias, que son unidades técnico-administrativas desconcentradas dependientes de las secretarías estatales de salud, de las cuales existen a la fecha 224 en todo el país.

atención ambulatoria y de hospitalización, y generalmente se dispone de servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio.

Es en el tercer nivel donde se proporciona la atención especializada de mayor complejidad y se realiza investigación clínica y básica, ésta está a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y otros profesionales. Se brinda en hospitales de referencia a nivel nacional, regional y estatal para algunas especialidades y se reciben los pacientes referidos por el segundo nivel de atención, aunque también pueden ingresar por los servicios de emergencia propios. La Secretaría de Salud tiene institutos nacionales de salud especializados en Cardiología, Pediatría, Perinatología, Nutrición, Psiquiatría, Cancerología, enfermedades respiratorias, Neurología, Neurocirugía y salud pública.

El modelo de salud también implica un sistema de referencia y contra referencia de usuarios, cuya adecuada aplicación exige una estrecha coordinación institucional entre las unidades médicas del sector, así como el compromiso y voluntad de trabajo del personal de salud, situaciones que no siempre se dan. Asimismo, en algunas regiones de difícil acceso es imposible contar con un médico, mientras que en algunas zonas urbanas existe una alta concentración de personal de la salud. Éstas y otras limitaciones del sistema de atención para la salud pusieron sobre la mesa la necesidad de profundas transformaciones estructurales en el mismo, sobre todo ante los cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales y políticos que a partir de los años 80 empezaron a vivirse en México. Como respuesta, a mediados de los 90 se llevaron a cabo diversas reformas al sistema con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios, fortalecer operativa y financieramente al ámbito local y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos. Los cambios más trascendentales tuvieron que ver con la transferencia integral de los servicios de salud para la población no derechohabiente a los gobiernos estatales, la ampliación de la cobertura mediante la aplicación de un paquete básico de servicios de salud y el fomento de la participación social y de las autoridades municipales.

De esta manera, entre 1996 y 2000 la Secretaría de Salud a nivel federal completó la descentralización integral de los recursos humanos, materiales y financieros hacia los gobiernos locales, con lo que el presupuesto para salud de éstos se vio incrementado sustancialmente. Entonces la instancia

central se concentró más en la regulación que en la operación del sector; y para impulsar la mejoría en la calidad de los servicios se crearon la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las comisiones estatales de Arbitraje Médico como organismos con suficiente autonomía técnica para mediar en casos de quejas de la población por irregularidades en la prestación de servicios. También se impulsó un programa de estímulo al desempeño de los trabajadores de la salud, así como la certificación de hospitales y la de médicos especialistas y generales. En cuanto al fomento de la participación social en salud, las estrategias aplicadas fueron el impulso a los comités locales de salud como instancias creadas en la comunidad para apoyar la gestión y operación de los centros de salud; así como la puesta en marcha del programa Municipios por la Salud.

Las reformas instrumentadas a mediados de los noventa fueron de gran significación y tuvieron un impacto directo en la ampliación de la cobertura y de la participación social, además de que fortalecieron la capacidad de gestión local y mejoraron sustancialmente la calidad de los servicios brindados. No obstante, la dinámica de las transiciones epidemiológica, demográfica y socioeconómica provoca nuevos cambios estructurales en las condiciones de salud de los mexicanos. Esto viene a ejercer fuertes presiones sobre la demanda de servicios de salud, la cual cada vez se torna más compleja y costosa siguiendo presentes además, los retos en cuanto a condiciones de acceso a los servicios, en la calidad de los mismos y en el desequilibrio e inequidad en el financiamiento de los mismos. Todo lo cual conduce en la actualidad a un ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud para todos los mexicanos.

El desequilibrio financiero existente se origina en la insuficiencia de los recursos públicos destinados a la salud, así como en la inequidad de su asignación, lo que hace que más del 50% del gasto en salud de las familias sin Seguridad Social provenga directamente de su propio bolsillo, situación que ante eventos graves de enfermedad puede significarles un riesgo financiero catastrófico y empobrecimiento. La inequidad en la asignación de recursos es más evidente si tomamos en cuenta que el gasto per cápita en salud para la población derechohabiente, la que vive en áreas urbanas y cuenta con un trabajo formal, es 1.8 veces mayor que la destinada a la población no asegurada. Además, los recursos transferidos por la federación a los estados no guardan relación alguna con las necesidades de salud de su población.

A partir del año 2000, dadas las insuficiencias acumuladas durante 60 años de funcionamiento del sistema de salud en México, período durante el cual se introdujeron al mismo diversas innovaciones que en su momento respondieron a las necesidades que estaban presentes, nuevamente se manifiestan las insuficiencias y las contradicciones. Planteándose entonces de manera institucional como objetivos básicos la democratización de la salud y el establecimiento de las bases para un sistema universal de salud, sustentados en el fortalecimiento de la equidad en la provisión de servicios, en la eficiencia y eficacia de las intervenciones, en la calidad de los servicios brindados y en la ampliación de la cobertura y la protección financiera de las familias más vulnerables.

Entre los propósitos centrales planteados en el nuevo modelo están la eliminación de la segmentación de la población por condición de derechohabencia; que sea la demanda la que defina la oferta de servicios; el establecimiento de un sistema de interconexión de servicios de salud en red; así como la capacidad de las unidades médicas de facturar por los servicios de salud prestados, sobre todo a los usuarios que no correspondan a la zona geográfica en donde se prestó la atención. En la práctica, estos propósitos se concretaron en la puesta en marcha a partir del año 2001 del programa del Seguro Popular de Salud, y posteriormente en el 2004 del Sistema de Protección Social en Salud.



# Capítulo IV

**El financiamiento de la  
salud en México**

**Políticas públicas  
aplicadas**



**B**ajo una perspectiva social que considera al ser humano como propósito y fin de las políticas públicas implementadas en el contexto de un Estado liberal, democrático y moderno, hablar de finanzas públicas es referirnos al presupuesto público y a las posibilidades de acceso de la población a los denominados bienes públicos; definidos éstos como aquellos satisfactores que son provistos por el Estado a la sociedad en su conjunto a través de políticas públicas diversas. Sin embargo, conforme avanzan los fenómenos de modernización y culturización occidental asociados al proceso de globalización comercial e integración económica, los medios y los fines del Estado también tienden a cambiar.

De esta manera, satisfactores sociales básicos como la salud y la educación que antaño eran considerados como una responsabilidad exclusiva del Estado, hoy día están abiertos a la participación de la iniciativa privada, cuyo propósito central como es lógico, es la rentabilidad económica de la inversión realizada. Ello si bien resulta en beneficio de la sociedad en su conjunto, ya que satisface necesidades que no son provistas por el Estado dada su baja rentabilidad social, no garantiza la satisfacción de todas las necesidades presentes, puesto que establece diversos elementos de exclusión a su acceso. Por lo que no debemos perder de vista que la responsabilidad de satisfacer las necesidades sociales, de cumplir con las demandas de justicia social e impulsar el crecimiento económico y el desarrollo humano, es una obligación que constitucionalmente le corresponde al Estado; que para ello dispone de manera exclusiva de un importante instrumento de política económica y de redistribución de la riqueza como lo es el presupuesto público<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Para un análisis más profundo acerca del presupuesto público y su importancia en la economía, consúltese a Albi, E. (1999). *Teoría de la Hacienda Pública*. Barcelona: Editorial Ariel Economía, 2da. ed.

## 4.1 Gasto en salud de México y las políticas públicas aplicadas

Se entiende como financiamiento de la salud, aquella proporción del gasto público y privado destinado al funcionamiento de los servicios sanitarios, el cual es ejercido en programas destinados a prevenir, mantener y mejorar la salud de los individuos. La Comisión Internacional de Macroeconomía y Salud<sup>41</sup> estableció entre sus conclusiones que las erogaciones efectuadas para atender la salud de la población se constituyen en verdaderos conceptos de inversión en capital humano; y que al igual que el capital físico, tienen un alto efecto multiplicador de la inversión, estimándose que por cada peso invertido en salud el crecimiento de la economía podría multiplicarse por seis<sup>42</sup>. Es evidente, ya que la presencia de una población saludable y con mejores capacidades se traduce en mayores niveles de productividad individual y de bienestar colectivo, elementos indispensables para alcanzar un mayor desarrollo social y económico. La correlación existente entre gasto en salud, crecimiento económico y desarrollo humano es evidente. Los países desarrollados y algunas otras naciones emergentes y en vías de desarrollo tienen clara dicha relación, de manera tal que su gasto público y privado en salud como proporción del PIB es relativamente alto (OMS, 2005).

En el contexto de la importancia estratégica de la salud para el crecimiento económico y el desarrollo humano, y ante los complejos retos que enfrenta México en materia epidemiológica y demográfica, la lógica indicaría una inmediata intervención del Estado mediante políticas públicas efectivas. Si bien en estos últimos años se ha avanzado de manera significativa en el incremento del gasto público en salud gracias a la incorporación del Seguro Popular de Salud y más recientemente del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Aún queda mucho por hacer para lograr el propósito central de alcanzar una cobertura universal de salud efectiva.

---

<sup>41</sup> Establecida por la Organización Mundial de la Salud en el 2001, con el propósito de investigar acerca de las implicaciones entre el nivel de salud de la población de los países y la pobreza imperante en los mismos, y cuya conclusión básica es la necesidad de elevar el nivel de inversión en salud como condición básica para el crecimiento sostenible.

<sup>42</sup> La inversión en salud incluye el gasto efectuado en todas las actividades que tienen como objeto esencial el restablecimiento, mantenimiento mejoramiento y protección de la salud en un país o región durante un período determinado.

#### 4.1.1 El gasto de salud en México. Una perspectiva comparada a nivel mundial

En México, de acuerdo a las conclusiones de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud<sup>43</sup>, el gasto en salud como porcentaje del PIB ha sido bajo en comparación con el efectuado por otros países de América Latina. Dicho gasto fluctuó por muchos años en un promedio del 5.7 del PIB, inferior al promedio latinoamericano del 6.3<sup>44</sup>. No es sino hasta el 2005 con la puesta en marcha del SPSS que el gasto total en salud se incrementa y tiende a rondar el 6% del valor del PIB. Aún con ello, este esfuerzo resulta inferior al realizado por otros países latinoamericanos con similares niveles de ingreso. Por ejemplo, en ese año Uruguay, Argentina, Paraguay, Brasil, Costa Rica y Chile registraron una inversión total en salud del 11.0, 9.5, 8.0, 7.8, 7.5 y 7.2% respectivamente.

En lo que respecta a la tendencia del gasto en salud de los países ricos que integran la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de la cual México forma parte, su promedio de inversión en salud como porcentaje del PIB en dicho año fue del 7.8%, sobresaliendo Estados Unidos con el 14.6 y Canadá con el 9.9 (Lusting, 2005). La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en materia de inversión, es que México debería canalizar a la salud de manera sostenida, cuando menos un punto porcentual por arriba de su nivel de gasto actual; es decir, una cifra ligeramente superior al 7.0% del PIB (OMS, 2005).

Actualmente, es reconocida la correlación existente entre gasto en salud y desarrollo humano. Así, el Informe sobre Desarrollo Humano 2010 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) consigna que Noruega, el país con el más alto Índice de Desarrollo Humano (IDH), destinó durante el período 2000-2007 el 7.5% de su PIB al gasto público en salud; Suecia el 6.7; Nueva Zelandia el 6.2 y Canadá y Estados Unidos el 7.1%. En contraste, México, que se encuentra entre los países clasificados con desarrollo humano alto, para el período de referencia únicamente orientó el 2.7% de su PIB al gasto público en salud, cifra sustancialmente baja si se compara con Costa Rica, Argentina, Chile, Brasil y Colombia, cuyo gasto

<sup>43</sup> Esta comisión fue creada el 29 de julio del 2002 por la Secretaría de Salud con el propósito específico de estudiar y evaluar la contribución de la salud al desarrollo económico de México.

<sup>44</sup> Estos niveles de inversión en salud como porcentaje del PIB incluyen tres fuentes de financiamiento: público, privado y aportaciones a la Seguridad Social.

público en salud como proporción del PIB fue del 5.9, 5.1, 3.7, 3.5, y 5.1% respectivamente (PNUD, 2010).

De esta manera, a pesar de que México constituye la treceava economía mundial, mantiene un pobre desempeño en materia de gasto público en salud, el cual está muy por debajo de economías latinoamericanas de similar tamaño económico como la brasileña; e incluso de menor tamaño como lo son las economías costarricense, argentina, chilena y colombiana, inclusive siendo comparable en este rubro con algunas economías centroamericanas como Belice, Ecuador y Perú, cuyo gasto público en salud representa el 2.6, 2.3 y 2.5 del PIB respectivamente; inclusive Honduras y el Salvador gastan en este rubro el 4.1 y 3.6% de su PIB respectivamente; por otra parte, en lo que corresponde a gasto en salud per cápita la situación es la misma.

México gastó en el 2007 un promedio de 819 dólares por persona, Noruega, Australia, Estados Unidos y Canadá gastaron 4 mil 763, 3 mil 357, 7 mil 285 y 3 mil 900 dólares respectivamente. El comportamiento es similar al hacer la comparación con otros países latinoamericanos con ingreso medio como Bahamas, Argentina, y Costa Rica; cuyo gasto per cápita fue de mil 987, mil 322 y 899 dólares (PNUD, 2010).

En México, los recursos que se invierten en la salud de la población tienen tres orígenes: a) fondos públicos, mismos que tienen un origen fiscal y son canalizados a través de los presupuestos para la salud en los tres ámbitos de gobierno: federal, estatal y municipal y normalmente son orientados a la atención de las necesidades de salud de la población carente de seguridad social, b) contribuciones a la Seguridad Social efectuadas por los gobiernos federal y estatal, las empresas y los propios trabajadores: recursos que se canalizan a la atención de las necesidades de salud de la población derechohabiente, y c) el gasto privado, siendo éstos los servicios e insumos de la salud que son ofrecidos por particulares y que consumen las familias mediante el denominado gasto de bolsillo en salud. Si bien el propósito central de esta investigación gira en torno al financiamiento público de la salud orientado a la población no derechohabiente -a la que se le conoce también como población abierta o sin Seguridad Social- gasto que proviene en su totalidad de la primera de las tres fuentes mencionadas, y en la cual se hará énfasis especial, por el peso que tiene en México, en ubicar brevemente el contexto financiero del gasto privado en salud.

#### 4.1.2 El gasto privado en salud en México

Hasta antes del 2005, en México el gasto privado en salud había promediado el 56% del gasto total en salud realizado, lo que significa que el Estado financiaba apenas el 44% de las necesidades de salud de la población mexicana. Específicamente, en el año 2002 el gasto privado representó el 57.9% del total. El gasto privado en salud se integra con el gasto directo de bolsillo que realizan las familias y con los esquemas de prepago privado. Cabe mencionar que más del 90% del gasto privado se lleva a cabo mediante gasto directo de bolsillo. La Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2002 reveló que este tipo de gasto impacta en mayor proporción al ingreso familiar de las familias más pobres, lo que lo convierte en un factor altamente regresivo. Por ejemplo, las familias del decil más bajo de ingresos dedicaron en ese año en promedio el 6.3% del ingreso familiar a la atención de su salud, en tanto que las del decil más alto destinaron para el mismo propósito únicamente el 2.6% del mismo. Por ello, es válido decir que desde el punto de vista social y económico, el gasto de bolsillo resulta ser la forma menos equitativa y eficiente de atender los problemas de salud, lo que nos remite nuevamente al riesgo de gastos catastróficos que asumen las familias mexicanas al hacer frente a un proceso de enfermedad por esta vía.

Así, en México la mayor parte del consumo en salud es financiado mediante el gasto privado, también conocido como gasto de bolsillo. Y es que cuando el gasto público no es suficiente para cubrir las necesidades de salud la población es obligada a recurrir a la medicina privada, lo cual si bien no es del todo criticable en el sentido de que incorpora eficiencia al sector y satisface necesidades médicas que el Estado no está en posibilidades de ofrecer, normalmente está fuera del alcance de los grupos de población de menores ingresos, quienes por no tener un empleo fijo no cuentan tampoco con el beneficio de la Seguridad Social. Para tales familias mexicanas, atender de manera privada su salud resulta altamente oneroso.

Por lo anterior, se dice que un evento de enfermedad puede resultar en un gasto catastrófico para los hogares mexicanos y sus familias. A ello se refieren también los investigadores del área de la salud cuando dicen que en México ya está presente una privatización silenciosa de la salud, lo cual no es sino un reflejo de la incapacidad del Estado por solventar de manera plena uno de sus compromisos constitucionalmente establecidos. Desde nuestro

punto de vista, ello obedece a una razón financiera pero también a una fuerte carga ideológica de las actuales instancias de poder político; así como a la aplicación estricta pero descontextualizada de las recomendaciones muchas veces dogmáticas establecidas por los organismos multinacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial.

#### **4.1.3 El gasto público para la salud en México. Integración y fuentes de financiamiento**

El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total que realiza el Estado Mexicano expresa el esfuerzo y la voluntad institucional en materia de salud. Es decir, es la medida del esfuerzo de los gobiernos federal, estatal y municipal por satisfacer las necesidades y expectativas de salud de la población mexicana<sup>45</sup>. Para cumplir con este propósito, en el año 2002 México destinó al financiamiento público de la salud el 15.7% del total del gasto público nacional, proporción que hasta el 2003 se mantuvo prácticamente igual (OMS, 2005). Es a partir del 2004, año en que se pone en marcha el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuando la cifra del gasto público en salud en México observa un crecimiento sostenido.

Expresado en cifras, en México el gasto público total en salud en los años 2001 y 2002 ascendió a 156 mil 497 y 169 mil 332 millones de pesos, respectivamente. A partir del año 2003, con la puesta en marcha del programa de aseguramiento sanitario público conocido como Seguro Popular de Salud se nota el inicio de una tendencia creciente y sostenida en el gasto público, ascendiendo éste en dicho año a 192 mil 961 millones de pesos. Estos niveles de gasto como porcentaje del PIB fueron cercanos al 2.7, 2.8 y 2.9%. En el año 2010, de acuerdo a las cifras oficiales, el gasto público en salud ascendió a 404 mil 404 millones 335 mil pesos, incremento sustancial que denota el efecto de la puesta en marcha del SPSS en el año 2004 (ver Tabla 16). Dicho nivel de gasto representó el 3.1% del PIB, lo que en promedio corresponde a la mitad del gasto público que destinan los países de la OCDE a este renglón. Asimismo, dicho gasto representa el 14.9% del gasto público total efectuado en México para ese año (ver Tabla 17).

---

<sup>45</sup> El gasto público total en México se compone del gasto programable y el gasto no programable. El primero incluye las erogaciones de las dependencias gubernamentales con fines de inversión, prestación de servicios y producción de bienes. El gasto no programable es aquel que se destina al cumplimiento de ciertas obligaciones, generalmente establecidas por ley, como el pago de la deuda. Para el cálculo de este indicador sólo se considera el gasto programable en clasificación funcional.



Por otro lado, el gasto público en salud tiene una alta carga de regresividad, ya que casi el 55.5% se orientó a satisfacer las necesidades de salud de la población empleada en el sector formal de la economía; misma que goza de la protección de la Seguridad Social prestada básicamente por el Instituto Mexicanos del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Petróleos Mexicanos (PEMEX) y las prestaciones de salud brindadas por las fuerzas armadas, la marina y las propias entidades federativas. En contraparte, el restante 44.5% del gasto público en salud se orientó a la atención de la población sin Seguridad Social conocida comúnmente como población abierta; misma que incluye a la gran mayoría de la población mexicana que no cuenta con un empleo formal y por lo tanto está excluida de los beneficios de la Seguridad Social (ver Tabla 16). Asimismo, el gasto per cápita en salud en México es significativamente bajo y regresivo, ya que en tanto para la población asegurada se destinaron en el 2010 un promedio de 4 mil 547.6 pesos por persona, el gasto en salud para los no derechohabientes fue únicamente de 3 mil 36.1 pesos (ver Tabla 17). Los estados de Tlaxcala, Baja California Sur y Colima fueron las entidades que más gasto como porcentaje del PIB destinaron a la salud, con 5.2 el primero y con 4.6% los otros dos; mientras que Campeche y Nuevo León, únicamente destinaron el .6 y 1.7% respectivamente (ver Tabla 16).

Como ya se ha señalado, el gasto público en salud como proporción del PIB constituye un importante indicador del esfuerzo institucional en materia de salud, mismo que permite efectuar comparaciones en el plano internacional. Así, en promedio durante el período 2000-2007 el gasto público en salud en México representó el 2.7% del PIB nacional (PNUD, 2010). En contraste, en los países desarrollados y con alto nivel de desarrollo humano, el gasto público en salud promedia casi el 7.0% de su riqueza total, además de que el sistema sanitario es financiado en un 80% aproximadamente con fondos públicos. Aún en Estados Unidos, donde el sistema sanitario está abierto al mercado privado de la salud, el gasto público en salud representó el 7.1% de su PIB. En América Latina, Costa Rica, Uruguay, Argentina y Colombia se distinguen por lo elevado de su contribución pública a la salud como proporción del PIB, con un 5.9, 5.9, 5.1 y 5.1% respectivamente, factor que se traduce en niveles adecuados de salud de sus poblaciones, y que a la vez permite inferir que una participación decidida del Estado en salud mediante el gasto público es fundamental para mejorar las condiciones generales de salud (PNUD, 2010). Por lo tanto, en México, donde el gasto público en

salud es limitado y existen evidentes rezagos sanitarios, es imprescindible elevar el nivel del gasto público realizado. Por otra parte, Estados Unidos, país donde el gasto total en salud es el mayor del mundo y prevalece la medicina privada, existen también fuertes rezagos sanitarios derivados de la excesiva mercantilización de la medicina. El caso contrario lo representa Chile, donde su sistema de salud articulado en su gran mayoría en base a sistemas de seguros privados funciona de una manera más eficiente.

En lo que respecta a las fuentes de financiamiento de la salud en México, hay que empezar por decir que el sistema de salud mexicano se caracteriza por su fragmentación, dependiendo de las condiciones laborales de la población. De manera tal que se puede hablar de tres tipos de usuarios: los derechohabientes de la Seguridad Social, quienes laboran en la economía formal; la población no derechohabiente, conocida también como población abierta, misma que labora en la economía informal o por cuenta propia, razón por la cual no son beneficiarios de la seguridad social, y que constituye la población de referencia del SPSS, y finalmente la población que acude a la medicina privada, de la cual ya se ha hecho referencia anteriormente.

Con relación a la fuente de financiamiento de la salud de la población derechohabiente, los fondos provienen fundamentalmente de aportaciones efectuadas por la federación, los patrones y los propios trabajadores, mismas que son ejercidas por las instituciones nacionales y estatales de seguridad sociales. En el año 2010 el IMSS, encargado de brindar prestaciones de salud a su población derechohabiente, concentró el 43% del gasto nacional en salud. Por su parte, el ISSSTE, responsabilizado de los servicios de salud brindados a los empleados de gobiernos estatales, ejerció casi el 10% del gasto nacional; en tanto que PEMEX gastó casi el 3% en los servicios de salud de sus trabajadores. Como puede apreciarse, en México el 56% del total del gasto público en salud se destina a la población derechohabiente, caracterizada por contar con un empleo formal (Secretaría de Salud, 2010).

Por otro lado, los recursos que integran el presupuesto público destinado a la prestación de los servicios de salud para la población no derechohabiente de la Seguridad Social en México, proceden básicamente de la captación de ingresos fiscales por parte del Estado, los cuales son canalizados para su ejercicio a través de diversas fuentes de financiamiento. Por una parte, la administración federal a través de los denominados ramo 12 (salud) y ramo

33, Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA) ejerce y canaliza recursos para su ejecución a las entidades federativas, las cuales a su vez, participan en el gasto de salud mediante aportaciones del propio presupuesto estatal. El ramo 12 incluye el gasto ejercido por las unidades centrales; los organismos descentralizados y los organismos desconcentrados, así como las transferencias efectuadas a los estados para la ejecución de diversos programas especiales. Por su parte, el FASSA corresponde estrictamente a los fondos para la salud que son transferidos a los estados en el marco de las denominadas participaciones federales (ídem).

El FASSA fue conformado a partir de 1998 en el marco de la descentralización de los servicios de salud en México, con el propósito de contribuir al desarrollo y consolidación de los sistemas estatales de salud, y se distingue por la relativa autonomía de gestión en su ejercicio por parte de las entidades federativas. El FASSA como fuente de financiamiento de la salud de la población no derechohabiente en México se destaca por su monto. En el 2003 este gasto ascendió a 31 mil 640 millones de pesos y significó el 59% del gasto federal en salud. Para el 2010, ya con el SPSS consolidado plenamente en todo el país, el FASSA canalizó a los estados poco más de 51 mil 890 millones de pesos, lo que corresponde casi al 13% del gasto total en salud efectuado en México. En ese sentido, la propia Secretaría de Salud ejerce poco más del 21% del gasto total vía el ramo 12; finalmente, poco más del 8% del total corresponde al gasto en salud proveniente de las propias entidades federativas (ver Tabla 16).

Como puede apreciarse, en México la proporción de gasto en salud orientada a la población no derechohabiente es proporcionalmente menor al gasto público enfocado a la población con Seguridad Social. Ello a pesar de la puesta en marcha del SPSS y de que bajo una óptica de justicia social, ésta indicaría que el gasto ejercido en la salud de la población más vulnerable y desprotegida económicamente hablando debería ser comparativamente más alto. Si bien desde la perspectiva de la distribución equitativa del gasto público, el gasto destinado a la salud de la población no derechohabiente observa un componente altamente progresivo, toda vez que se enfoca a la población más pobre, reduciendo así la desigualdad en la distribución del ingreso, el gasto en salud para la población asegurada resulta ser altamente regresivo; ya que al concentrarse en un segmento privilegiado de la población, el cual cuenta además con un trabajo estable, tiende a aumentar la desigualdad en la distribución del ingreso.

De esta manera, en materia de financiamiento público de la salud en México persisten dos problemas significativos: la insuficiencia del gasto público y la inequidad del mismo, ya que al bajo nivel del gasto público total que se orienta a la salud, se agrega su orientación privilegiada a la población con acceso a la Seguridad Social; la cual cuenta con un empleo formal y prestaciones derivadas de su condición de derechohabiente. El resto del gasto ejercido en salud, proporcionalmente menor, se ejerce en la población carente de Seguridad Social, conocida también como población abierta, misma que representa a más de la mitad de la población mexicana e incluye a los grupos sociales más pobres y vulnerables ya que no cuentan con un trabajo formal, razón por la cual están materialmente excluidos del sistema de Seguridad Social nacional. Hacia esta población va dirigida la atención del SPSS creado en el 2004 mediante reformas a la Ley General de Salud.

#### **4.1.4 Las políticas públicas de salud en México. Federalismo, descentralización y protección financiera ante gastos catastróficos**

Desde el momento mismo de la instauración del Sistema Nacional de Salud, en México se han aplicado diversas políticas públicas. Entre ellas, las que más han impactado positivamente en la salud de la población han sido el programa de atención primaria de la salud y la estrategia de extensión de cobertura. Más contemporáneamente, a partir de mediados de la década de los ochenta, la desconcentración administrativa; a mediados de los noventa, la descentralización de los servicios; y actualmente la de protección social en salud. Puesto que en la salud, al igual que en otros sectores de la actividad económica y social del Estado no se establece como norma la continuidad de las políticas públicas de un sexenio a otro, y dada la importancia de concluir el fortalecimiento del ámbito local mediante la descentralización efectiva de los recursos para la salud, es importante establecer algunos referentes teóricos al respecto.

##### **4.1.4.1 *Federalismo y descentralización de la salud***

En la cultura política, el significado del federalismo se puede entender bajo dos acepciones. Una reduccionista que entiende al federalismo como la teoría que describe la composición del Estado federal, y otra más amplia que lo considera como una doctrina social de carácter global que no se limita al análisis del aspecto institucional del Estado, sino que va más allá e incorpora

diversos aspectos de la vida social como son valores, costumbres, tradiciones y pasado común, todo ello dentro de una perspectiva de autonomía y libertad. Bajo esta perspectiva, un Estado federal es considerado como un Estado con características propias que lo hacen diferente a los demás, y es esa diferencia la que establece la conducta autónoma de quienes lo habitan.

Históricamente, el concepto del federalismo surgió en Europa como una alternativa frente al estado nacional absolutista. Es en Francia donde a raíz de la revolución se pone de manifiesto una conducta federalista basada en el principio de la soberanía nacional, actitud que ha persistido hasta nuestros días. Antes, durante el período del estado absolutista característico de las monarquías los pueblos no participaban del poder en lo absoluto, por lo cual la actitud de autonomía característica del federalismo era impensable. Posteriormente, en la medida en que el Estado se fue transformando y fortaleciendo a través de una mayor intervención en la esfera económica y social, se fue gestando una excesiva concentración de poder en el mismo, dando lugar al Estado burocrático y paternalista y a la integración nacional y el nacionalismo. Una característica determinante es que el Estado nacional a través del control de los valores lingüísticos, morales y culturales impulsa el espíritu nacional de la población.

De esta manera, ante el Estado nacional se impone el federalismo, el cual se entiende como el instrumento político que permite establecer relaciones pacíficas entre las naciones y garantizar la autonomía mediante la subordinación a un poder superior. El principio básico en que se fundamenta el Estado federal es la pluralidad de centros de poder soberanos coordinados entre sí, de manera tal que al gobierno federal es competente respecto de todo el territorio de la federación, y se le confiere una cantidad mínima de poderes indispensables para garantizar la unidad política y económica. Por su parte, los estados federales son competentes cada uno en su propio territorio. La atribución al gobierno federal del monopolio de la competencia relativa a la política exterior y militar, permite eliminar la fronteras militares entre los estados, de manera tal que se eliminan los actos violentos entre los mismos, adquiriéndose un carácter jurídico, en donde todos los conflictos se pueden resolver ante un tribunal.

La consecuencia de la distribución de competencias entre una pluralidad de centros de poder independientes y coordinados radica en que cada parte del

territorio y cada individuo están sometidos a dos poderes soberanos, al del gobierno federal y al de un Estado federado, sin que por esto desaparezca el principio de unidad de decisión sobre cada problema. Como el modelo federal lleva a cabo una verdadera división del poder soberano de acuerdo con la división territorial, el equilibrio político no podría mantenerse sin la primacía de la Constitución sobre todos los poderes.

La elección directa del presidente de la federación que reúne en él los poderes de Jefe de Estado y Jefe de Gobierno, le confiere al Ejecutivo los requisitos de fuerza y de estabilidad necesarios para cumplir la función equilibradora de la vida social y para llevar a cabo el programa de gobierno. En tanto que la atribución de poderes soberanos a los estados miembros representa el freno más eficaz al abuso de poder por parte del gobierno central y la garantía más sólida contra los peligros de la dictadura.

México es un país que adoptó el régimen federalista como forma de organización social. Dentro del contexto federalista, la distribución de poderes entre el ámbito central y las entidades federativas implica una estrecha coordinación en materia fiscal. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos previene en su Artículo 73 el establecimiento de contribuciones de diversa índole necesarias para asegurar que la federación pueda cumplir con las responsabilidades que le establece la propia Constitución. Por su parte, las entidades federativas quedan facultadas para que en su ámbito territorial puedan también obtener los recursos necesarios para su funcionamiento. Por medio de convenios de coordinación fiscal se delimitan los ámbitos de atribución en materia fiscal entre la federación y los estados, y se establecen las bases para las transferencias presupuestales federales necesarias para complementar los recursos con los que los Estados operarán.

Es en este contexto de coordinación fiscal que toma relevancia la vinculación existente entre federalismo y presupuesto público, ya que la cuantía del monto presupuestal disponible por los estados estará en función de los términos fiscales establecidos con la federación, de su estructura económica territorial, y del nivel educativo y cultural de sus habitantes. Al respecto, en México existe un grave problema económico estructural que hace que algunas entidades del país, sobre todas las del sur-sureste tengan un grave rezago social y una limitada base económica que no les permite generar

los ahorros y las contribuciones necesarias para su despegue económico. Estas limitaciones se traducen en un presupuesto público insuficiente para satisfacer las necesidades de una población en constante crecimiento y con grandes carencias sociales. Ante todo ello, en México se impone la necesidad de profundizar en el contexto del federalismo, y la incorporación de una concepción holística de las finanzas públicas que le permita trascender de una concepción tradicional enfocada al equilibrio presupuestal, a una visión progresista con sentido humano y social, que sitúe al hombre y todas sus necesidades en el centro de atención del presupuesto público.

El federalismo en México tiene profundas raíces históricas nacionales, y su importancia y significado van más allá de la simple definición como una forma de gobierno, ya que en tanto proceso histórico, está enraizado en los usos y costumbres sociales, económicas, políticas y culturales del país. Es más, las bases de la conformación del Estado mexicano; así como la estructura y organización de su forma de gobierno, están sustentadas en la noción de cohesión y unidad nacional inherentes al concepto de federalismo. Es por ello, que a la República Mexicana se le reconoce también en el ámbito político nacional e internacional como los Estados Unidos Mexicanos. Su estructura federalista implica el reconocimiento de dos ámbitos jurisdiccionales y de tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal, lo cual busca tanto establecer una adecuada distribución de competencias, atribuciones y responsabilidades, como reconocer la diversidad geográfica, étnica y cultural prevaeciente en el país.

La división de poderes y el federalismo como arreglos institucionales de la nación mexicana son temas recurrentes en la vida política actual, ya que son inherentes a la concepción moderna del Estado mexicano, y a la preservación de la unidad nacional. Esto no debería extrañarnos, pues nuestros orígenes como nación tienen profundas raíces federalistas. Si quisiéramos establecer una diferenciación específica entre ambos principios de organización, diríamos que el federalismo trasciende más allá de la división de poderes, ya que trata de la división del poder federal hacia los poderes locales.

De manera expresa, el pacto federal que da cohesión al Estado mexicano se funda en la concurrencia de las entidades federativas, quienes trasladan diversas atribuciones a los poderes de la unión. Pero a la vez, estos poderes mediante la descentralización trasladan a las entidades el

ejercicio del poder público que les es concurrente. Es aquí, en el tema de la descentralización donde el federalismo adquiere su verdadera dimensión e importancia, puesto que más allá de la simple transferencia administrativa de atribuciones y responsabilidades de la federación hacia los estados, la descentralización efectiva de las atribuciones, competencias y recursos fiscales significa entidades federativas fortalecidas, capaces de contribuir de manera efectiva a la actividad económica nacional.

En síntesis, el fortalecimiento del federalismo debe pasar por el fortalecimiento de las instituciones nacionales y el estado de derecho; la descentralización efectiva de competencias, responsabilidades y recursos a los estados y municipios; una distribución más equitativa de recursos fiscales entre estados y municipios, dotándolos de mayor autoridad y capacidad para la recaudación de ingresos propios, y fortaleciéndolos en su capacidad de administración y gestión. De la misma manera, es fundamental incorporar la opinión de los grupos sociales y privados.

En este contexto federalista, Lanz<sup>46</sup> plantea un interesante enfoque acerca de los orígenes propios del federalismo en México, la necesidad de remontarse para su análisis más allá del período de la Conquista y de la Independencia, y una concepción del federalismo como forma de organización de una nación vinculada a su distribución territorial y a sus actividades económicas, y que por lo tanto tiene dos características que le son inherentes: una distribución territorial y el reconocimiento de autonomías. Es importante destacar también de la lectura antes citada, la referencia que hace acerca del estudio de Cárdenas, denominado *Federalización. Antítesis del Federalismo*, en el cual se establece una clara diferenciación entre ambos términos y demuestra cómo históricamente la federalización en México fue conformando lo que hoy se conoce como el centralismo, y la necesidad urgente de un proceso de descentralización fiscal efectiva, y no únicamente territorial o un simple traspaso de atribuciones y responsabilidades, como a su juicio ha sucedido.

Así, las inercias del poder central asociadas al federalismo provocan una gran concentración de responsabilidades, atribuciones y recursos en el ámbito federal. Esta excesiva concentración del poder central crea una grave dependencia económica, social y política de las provincias.

---

<sup>46</sup> Fernando Lanz es un reconocido fiscalista mexicano, autor del ensayo *La coordinación fiscal y sus reformas*.



Conforme transcurre el tiempo, las consecuencias de esta dependencia se van manifestando en procesos burocráticos lentos, altos costos operativos en los trámites, y sobre todo en ineficiencias y rezagos derivados del desconocimiento del centro acerca de la problemática específica presente en las provincias.

Ante esta problemática centralista, la descentralización se constituye como la forma de organización administrativa ideal dentro del contexto federalista. Por esta vía, se transfieren al ámbito local los recursos, las atribuciones y las responsabilidades en diversas actividades del quehacer nacional, que en la inercia centralista habían sido concentradas de manera exclusiva en el centro, limitando así la autonomía y la capacidad de respuesta de las provincias. Por otra parte, al propiciar la participación de los ámbitos locales, la descentralización se constituye también en un elemento favorable a la democracia y en una estrategia que facilita la participación de los gobiernos locales y la sociedad en general en el diseño y aplicación de políticas públicas apropiadas a las necesidades y condiciones locales.

Es esta particularidad de la descentralización que permite la participación directa en la toma de decisiones de los propios interesados acerca de los asuntos que le atañen, y que conocen mejor que un agente externo, lo que representa una enorme ventaja estratégica al momento de llevar a cabo la previsión y ejecución del presupuesto público. Por ello, se impone también la necesidad de impulsar la descentralización del gasto público federal a los ámbitos locales, lo que se traducirá en una mayor eficiencia económica en la ejecución de los recursos y en el impulso de procesos de autogestión y autonomía de la sociedad involucrada.

Es claro que las tendencias centralistas del gobierno mexicano, al igual que en todos los países, tuvieron origen en el Estado benefactor característico de los años cincuenta, lo que determinó un Estado centralista basado en el presidencialismo y la hegemonía política de un solo partido. Pero en los años ochenta empieza a hacer crisis, dando pauta a los primeros procesos de descentralización de la vida nacional, ello durante el régimen del presidente Miguel de la Madrid. En los noventa, la realidad del país exige profundizar los cambios, por lo cual con el presidente Ernesto Zedillo se inicia una importante etapa federalista, calificada como “nuevo federalismo”; caracterizada por el impulso a la descentralización de diversos sectores de la vida nacional,

preponderantemente los servicios de salud y educación, que a pesar de los cambios introducidos en los años ochenta aún mantenían un alto grado de control central. Adicional a ello, se impulsa la participación local en materia de política social.

El proceso de descentralización destinado a fortalecer la autonomía del ámbito regional, repetido por los estados hacia el nivel local y municipal, constituye el aspecto medular de la reforma del Estado. La asunción de éste no debe limitarse a los ámbitos administrativo y político electorales, sino que debe trascender a los aspectos económicos, políticos, sociales, culturales e institucionales de la vida nacional. En síntesis, fortalecer el federalismo es fortalecer la reforma del Estado.

Así, más allá de la simple definición del federalismo, lo importante es que sea asumido como una forma de gobierno capaz de posibilitar el desarrollo económico y social de la nación, siendo prerequisite indispensable que los ámbitos estatal y municipal cuenten con la suficiente autonomía y capacidad para instrumentar sus propias políticas públicas en el marco de las atribuciones que les confiere el pacto federal, y de un sistema ágil y transparente de rendición de cuentas. En este contexto, la instancia federal reconoce de manera explícita la importancia de redistribuir facultades, responsabilidades y recursos a los estados y municipios para fortalecer su capacidad de gestión y autonomía, así como de adaptar la política fiscal a la nueva realidad económica y social del país. Prueba de ello es la descentralización observada en los sectores de educación, salud, desarrollo social y otros.

La descentralización de los servicios de salud en México se inicia a comienzos de la década de 1980. Este proceso tuvo su origen en el nivel central y estuvo motivado por consideraciones políticas, fiscales y administrativas. En el plano político, la descentralización es una respuesta a las demandas acumuladas de los gobiernos estatales. En el plano fiscal, es un intento de reducir las presiones sobre el presupuesto federal en un contexto de inestabilidad económica y fuertes desequilibrios fiscales. Finalmente, la descentralización estuvo motivada por la necesidad de racionalizar la oferta y mejorar la gestión al interior de las unidades locales (Di Gropello, 1988).

El modelo de descentralización aplicado en México en este periodo, fue uno de descentralización en el nivel intermedio, que careció de elementos

explícitos de municipalización de los servicios y que no consideró tampoco una autonomía efectiva de los establecimientos proveedores. La autonomía de los estados en el manejo de los recursos se limitó a los gastos financiados con recursos propios, los que eran bajos; además, hubo limitaciones en materia de planeación, control y disponibilidad de los recursos federales. Finalmente, el modelo no incorporó mecanismos efectivos de participación de la comunidad. Por todo lo anterior, el modelo mexicano de comienzos de los ochenta puede ser tipificado como uno de desconcentración administrativa en el nivel intermedio. Como resultado práctico, la descentralización de 1983 tuvo pocos efectos tangibles en el control de los estados sobre los procesos y los recursos.

No obstante, esta experiencia de descentralización y el fortalecimiento consecuente de los sistemas locales de salud permitieron iniciar la fase siguiente de descentralización con recursos y personal capacitado, y administrativamente desconcentrado a nivel subnacional. De esta manera, a mediados de los noventa se llevaron a cabo diversas reformas al sistema de salud, con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios, fortalecer operativa y financieramente al ámbito local, y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos. Estas reformas al sistema tuvieron como marco normativo el Programa Nacional de Reforma del Sector Salud 1995- 2000, en el que se establecieron diversos procesos de cambio. Los más trascendentes tuvieron que ver con la transferencia integral de los servicios de salud para la población no derechohabiente a los gobiernos estatales, la ampliación de la cobertura mediante la aplicación de un paquete básico de servicios de salud y el fomento de la participación social y de las autoridades municipales.

Asimismo, a partir de 1995 se inicia en México un proceso de descentralización de segunda generación, motivado por consideraciones políticas y sectoriales. En el ámbito político se persigue renovar el federalismo, redistribuyendo competencias, responsabilidades y capacidades de decisión, y ampliando el manejo de los recursos fiscales para atender en su contexto específico los problemas regionales y locales, dotando así de mayor eficiencia y transparencia a la gestión pública. La motivación sectorial está estrechamente relacionada con la necesidad de superar la ineficiencia del sector, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención a la salud. La población objetivo es la población abierta esto es, aquella que es incapaz de pagar servicios privados y no está cubierta por alguna institución de Seguridad Social.

Entre 1996 y 2000, la Secretaría de Salud federal completó la descentralización integral de los recursos humanos, materiales y financieros hacia los gobiernos locales; con lo que el presupuesto para salud de estos se vio incrementado, concentrándose la instancia central más en la regulación que en la operación del sector. Sin embargo, uno de los propósitos principales de la reforma, como lo era la integración a la Secretaría de Salud de los servicios de salud ofrecidos por el IMSS a la población no asegurada mediante el programa IMSS-Solidaridad no pudo verse concretada.

Como resultado de estos procesos de cambio, se redujo a 10.5 millones de habitantes la población sin acceso regular a los servicios de salud. Ello debido a la aplicación de un Paquete Básico de Servicios de Salud. De la misma manera, se logró incrementar la cobertura de la población asegurada de 47.5 a 55.1 millones, debido a que el IMSS se abrió a la afiliación de la población con capacidad de pago. Por otra parte, la Secretaría de Salud fomentó la permanencia de los trabajadores de salud en las zonas rurales de alta marginación, mediante el incremento de los salarios. No obstante los cambios implementados, aún persisten serias diferencias en el gasto per cápita en salud y los beneficios obtenidos entre la población derechohabiente y la población abierta. De esta manera, a casi 70 años de establecido el sistema de salud mexicano, son evidentes los avances logrados en el cuidado de la salud de la mayoría de los mexicanos, pero también son manifiestos los signos de pobreza y rezago social de buena parte de la población mexicana. Esto provoca que en materia de atención a la salud continúen siendo evidentes las desigualdades y las inequidades, realidades que no tienen justificación alguna.

#### ***4.1.4.2 El Seguro Popular de Salud y el Sistema de Protección Social en Salud como instrumentos de protección financiera ante gastos catastróficos. Una visión crítica***

En México, ante las claras evidencias de la existencia de un alto nivel de gasto de bolsillo en salud; su posibilidad de tornarse en determinadas circunstancias en gastos financieros catastróficos para la familia y su impacto negativo en el crecimiento económico y el desarrollo humano, el gobierno federal impulsó a partir del año 2001 la puesta en marcha del programa del Seguro Popular de Salud (SPS), el cual como su nombre lo indica constituye un seguro de salud. Los eventos adversos que en su arranque cubría el SPS comprendían 91 intervenciones, todas las cuales se encontraban

consideradas dentro del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), con lo cual se estimaba se atenderían el 90% de las enfermedades presentes entre los mexicanos. Con respecto a su financiamiento, la Ley previene que el SPS sería financiado de manera solidaria por la federación, los estados y los beneficiarios. Para ello, las instancias públicas efectúan aportaciones solidarias con base a la cantidad de familias beneficiarias, quienes por su parte aportan un prepago, cuyo monto estará en función de su capacidad socioeconómica. Por su parte, el gobierno federal transfiere a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas al SPS, las cuales como requisito de afiliación no deben gozar de los beneficios de las instituciones de Seguridad Social. Los gobiernos estatales aportan también bajo el mismo criterio.

De esta manera, frente a los riesgos de gastos catastróficos en salud y ante el rezago observado en las condiciones de salud de los mexicanos, así como de las insuficiencias del Sistema Nacional de Salud, estructurado y estratificado en función de las condiciones laborales de la población, lo que conduce a un modelo de salud inequitativo y altamente regresivo. A partir del año 2001 se puso en marcha en México el SPS, mismo que se constituye en una estrategia de cobertura de atención a la salud, mediante la cual las familias mexicanas en condiciones económicas desfavorables podrán hacer frente a los episodios de enfermedad, evitando de esta manera incurrir en gastos catastróficos derivados del cuidado de su salud. El fundamento jurídico del SPS se encuentra en el Artículo 4to. constitucional que normativamente ampara el derecho a la protección de la salud de los mexicanos. En este marco, el gobierno federal estableció como una de sus líneas estratégicas de acción la necesidad de brindar protección financiera a la población mexicana que carece de Seguridad Social en materia de salud. La puesta en marcha del SPS significó un cambio económico sustancial en la concepción tradicional del financiamiento de la salud, toda vez que en lugar de continuar subsidiando la oferta como hasta antes del 2002 se había venido haciendo. Con su instrumentación se pretende subsidiar de manera directa la demanda de servicios, así como hacer realidad el propósito de universalidad de los servicios de salud (García, 2003).

A partir del año 2004, el SPS trasciende al actual Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuya operación y financiamiento está expresamente

establecido en la Constitución mexicana. El SPSS se crea mediante reformas a la Ley General de Salud aprobadas en junio de 2004, tornándose entonces el SPS en su instrumento operativo. El artículo 77 de la Ley General de Salud fue modificado y adicionado para establecer que: “Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con el Artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social” (SSA, 2005). Más específicamente:

“La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, 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, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo, se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención; así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención” (SSA, 2005).

En el año 2004, una vez consolidado en su operación el SPS, pasa a constituirse en instrumento operativo del actual Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual tiene como objeto de creación garantizar a la población mexicana que por su condición laboral no es sujeta de ningún mecanismo de Seguridad Social, el acceso a determinados servicios de salud establecidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). De esta manera, el SPSS se constituye en un mecanismo a través del cual el gobierno federal garantiza a la población no derechohabiente el acceso oportuno, de calidad y sin discriminación, a determinados servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios; sin que ello implique un desembolso personal o familiar al momento de hacer uso de éstos.

Normativamente, el sistema es coordinado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), en tanto que su operación en el ámbito regional está a cargo de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud

(REPSS), existiendo uno en cada entidad federativa. Asimismo, este seguro de salud se articula en base al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), mismo que considera 275 intervenciones, que de acuerdo a la información oficial, corresponden al 95% de las principales causas de egresos hospitalarios, así como el 100% de los padecimientos atendidos en el primer nivel de atención. Asimismo, dicho seguro de salud incluye también la atención de algunos padecimientos específicos cuya atención se considera de alto costo y por lo tanto generados de gastos catastróficos en salud (SSA, 2011).

Jurídicamente, la operación y financiamiento del SPSS están previstos en el artículo 77 de la Ley General de Salud. Su financiamiento corresponde a un esquema tripartito, siendo casi en su totalidad de carácter público mediante aportaciones federales y estatales, contemplando también una contribución de los afiliados en función de su capacidad económica. Su financiamiento público gira en torno a la cantidad de personas afiliadas por cada entidad federativa. La aportación federal se da por dos vías: una cuota social (CS) por persona afiliada, misma que corresponde al 3.92% de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal; lo que en el año 2011 equivalía a 847.80 pesos mexicanos, y una aportación solidaria federal (ASF) por persona afiliada, por un monto equivalente a 1.5 veces la cuota social, y que en promedio correspondió en el 2011 a mil 271.70 pesos. Así, la aportación federal por persona afiliada en el 2011 ascendió a 2 mil 119.50 pesos. De esta manera, en el 2011 la aportación federal al sistema alcanzó la cifra de 46 mil 531.6 millones de pesos (ídem).

Por su parte, las entidades federativas realizan también una aportación solidaria (ASE) por persona afiliada, misma que es equivalente a la mitad de la cuota social, lo que correspondió en el 2011 a 423.90 pesos por afiliado. En general, la aportación estatal en ese año ascendió a 20 mil 560 millones de pesos (ídem). Asimismo, las familias afiliadas contribuyen al financiamiento del SPSS por la vía de cuotas familiares anuales, mismas que son de naturaleza progresiva toda vez que se establecen en función de su capacidad económica y del ingreso familiar clasificado según deciles de ingreso, estando exentos de pago alguno los cuatro primeros deciles, en los cuales quedan contempladas las familias más pobres.

A finales del 2010, según cifras oficiales, el SPSS había logrado avances significativos en su propósito de cobertura universal de servicios de salud,

al tener afiliadas a 43 millones 518 mil 719 personas, lo que representa casi el 39% de la población nacional (ídem). Para junio del 2011, el SPSS tenía ya incorporadas 48.5 millones de personas, de las cuales el 35.6% habitan en el área rural y el restante 64.6% en zonas urbanas del país. Asimismo, el 54% del total de afiliados corresponde al sexo femenino. Actualmente, el Secretario de Salud informó que entre el 2003 y mediados de junio del 2012, en México ya estaban afiliadas al SPSS 52.6 millones de habitantes, con lo que contando los derechohabientes de la seguridad social, 107 millones de personas ya contaban con seguro médico; es decir, con algún instrumento de cobertura de su salud. De acuerdo a estas cifras, el 95% de la población mexicana estaría cubierta en sus necesidades de salud. No obstante, es importante enfatizar que la cobertura garantizada por el SPSS únicamente corresponde al aseguramiento de un paquete de prestaciones de servicios de salud consideradas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Uno de los propósitos centrales del SPSS ha sido la disminución del gasto de bolsillo, ya que de acuerdo a las cifras oficiales, para el 2010 la proporción del gasto privado en salud ya había disminuido al 51.2%, lo que implica que el gasto público en este rubro se elevó al 48.8%. No obstante, la participación privada en el financiamiento de la salud en México sigue siendo alta, además de que el gasto privado efectuado mediante gasto de bolsillo al momento de recurrir a los servicios de salud representó todavía el 92.1% del mismo, correspondiendo el restante 7.9% al pago de seguros médicos privados (ídem).

Con la puesta en marcha del SPSS, se ha avanzado de manera importante en el aumento del gasto público en salud de México, aún está presente significativamente un elevado nivel de gasto de bolsillo. Al respecto, la OMS ha establecido un referente ideal del 15 al 20% en los pagos directos con respecto al total del gasto sanitario para que éste deje de significar factor de empobrecimiento familiar o un gasto catastrófico (ídem). En todo caso, para los países de ingresos medios como es el caso de México, el nivel recomendable de gasto de bolsillo en salud se ubicaría entre el 30 o 40% del gasto total en salud, meta que en México, en el contexto de la crisis económica actual, se antoja difícil de alcanzar en el corto plazo, a menos que la atención de la salud en nuestro país se eleve a la categoría de política de Estado.



# Capítulo V

**Propuesta metodológica  
para una política de  
estado en salud en México**



Según Saguier (2002), todo conocimiento, toda ciencia, toda acción humana se justifica como tal, solo cuando son puestos al servicio del hombre. Por lo tanto, ninguna actividad fincada en relaciones sociales o interpersonales -de la que forme parte el Estado- puede ser ajena a una conducta valorizada como ética por su significado moral. En este orden de ideas, las naciones latinoamericanas enfrentan el reto histórico de encontrar los caminos que conducen al crecimiento y el desarrollo humano en beneficio de sus habitantes. Este reto exige, de acuerdo a la opinión de Enrique Iglesias<sup>47</sup> volver la vista a los fundamentos éticos y los valores que deben guiar el diseño de toda política pública, y la conducta de quienes toman decisiones que tienen que ver con el quehacer público.

México ha avanzado mucho en la expansión de las libertades políticas y económicas. No obstante, la población sigue enfrentando importantes rezagos socioeconómicos, expresión de una sociedad profundamente desigual y de una notoria falta de eficiencia en el diseño y aplicación de las políticas públicas. Ante los problemas de pobreza y desigualdad social que enfrenta la mayoría de la población, el Estado mexicano tiene ante sí grandes retos y desafíos; el principal, poder desarrollar un gobierno por políticas públicas eficientes y equitativas. Ante ello, surge una pregunta fundamental: ¿cómo llevar a cabo, de manera eficiente las funciones y responsabilidades asignadas constitucionalmente al Estado?, principalmente aquellas de naturaleza social y económica, en el contexto de una sociedad más abierta, democrática y participativa y por ende, más demandante del cumplimiento de las promesas y compromisos establecidos en su momento por el gobernante en turno. (Aguilar, 2007).

---

<sup>47</sup> Opinión expresada por el presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) durante la inauguración del Encuentro Internacional sobre Ética y Desarrollo celebrado en Washington, en el año 2000.

En el marco de una sociedad democrática, la rendición de cuentas y la exigencia de resultados en la función pública, además de los contrapesos en el poder político establecidos por otros poderes del Estado, deberían ser suficientes para garantizar la efectividad de las políticas públicas. Sin embargo, es evidente que los resultados alcanzados en todos los ámbitos de la vida pública dejan mucho que desear, y dan cuenta de la falta de congruencia y capacidad en el diseño de las políticas públicas nacionales. Por todo ello, el Estado, a través del gobierno en turno indistintamente del partido político, debería orientar sus acciones y políticas públicas en función de las necesidades sociales, económicas y culturales presentes en la población, lo que implica una mayor intervención del Estado en la vida económica nacional, sobre todo en aquellos sectores tan importantes para el desarrollo económico nacional como son la salud y la educación. Es en este marco de equidad, justicia social y desarrollo humano en donde se inscribe la propuesta central de esta investigación: la definición y puesta en marcha en México de una política de Estado en salud, la cual puede ser conformada bajo los siguientes referentes teóricos.

### **5.1 Aproximación teórica a una política de Estado**

Gobernar con políticas públicas efectivas, según Aguilar, significa un Estado y un gobierno con una actitud favorable a la ciudadanía, un gobierno por asuntos, por temas y agendas prioritarias capaces de abarcar el contexto de los problemas sociales y económicos a resolver. De esta manera, gobernar por políticas públicas implica dar un tratamiento diferenciado a problemas diferentes; es decir evitar la homogenización de las acciones gubernamentales en la solución de los problemas. Por supuesto, tampoco significa que el Estado tenga siempre que intervenir de manera directa en su solución; muchas veces, es preferible y recomendable la regulación, normatividad y orientación adecuada del curso de acción deseado (2007).

Por otra parte, hablar de políticas públicas y gobernar por políticas públicas implica acciones de gobierno que tomen en cuenta la opinión y participación ciudadana y la opinión y corresponsabilidad de la iniciativa privada en su calidad de ciudadanía y contribuyentes al fisco. De esta manera, el protagonismo gubernamental cede espacios a la participación social, lo que abre la puerta al diseño y gestión de políticas públicas efectivas respaldadas ciudadanamente con fundamento legal en la Constitución y

sus documentos normativos, y con el suficiente apoyo político, además de viabilidad administrativa y racionalidad económica (Aguilar, 2007).

En el contexto de la participación del Estado en la vida económica nacional a partir de políticas públicas, De la Fuente<sup>48</sup> dice que repensar el Estado mexicano y avanzar en su reforma es una tarea urgente que no es conveniente posponer más. Que si bien las circunstancias económicas y sociales del México actual exigen la presencia de un Estado moderno y fuerte, ello no implica de ninguna manera volver a los esquemas pasados de un Estado obeso e ineficiente, pero tampoco a un Estado ausente e insensible ante la realidad socioeconómica y política. Más que nada, urge un Estado que se ocupe y preocupe por reconstruir la trama y el tejido social fuertemente dañado. Asimismo, es necesario un Estado moderno que retome sus funciones básicas originales, como son promover seguridad en un concepto integral, familiar, público y social; además de salud, empleo, educación y seguridad nacional, y que nadie más que el Estado puede llevar a cabo estas tareas<sup>49</sup>.

Ciertamente, todas estas funciones son factibles de llevar a cabo mediante el establecimiento de políticas públicas capaces de responder de manera inmediata a los muchos problemas fundamentales de la nación. Si bien es cierto que en el contexto de un mundo globalizado los valores éticos tienden a diluirse en aras del pragmatismo y la eficiencia económica impulsados por el sistema de economía de mercado, existen áreas del quehacer público que por su naturaleza propia, al momento de su prestación exigen una profunda valorización en base a sus dimensiones ética, social y económica. Ellas son entre otras, la educación y la salud, elementos detonadores de las capacidades básicas para el desarrollo humano y el bienestar social.

Respecto a la primera, De la Fuente califica como “dolorosa” la realidad educativa de México y comenta que el grave rezago educativo que caracteriza al sistema educativo mexicano se debe a la falta de una política pública de Estado en esta materia; la cual implicaría que más allá de las modas de los gobiernos en turno, lo que urge es definir y mantener una directriz

---

<sup>48</sup> Prestigiado psiquiatra mexicano, ex secretario de Salud de México durante el período 1995-2000, y ex rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

<sup>49</sup> Propuesta comentada durante su intervención durante la reunión de trabajo de la UNAM con la Academia Mexicana de Derecho Fiscal, celebrada el 4 de mayo de 2005 y publicada en el periódico El Financiero del 5 de mayo de ese mismo año.

de mediano y largo plazo surgida de un pacto nacional. Solo así es posible pensar en una educación de calidad que contribuya a la productividad, la competitividad y al incremento del ingreso per cápita del país<sup>50</sup>.

Seguramente, con la autoridad que le confiere su experiencia como ex secretario de salud nacional durante la mayor parte del sexenio pasado —período durante el cual impulsó decididamente la descentralización de los servicios de salud en México— si se le preguntara a De la Fuente acerca de la salud en México, tendría el mismo pronunciamiento en torno a la necesidad de una política de Estado en salud.

En ese sentido, la inversión en salud tiene amplios retornos económicos y sociales, pero hacerlos realidad sería posible sólo mediante la realización de un esfuerzo colectivo nacional, donde las decisiones que tienen que ver con la salud no deberían dejarse a la mano de las urgencias y la inmediatez. Únicamente el ejercicio de una política de Estado con horizontes de largo plazo, articulada en base a un conjunto de políticas públicas y respaldada con montos de inversión crecientes y sostenidos permitirá mejorar las condiciones de salud de la población mexicana y encauzarnos por la senda del crecimiento económico y el desarrollo humano.

### **5.1.1 Razones y condiciones para una política de Estado en salud en México**

En México se plantea a primera vista la necesidad de buscar una asignación presupuestal para la salud pública con un enfoque integral y humanista, que responda a la realidad actual del país; caracterizada por una transición demográfica que implica un aumento en el número de adultos mayores en la estructura poblacional que ya están demandando, y demandarán cada vez con mayor intensidad, servicios de salud con una mayor complejidad técnica y financiera, situación para la cual se debe ir preparando el sistema de salud mexicano. De igual manera, se está en presencia de una transición epidemiológica caracterizada por el peso creciente de enfermedades complejas y costosas en su atención como causas principales de muerte y discapacidad. En lo socioeconómico, deben destacarse el crecimiento de la pobreza, los niveles de desnutrición prevalecientes, los acelerados procesos

---

<sup>50</sup> Idea expresada por el ex rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), durante la conferencia de prensa celebrada en el Primer Encuentro Internacional de Rectores realizado en Sevilla, España en mayo de 2005.

de urbanización, la migración del campo a la ciudad y los movimientos migratorios en la frontera norte y sur de nuestro país. Todos estos cambios tienen en el momento actual amplias implicaciones en el sistema de salud nacional y se traducen en diversos retos que deben ser enfrentados de manera inmediata.

Una política de Estado en salud a nivel nacional y estatal, implicaría de inmediato una acción decidida para sentar las bases instrumentales y financieras necesarias para contar con un sistema de salud que posibilite alcanzar los siguientes propósitos en el más corto plazo:

1. Mejorar la salud de los mexicanos.
2. Eliminar las desigualdades prevaletentes en materia de salud.
3. Garantizar a los usuarios de los servicios un trato adecuado.
4. Procurar la justicia en el financiamiento para la salud.
5. Impulsar la inversión en salud para propiciar la formación de capital y el desarrollo humano.

Todos estos propósitos deberán conjugarse en políticas públicas específicas en torno a la salud, lo cual deberá reflejarse en el incremento del nivel de gasto público orientado a la salud de la población abierta. Cabe resaltar que esto supone un cambio radical en cuanto a la concepción prevaletente de la salud, trascendiendo de la concepción actual que la identifica como una actividad bajo la responsabilidad de un sector especializado de la administración pública (para la cual se destina una proporción del gasto público y es una función pública entre muchas otras), a una concepción holística, integral y humanista en la cual la salud es fuente de vida y motor del progreso económico y el desarrollo humano; razón por la cual es considerada como una verdadera inversión en capital social, elemento fundamental para el desarrollo humano.

En México, continuar con el modelo actual de salud, por cierto sumamente medicalizado resultaría ser inviable financiera y socialmente. Sin embargo, si constitucionalmente la salud de la población fuera garantizada en términos de una política de Estado, la cobertura total de servicios podría ser lograda con menos recursos. Esto implicaría por un lado la continuidad de los programas y por otro el abordaje integral de los problemas de la salud mediante un conjunto de políticas públicas referidas a la prevención y la

atención primaria de los grupos y poblaciones vulnerables. Entonces, uno de los primeros resultados esperados de una política de Estado en salud, que hiciera énfasis en la prevención de la enfermedad y la descentralización de los servicios, sería la disminución de la presión en la demanda de los mismos; debido a que muchos de los problemas actuales de salud no se presentarían como tales, gracias a las bondades del trabajo médico preventivo.

Así, una insuficiencia del sistema de salud nacional, generada desde el momento mismo de su conformación, y que en los tiempos actuales no tiene razón de ser, es la segregación de la población en derechohabiente y no derechohabiente de los servicios que brindan las instituciones de Seguridad Social y el Seguro Popular de Salud. Por ello, una propuesta central en torno a la modernización del sistema de salud giraría en torno a garantizar el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad. Esta connotación de universalidad de la salud en México implica por un lado, garantizar de manera efectiva e integral los servicios a toda la población, y por otro, acabar con las barreras financieras que hasta la fecha impiden a la población acceder a los servicios de salud.

Todos estos propósitos en materia de salud en México sólo podrían ser alcanzados si las políticas públicas actuales fuesen elevadas al rango de políticas de Estado en salud con una visión totalizadora; lo que implicaría, en un plano instrumental, una nueva comprensión del problema con sus respectivas estrategias de cambio, entre las cuales se pueden citar:

1. Asunción de la salud de la población mexicana como un fenómeno socio cultural complejo mediado por múltiples determinantes y condicionamientos. Es decir, una intelección de la salud con un enfoque holístico integral, en cuyo centro se encuentren el hombre y su entorno sociocultural y medioambiental.
2. Una visión pública que asuma a la salud como elemento básico de la formación del capital humano, motor del crecimiento económico y del desarrollo humano. Una visión política que entienda la salud como una verdadera obra social, política y humana, en tanto garantiza el bienestar, la equidad y la justicia social.
3. Un Estado que asume la salud de la población como una verdadera prioridad social, económica y cultural para el país a través de la aplicación de una política de Estado que constitucionalmente



- privilegie una inversión suficiente en salud. Independientemente de los cambios sexenales de gobierno y del partido político en el poder.
4. Una praxis incluyente que mantenga permanentemente niveles apropiados de inversión pública enfocada a la salud de la población más desprotegida, pero que reconozca la importancia de la inversión privada como un complemento que la fomente y regule en su funcionamiento.
  5. Una acción equitativa que elimine la injusticia del sistema al asegurar a la población el acceso universal a los servicios de salud, lo que implica en la práctica acabar con la segregación de la población en derechohabiente y no derechohabiente.
  6. Una política sustentada en la atención primaria y la promoción de la salud de la población, así como en la atención médica necesaria acorde a la realidad compleja que impone la transición epidemiológica y el envejecimiento de la población.
  7. Una política pública que fortalece el proceso de descentralización efectivo de atribuciones, responsabilidades y recursos para la salud del ámbito federal al estatal; y que es fortalecido con la desconcentración y descentralización efectiva de estos recursos de los propios estados a sus ámbitos municipales y locales, en donde en realidad se generan y deben enfrentarse los problemas de salud.
  8. Promoción de una nueva conciencia participativa y solidaria de los trabajadores de la salud en general, que concita la participación social de la comunidad, de las autoridades municipales y de las organizaciones no gubernamentales.
  9. Una política de Estado que privilegia la inversión en investigación y desarrollo tecnológico, que fomenta la formación de investigadores en todas las áreas de la salud y que promueve la innovación y el intercambio tecnológico con otros países.
  10. Una estrategia de salud de mediano y largo plazo, cuyo diseño, instrumentación y evaluación tengan como referente los indicadores de bienestar utilizados en la medición de desarrollo humano instrumentada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Una política de Estado en salud en México delineada en los términos anteriores es factible de implementar de manera inmediata, toda vez que existen las condiciones y las bases para ello, principalmente el marco legislativo y constitucional.

### 5.1.2 Bases técnicas, jurídicas y legislativas

Desde nuestro punto de vista, en México existen las condiciones y las bases técnicas, jurídicas y legislativas suficientes para poder avanzar hacia la conformación de una política de Estado que reconozca y valore en toda su magnitud los atributos de la salud como instrumento de redistribución económica, justicia social y desarrollo humano. Lo que hace falta es una verdadera voluntad de Estado que haga realidad tal decisión tan fundamental para el bienestar de los mexicanos y la vida misma de la nación.

En México no existen hasta la fecha experiencias de tal naturaleza. Si bien en el discurso político actual se habla de la existencia de una política de Estado en materia de bienestar social, la realidad es que ello no pasa de buenas intenciones, toda vez que lo que existe es un conjunto desarticulado de políticas públicas y de buenos propósitos. Además, en la Constitución mexicana no existe un reconocimiento explícito de ello y por lo tanto no podría existir de manera formal, ya que al no contar con un respaldo constitucional no tendría ni el valor ni el peso específico requerido para su aplicación.

Por ello, la definición y puesta en marcha de una política de Estado en salud en México exigiría la utilización del derecho constitucional y la técnica legislativa en la elaboración del proyecto. Además de su propuesta a la Comisión Legislativa de Salud correspondiente, su análisis y votación en el pleno.

### 5.1.3 Adecuaciones al marco constitucional

Normativamente, la materia de salud en México está contemplada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Salud y su reglamento. En lo que corresponde a la Constitución, ésta previene en su Artículo 4to. el derecho a la salud para todos los mexicanos, así como la participación de la federación y los estados en la prestación de los servicios. Textualmente se establece: “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”. Tal artículo establece:

“El Congreso tiene facultad para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República”. Con ello, jurídica y legislativamente están dadas las bases para sustentar de manera constitucional una política de Estado en salud en México.

Como podrá apreciarse, si bien la Constitución y su ley reglamentaria establecen de manera sumamente explícita y normativa el derecho a la salud para toda la población, el problema empieza a configurarse al momento de tratar de hacerlo efectivo. Como se ha tratado de demostrar en esta investigación, ello obedece a que hasta la fecha no existe un conjunto de políticas públicas en salud articuladas entre sí, y mucho menos con otros sectores determinantes del bienestar social y económico como lo son la educación, la cultura, la ciencia y la tecnología, las finanzas públicas, la economía y el cuidado del medio ambiente. En pocas palabras, no existe una visión integradora de la salud con enfoque económico y de desarrollo humano.

Por lo anterior, desde nuestro punto de vista es urgente en nuestro país la instrumentación y puesta en marcha de toda una política de Estado en salud. Esto tendría como prerrequisito la adecuación del Artículo 4to. constitucional, a efectos de salvaguardar la inversión pública en salud en el mediano y largo plazo independientemente del ciclo político sexenal y de la coyuntura económica; para lo cual, tal como lo previene la Constitución en su Artículo 73, fracción XVI, el Congreso nacional tiene amplias facultades y atribuciones.

## **5.2 Políticas públicas específicas en el marco de una política de Estado en salud**

Toda política de Estado debe articularse en base a diversas políticas públicas específicas, enfocadas cada una de ellas a la resolución de los problemas sanitarios propios de la realidad de un país y sus regiones. Por ello, y en base a la amplia revisión efectuada en esta investigación acerca de los factores condicionantes y determinantes de la salud de la población mexicana; así como de la necesidad de un abordaje integral del problema desde la perspectiva epistemológica de la complejidad, para la definición de

una política de Estado en salud en México se propone la aplicación de las siguientes políticas públicas específicas:

### **5.2.1 Consolidación de la descentralización hacia los ámbitos, estatal y municipal**

La descentralización como estrategia para reorientar y hacer más eficiente la prestación de los servicios de salud constituye una política de tipo internacional en la cual se encuentran enfrascados muchos países del mundo. En México, a partir de mediados de la década de los ochenta, el gobierno federal por conducto de la Secretaría de Salud emprendió una serie de acciones tendientes a acortar la brecha en la toma de decisiones y a compartir con los gobiernos de las entidades federativas la responsabilidad en materia de salud pública; así como la libertad en la aplicación de estrategias de salud con base en sus necesidades y características demográficas, epidemiológicas y sociales.

De esta manera se inició el proceso de descentralización operativa de los servicios de salud a los estados, que tuvo como punto de partida el decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 1983, en el cual se establecieron las bases para el programa de descentralización operativa de los servicios de salud. En 1983 se inicia propiamente el proceso de descentralización operativa con la firma del Acuerdo de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud, estableciéndose las bases para la prestación de los servicios estatales de salud por parte de las recientemente creadas secretarías de salud estatales, organismos responsables de la prestación de los servicios de atención médica, salubridad pública y regulación sanitaria, así como de la coordinación de los sistemas estatales de salud.

En aquel momento el proceso pasó por dos etapas, la primera de ellas de coordinación programática, en la cual se dio un acercamiento gradual de las instituciones que prestaban servicios de salud en los estados, a fin de evitar duplicidades en la prestación de los mismos. El resultado de esta primera etapa fue la coordinación de las instituciones de salud bajo la gestión de los gobiernos estatales. La segunda etapa, de integración orgánica y descentralización operativa, consistió en el establecimiento de los sistemas

estatales por la vía de la fusión de los servicios de salud a población abierta que prestaban en los estados la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de los Servicios Coordinados de Salud Pública, los gobiernos de los estados y el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del programa IMSS-COPLAMAR.

A partir de 1996 se profundiza el proceso de descentralización mediante la firma del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud entre la Secretaría de Salud federal y los gobiernos estatales. Con ello la federación se proponía transferir de manera definitiva a los ámbitos estatales los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para la operación directa de los servicios de salud. De esta manera el ámbito central deja de intervenir en la definición y operación en el ámbito local y se constituye en la instancia rectora y normativa del sector salud. Además de ello, conserva bajo su dominio algunas atribuciones operativas como son los programas nacionales de vacunación y la vigilancia epidemiológica de las fronteras, toda vez que constituyen programas estratégicos de impacto nacional que difícilmente podrían ser atendidos bajo un esquema descentralizado.

Sin embargo, una de las grandes fallas del sistema administrativo mexicano es la falta de continuidad en las políticas públicas emprendidas y en la asociación de las mismas a los ciclos sexenales de gobierno federal. Desgraciadamente, el proceso de descentralización emprendido en 1983 y continuado hasta el año 2000 no es ajeno a esta realidad, por lo que hoy día esta estrategia de cambio no figura en las prioridades en salud de las administraciones sucesivas; quedando así inconclusos importantes procesos operativos en transición.

Independientemente de ello, y considerando que un proceso de descentralización efectivo supone una verdadera autonomía financiera de las instancias locales además de contar con los suficientes recursos materiales y humanos para operar de manera directa los servicios transferidos, a la luz de los resultados alcanzados podríamos evaluar este proceso de la siguiente manera:

1. Más que una descentralización efectiva, se trató de un proceso de transferencia administrativa y operativa de los servicios de salud,

toda vez que el presupuesto público asignado para tal propósito siguió siendo previsto y autorizado por el nivel central. Lo mismo sucedió en el ámbito del control, en donde a pesar de que los recursos presupuestales eran transferidos para su ejecución directa por parte de los estados, la normatividad establecida para su ejecución, evaluación y control continuó siendo la misma que la aplicada por la federación antes del proceso descentralizador.

2. La inercia centralista continuó estando presente en algunas instancias del nivel central; las cuales, ante el riesgo de perder el poder político y económico que significa la toma de decisiones en el centro, continuaron trabajando bajo un esquema centralizador. Esto provocó que procesos tan importantes como la transferencia formal de las instalaciones hospitalarias a los estados no se concretaran.
3. El personal médico y paramédico tan numeroso e importante en la actividad médica continuó con su régimen laboral tradicional, lo que provocó enormes confusiones al momento de las negociaciones sindicales, puesto que operativamente dependían de los estados pero en materia laboral y sindical seguían dependiendo directamente de la Secretaría de Salud nacional y del sindicato nacional, respectivamente.
4. La indefinición en cuanto a la normatividad aplicable en el control presupuestal provocó la necesidad de llevar dos tipos de contabilidades en los estados: una bajo la norma federal y otra apegada a los lineamientos locales. Ello se tradujo en fuertes rezagos en el control presupuestal y en la integración de la cuenta pública estatal.

A la luz de esta experiencia descentralizadora inconclusa, puede observarse que a pesar de las buenas intenciones y de la existencia del marco constitucional y normativo, las inercias del centralismo, la inexistencia de una verdadera autonomía presupuestal y la falta de capacidad operativa y autogestiva de los ámbitos locales, representan los principales obstáculos para su implementación. De ahí la necesidad de seguir insistiendo en la implementación efectiva de esta estrategia de cambio.

Durante los últimos años México ha alcanzado notables avances en todos los ámbitos del quehacer nacional; sin embargo, siguen estando presentes los problemas derivados de una excesiva centralización en la toma de decisiones.

Ello ha limitado tremendamente la capacidad de acción y la autonomía de los ámbitos locales. Ante una realidad cambiante y competitiva, se impone la necesidad de establecer nuevas formas de organización social que vinculen de manera directa a los ámbitos locales en la toma de decisiones.

Como dice De la Fuente (2001), en un país como México, en el cual aún persisten fuertes rezagos sociales, el Estado tiene la responsabilidad de convertirse en el principal promotor del desarrollo humano. De ahí la importancia de establecer una política social a tono con los problemas presentes, lo que contribuiría a la democratización del país, al progreso de las instituciones y al fortalecimiento de la soberanía nacional. Agrega que en materia de salud, las estrategias de descentralización a los estados fortalecen la política social del gobierno federal y se traducen en más y mejores servicios de salud para la población mexicana.

### **5.2.2 Atención primaria de la salud con enfoque integral**

El ser humano no vive aislado, vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales de producción y estilos de vida concretos, los cuales junto con el medio ambiente que lo rodean y el armentario biológico con el que nace, determinan irremediamente sus condiciones de salud y por ende, su futuro y el papel que jugará en la sociedad. Por lo tanto, la conceptualización del proceso salud-enfermedad a partir del cual se diseñen las políticas públicas debe incluir todos estos elementos determinantes, no solo individual sino también socialmente. Se debe tomar en cuenta que la salud de los pueblos y de los individuos es un proceso biológico-social históricamente determinado, que se caracteriza por ser dinámico, complejo y dialéctico.

Históricamente, está demostrado que el mejoramiento de las condiciones de vida del hombre, así como del medio ambiente que lo rodea, son los factores que de manera definitiva inciden en la buena salud de los individuos. Por ejemplo, las evidencias demuestran que existe poca relación entre los recursos convencionales de atención médica y los indicadores tradicionales de salud, como son la esperanza de vida y la mortalidad; los cuales más que a la cantidad de recursos humanos, materiales y financieros, resultaron estar asociados a factores socioeconómicos, culturales, demográficos, ambientales y dietéticos. De manera más específica, la longevidad de la

población no guarda relación directa con los gastos médicos efectuados; es decir, cambios cuantitativos en la atención médica no alteran el estado de salud de la población en general. Por ello, el nivel de gasto en salud que realiza un país no es determinante de la mejora en los indicadores de salud de toda la población, a menos que éste sea orientado de manera equilibrada tanto a las actividades primarias de la salud como a la atención médica.

Si bien, es inobjetable que la atención médica específica y especializada, así como la difusión de los servicios hospitalarios y ambulatorios contribuyen a la reducción de la mortalidad, tienen como contraparte un bajo efecto en la salud global de las poblaciones, contrariamente al impacto de las actividades de atención primaria y promoción de la salud, tal como lo demuestran las campañas masivas de vacunación. Este hecho, que puede resultar obvio para los epidemiólogos y demógrafos, en nuestro país por lo regular no es tomado en cuenta al momento de la definición y puesta en marcha de las políticas públicas de salud. Ello trasciende al presupuesto público nacional para esta área, el cual se orienta en un 85% aproximadamente a la atención médica hospitalaria.

Por ello, se puede afirmar que la prevención de las enfermedades a través de una estrategia basada en medidas sociales y ambientales ofrece mayor impacto que ninguna otra inversión en el campo de la salud. Ello es lógico, ya que en tanto las intervenciones médicas individuales se dirigen a un problema en específico, las acciones preventivas tienen un impacto generalizado. Por ejemplo, si una comunidad dispone de agua potable y se impulsa la educación para la salud, sus habitantes en general resultarán protegidos contra una diversidad de enfermedades infecciosas, parasitarias y transmisibles. Lo mismo sucede en una población en la cual se impulsa el mejoramiento nutricional y los hábitos alimenticios, puesto que está demostrado que existe un fuerte sinergismo entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas, y la presencia de una exacerba a la otra.

Por todo lo anterior, continuar en México con un modelo de atención a la salud que privilegia la atención médica, que se orienta a enfrentar las consecuencias y no las causas de la enfermedad y que se sustenta en el gasto hospitalario intensivo y no en la inversión de actividades promocionales y de cuidado de la salud y el medio ambiente, resulta ineficaz para mejorar la salud de la población en general. Por ello es urgente la definición y puesta en marcha de una política de Estado que comprenda entre sus políticas



públicas el impulso efectivo a la atención primaria de la salud, labor en la cual deberán estar seriamente comprometidas tanto las instancias de gobierno como la sociedad en general.

### **5.2.3 Nuevo enfoque de la salud. Del paternalismo público al consentimiento informado**

En México es necesaria la aplicación de un nuevo enfoque de la salud pública que haga posible trascender del paternalismo público o medicina coercitiva al consentimiento informado en la atención médica y la medicina preventiva; ya que es un hecho más que evidente que tanto la profesión médica en sí, como el Estado moderno responsable de una manera u otra de la salud pública, han practicado -y lo siguen haciendo en gran medida- un enfoque paternalista de la medicina pública, a lo cual se le denomina también medicina asistencialista o caritativa. En tal situación, el médico considera como parte de su deber la toma de decisiones clínicas más adecuadas para el paciente desde su muy personal punto de vista. El Estado por su parte, en su afán de procurar de una manera u otra el cumplimiento de un precepto constitucional o algún compromiso contraído con la ciudadanía en torno a la regulación y cuidado de su salud, establece programas públicos de salud de carácter general que resultan en gran medida coercitivos para la población.

Laudan (2002) dice que combinados tanto el paternalismo estatal como el paternalismo médico, lo que resulta ser es la salud pública; es decir, un conjunto de programas médicos de tipo preventivos y curativos de carácter coercitivo, tendientes a evitar que la gente incurra en prácticas riesgosas para su salud y su seguridad, quieran o no los individuos tal protección, deséenlo o no los integrantes de la sociedad. Si bien, la práctica de este modelo paternalista de la salud ha sido fundamental en la mejora de las condiciones de salud de la población mundial, en el contexto actual de globalización económica cada vez es más confrontado- sobre todo en los países desarrollados- frente a un nuevo enfoque de la salud en el cual el ciudadano más que paciente es asumido como un agente.

Surge de esta manera a mitad del siglo XX la corriente del consentimiento informado. Esta doctrina es opuesta al paternalismo médico bien intencionado y autoritario, característico de la medicina clínica. El fundamento del consentimiento informado radica en la información oportuna y suficiente

al “paciente” antes del tratamiento terapéutico de su padecimiento. Dicha información debe incluir los riesgos del procedimiento, las razones por las cuales se propone su aplicación y las terapias alternativas disponibles con sus ventajas y desventajas. Sólo bajo estas condiciones podrá considerarse que el “agente” ha tomado la mejor decisión libremente y de manera autónoma acerca del tratamiento a seguir. En la actualidad, existe consenso de que la medicina que no se mueve en el sentido del consentimiento informado es profesionalmente poco ética desde el punto de vista moral, y poco eficiente desde el punto de vista económico.

Por su parte, en lo que corresponde a la medicina preventiva y las labores de promoción de la salud emprendidas por el Estado, la situación en cuanto al consentimiento informado es todavía más inexistente. Sucede que los programas sanitarios de aplicación masiva son diseñados normalmente de manera centralizada por especialistas en salud pública, quienes determinan de manera directa su aplicación a la población objetivo pero sin considerar cuando menos el consentimiento informado de la misma, y mucho menos su participación en el diseño y estrategia de acción. Si bien es cierto que en determinadas situaciones contingentes, o en caso de que la conducta de una persona amenace la salud de otra, es justificable alguna medida de coerción o paternalista por parte de las autoridades sanitarias; no en todos los casos tiene que ser así, ya que su aplicación llevada al extremo fomenta el paternalismo estatal y atenta contra la autonomía de las personas.

Por todo lo anterior, en el marco de una política de Estado en salud, es recomendable la aplicación de un nuevo enfoque de la salud pública que haga posible transitar gradualmente de una visión paternalista y una medicina coercitiva en la prestación de los servicios a la población, tal como sucede hasta ahora, al consentimiento informado del usuario, tanto de la atención médica como de la medicina preventiva.

#### **5.2.4 Ciudadanización de las políticas de salud. Una perspectiva dialógica**

La heterogeneidad sociocultural y económica de la población de nuestro país, así como la presencia de múltiples estructuras en la sociedad mexicana, representan un serio problema a considerar al momento de abordar la participación social en los asuntos que tienen que ver con su salud. Y es que si bien los problemas de salud se gestan y manifiestan tanto en el nivel

personal como en el familiar y comunitario, normalmente los programas públicos y los recursos disponibles para su atención se encuentran concentrados y son asignados desde las altas estructuras de poder y toma de decisión del Estado; lo cual produce un divorcio entre las necesidades reales padecidas por la población y la oferta pública de servicios. Ello explica, entre otros tantos problemas, la subutilización de la infraestructura médica, la adquisición y uso inadecuado de tecnología y el incremento de costos en los servicios de salud.

Por todo lo anterior, es necesario establecer desde los ámbitos del poder público y las organizaciones sociales una perspectiva dialógica en materia de salud que favorezca la participación directa de la población en el análisis y discusión de sus problemas de salud, así como en el diseño y puesta en marcha de los programas públicos resultantes. Este ejercicio dialógico no debe rehuir la sabiduría comunitaria ancestral sobre la medicina tradicional y las plantas medicinales. La ciencia médica ganaría mucho si se produjera un diálogo con los líderes de la medicina comunitaria y alternativa, la cual puede aportar nuevas soluciones y conocimientos al sector científico. De esta manera, la ciencia médica mexicana y la población en general se favorecerían con este diálogo enriquecedor en materia de salud.

### 5.2.5 Democratización de la salud

La participación ciudadana y la práctica dialógica conducen a la democratización de la salud. Individuo y sociedad existen mutuamente, y en esta relación la democracia hace posible que el complejo individuo-sociedad pueda desarrollarse, regularse y controlarse. Así, la democracia más que un régimen político es en realidad la regeneración constante de un bucle complejo y retroactivo (Morín, 1999). Además, el apoyo social y la participación ciudadana en los programas sociales pasan por la democratización y rendición de cuentas. Al respecto, Levy<sup>51</sup> dice que en la función pública es prioritario actuar con total honestidad y transparencia, así como rendir cuentas a la ciudadanía.

Touraine<sup>52</sup> afirma que el sistema de democratización a nivel mundial atraviesa en estos momentos por una profunda crisis de participación,

---

<sup>51</sup> Santiago Levy, fue director general del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

<sup>52</sup> Alain Touraine, sociólogo francés, fundador del Centro de Análisis e Intervención Sociológicos.

representación y legitimidad. Particularmente, en el sistema político mexicano visualiza que la democracia no es firme en la parte superior, debido a que la reforma política estancada por la falta de mayoría en el Congreso frena el avance democrático.

Por lo mismo, en el nivel intermedio de las Instituciones públicas, la práctica dialógica con la sociedad acerca de los programas públicos es prácticamente inexistente. Sin embargo, en la parte inferior de la estructura política, a nivel de los barrios, pueblos, universidades, grupos religiosos, étnicos, sociales y políticos, es sumamente activa y tiene una vitalidad extraordinaria.

Para Cardoso<sup>53</sup>, en Latinoamérica está en marcha un proceso de democratización de la sociedad y es urgente avanzar más rápido en la formación de un espacio institucionalizado en el cual sea posible procesar y ciudadanizar el ejercicio del poder. Para De la Fuente<sup>54</sup>, en materia de democracia en México es urgente revitalizar la relación de la sociedad en su conjunto con el Estado, y destaca que el gran reto de las instituciones nacionales y de la sociedad en general es lograr la articulación de la participación ciudadana en las decisiones políticas mediante la creación de espacios dialógicos apropiados. Es este esfuerzo de formación en México de un pensamiento solidario y de asociación de la sociedad civil el cual conviene aprovechar para la puesta en marcha de una práctica democrática y dialógica a nivel de las comunidades y grupos sociales en torno a los problemas de salud pública que los aquejan; y la participación ciudadana en el diseño y puesta en marcha de las políticas públicas necesarias para enfrentarla, resulta indispensable.

### **5.2.6 Evaluación económica y social de los programas de salud**

Ninguna sociedad, por más rica que sea, está en posibilidades de asignar a la salud todos los recursos que los médicos y otros profesionales de este campo creen que harían falta para beneficiar a toda la población. Por consiguiente, ante la extensa gama de posibilidades de opción para aplicar los medios, el personal y las tecnologías del cuidado de la salud, quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones acerca de su asignación

---

<sup>53</sup> Fernando Henrique Cardoso, expresidente de Brasil.

<sup>54</sup> Juan Ramón de la Fuente fue rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y también fue secretario de salud de México.

necesitan tener elementos racionales para tomar la mejor decisión en beneficio de la sociedad. Esa es justamente la importancia de la evaluación económica en salud, puesto que ofrece la base más razonable y humana para respaldar la toma de decisiones relacionada con el uso alternativo de los recursos públicos.

De manera más específica, dentro de las políticas públicas recomendadas en torno a la salud en México se propone la aplicación obligatoria de un programa de evaluación económica de los programas de salud. La evaluación económica se define como un método de análisis que consiste en comparar los costos de programas o acciones de salud con sus consecuencias en términos de mejor salud o economía de recursos, bajo el principio básico de que los beneficios de una intervención o un programa sanitario debe exceder los costos de la misma, o lo que es lo mismo, ante diversas alternativas se debe elegir aquella con la mayor relación costo-beneficio.

En términos generales, toda evaluación económica en salud debe cumplir los siguientes pasos metodológicos:

### *1. Definición del problema*

Debe definirse clara y explícitamente qué problema será susceptible de ser resuelto con las alternativas que posteriormente evaluaremos. Por ejemplo: una alta tasa de mortalidad materna, elevada incidencia de factores de riesgo en una comunidad, elevado tiempo puerta-droga en pacientes infartados.

### *2. Fijación de objetivos*

A partir del problema identificado, se considerarán y enumerarán los objetivos. Estos deberán ser cuantificables en la medida de lo posible.

### *3. Identificar las alternativas*

Una vez establecidos los objetivos, deben identificarse y describirse las alternativas que permitirán alcanzarlos. Éste resulta uno de los aspectos más controversiales, pues el número y tipo de alternativas seleccionadas podrá condicionar los resultados finales del estudio. Se aconseja tomar como alternativa, entre otras, la opción de no hacer nada o identificar la mejor forma desde el punto de vista técnico descrita en la literatura, y que sea factible de aplicar en el entorno específico donde se analiza el problema. La especificidad de las alternativas a considerar estará muy relacionada con el nivel de profundidad con el que se abordó el problema y se fijaron los

objetivos. No serían las mismas alternativas si analizamos como problema, por ejemplo, el elevado número de muertes maternas en general, que si consideramos el elevado número de muertes maternas por causas evitables.

#### *4. Establecer la perspectiva del análisis*

La evaluación económica puede dar resultados diferentes en dependencia del punto de vista o perspectiva considerada para el análisis. Debe esclarecerse si el estudio se realizará bajo la perspectiva del paciente y su familia; de la institución que presta el servicio ya sea pública o privada; del sistema de salud, y de la Seguridad Social o de la sociedad como un todo. Esto tendrá su repercusión tanto en los resultados como en los recursos a considerar. Por ejemplo, un medicamento dado puede representar un beneficio para el paciente, en tanto que para la institución se significa como un gasto; un egreso precoz puede representar un ahorro para la institución, pero un gasto para la familia. El costo asociado a una determinada intervención dependerá del punto de vista adoptado, pues en función de esto se contabilizarán aquellas partidas de interés para el Estado. Por ejemplo, en un estudio institucional el gasto de bolsillo asumido por el paciente y la familia no será relevante, y pudiera por lo tanto no ser considerado en el estudio. También resulta útil describir la inserción de esas alternativas en el marco del problema que se desea resolver.

Debe tenerse en cuenta que en los procesos sanitarios son múltiples las variables que inciden, lo cual puede complicar el análisis. Debido a esto se recomienda el empleo de modelos matemáticos y estadísticos que simulan la influencia de variables del tipo complejo, como aquellos basados en los análisis de decisión o árboles de decisión; cuya representación sirve de guía para la identificación de los recursos necesarios en cada etapa, así como de los resultados que se pueden esperar. Son útiles también, los análisis multivariantes como el de correlación canónica.

#### *5. Identificar y medir los recursos necesarios para cada alternativa*

Una vez determinadas las alternativas, debemos identificar qué tipo de recursos necesita cada una de ellas. La categoría recursos engloba los humanos, materiales y financieros. Por ejemplo, establecer cuántas personas y con cuál nivel de capacitación se necesitan para cada alternativa. Identificar las necesidades en material de oficina, equipos, material médico o de curación, medicamentos, instalaciones y servicios de hotelería en el

caso de los hospitales, así como pruebas diagnósticas, entre otros conceptos de gasto. Posteriormente, estos recursos deben ser medidos, para lo cual por lo general se emplean unidades monetarias; es decir, debe expresarse en unidades monetarias el valor de todos y cada uno de estos materiales, calculándose de esta forma el costo asociado a cada alternativa. Una vez estimados estos costos, pueden ser clasificados según diferentes criterios: directos e indirectos, o tangibles e intangibles.

#### *6. Identificar y medir los resultados de cada alternativa*

La identificación de cuáles serán los resultados esperados con cada alternativa, así como el criterio de en qué unidades serán medidos, es de trascendental importancia. Para la resolución de un problema de salud, resultan múltiples las variables que pueden traducir los resultados esperados. Éstas pudieran ser variables del proceso sanitario, de productos que se obtengan o del impacto en salud. El lograr seleccionar la medida más apropiada para representar los resultados de cada alternativa que se evalúa es uno de los retos del equipo de investigación. En el caso de una evaluación económica completa, los resultados o beneficios podrán cuantificarse por diferentes técnicas y en diferentes unidades de medidas en dependencia del objetivo de estudio. La unidad de medida que se seleccione establece como consecuencia el tipo de análisis que se realiza.

#### *7. Analizar la relación recursos/resultados de cada alternativa*

Una vez identificados y valorados los resultados obtenidos y los recursos utilizados, es necesario relacionarlos para comparar la eficiencia de cada alternativa. Para esto pudieran desarrollarse dos tipos de análisis. El primero consiste en comparar los valores medios de las razones recursos/resultados o costos/resultados, entendido como el costo por unidad de resultado en cada alternativa. También puede realizarse un análisis incremental donde se analizan simultáneamente las alternativas por pares. El costo/resultado incremental se obtiene de dividir el incremento de los costos por el de los resultados:

$$\left( \frac{\text{CostoA} - \text{CostoB}}{\text{ResultadosA} - \text{ResultadosB}} \right)$$

La eficiencia, para cualquiera de los análisis será mayor en tanto el cociente sea menor.

### 8. Realizar el ajuste temporal

En muchas ocasiones es recomendable que las evaluaciones económicas se efectúen antes de que se adopte la decisión sobre la puesta en marcha de una tecnología en específico, por lo que tanto los costos como los resultados ocurrirán en el futuro. Por otra parte, es conocido que la sociedad valora más los resultados en salud que se obtiene en el presente, en relación a los que pudieran ser obtenidos en un futuro, razón por la cual prefiere retrasar los costos hacia el futuro en lugar de asumirlos en el presente. Si el período de tiempo durante el cual se han de evaluar las alternativas -también conocido como el horizonte temporal del estudio- es mayor de un año, será necesario ajustar los valores tanto de costos como de los resultados a un año de referencia cero o inicial. Para poder hacer esto, suelen utilizarse técnicas de matemáticas financieras, cuya expresión matemática es la siguiente:

$$VA = \sum_{t=1}^n \frac{\text{CosteAnual}}{(1+r)^t}$$

Donde:

VA: Valor actualizado

n: número de años

r: tasa de descuento

Uno de los aspectos más polémicos en la evaluación económica en salud es el criterio referente a qué tasa de descuento aplicar. En muchos casos el análisis es realizado aplicando más de una tasa de descuento, pero esta solución complica el escenario de la toma de decisión, pues se generan varias respuestas finales. Los valores usuales oscilan entre el 2% y el 10%. Algunos países emplean la denominada “tasa social de descuento” para la evaluación de los proyectos públicos de salud.

### 9. Realizar el análisis de sensibilidad

Como resulta frecuente que en el desarrollo de una evaluación económica sea imposible conocer con exactitud y seguridad el valor de todos los recursos y resultados implicados en cada alternativa, debe ponerse en práctica un análisis de sensibilidad. Este tiene como propósito valorar el impacto que sobre los resultados finales pueden ocasionar algunas variaciones en los valores de las variables más importantes. Si una vez que se realizan estas simulaciones en las variables seleccionadas no se observan



cambios significativos en los resultados finales, se considera que el estudio es robusto. Dentro de las variables más empleadas para realizar este análisis de sensibilidad están los costos más importantes, así como los datos de efectividad; como es el caso por ejemplo, cuando son tomados de estudios anteriores, así como la tasa de descuento elegida.

#### *10. Presentar los resultados*

Una vez analizados los resultados, éstos deben ser presentados de manera lógica y consistente a los tomadores de decisiones. Si se parte del hecho de que este tipo de análisis no es muy conocido en determinados sectores de profesionales de la salud, la presentación de los resultados debe hacerse de una manera clara y adecuada al nivel de la audiencia.

Es necesario señalar que en nuestro país existe conciencia sobre la utilidad de la evaluación económica en la toma de decisiones gerenciales en salud, su uso aún es incipiente debido, entre otros factores, a una insuficiente capacitación del personal para generar la información primaria e interpretar los resultados de los estudios de evaluación económica; así como a la ausencia de metodologías estándar que permitan comparar los resultados obtenidos y que sirvan de guía para el trabajo cotidiano. Con la aplicación en México de la evaluación económica a las tecnologías sanitarias y los programas de salud, resultado de la puesta en marcha de un proceso de evaluación económica, la eficiencia económica y social se constituirían en un importante instrumento de apoyo a la toma de decisiones gerenciales en salud y resultarían ser el método más adecuado para lograr una asignación presupuestal eficiente.

#### **5.2.7 Cultura de la calidad en la prestación de servicios de salud**

En materia de prestación de servicios de salud a la población no basta con ser eficientes. Es necesario también contar con un sistema de gestión de calidad y acreditación de los procesos inherentes a la función médica tanto privada como pública. En lo que corresponde a esta última, y en el marco de las políticas públicas insertas dentro de nuestra propuesta de definición y puesta en marcha de una política de Estado en salud en México, se propone la aplicación de un proceso de mejora continua y certificación de la calidad de las instituciones públicas de salud.

Primero que nada, debe quedar claro que el principal beneficiario del sistema de servicios de salud es el cliente; por lo que tanto el diseño, la prestación, la gestión y/o la administración del servicio deberían enfocarse fundamentalmente a la satisfacción de sus demandas. Como cliente debe entenderse a toda persona, organización o población que recibe un producto o servicio de salud, el cual a su vez se entiende como toda atención, servicio, entrenamiento, investigación y otros productos ofrecidos para evaluar, diagnosticar, tratar y dar seguimiento a las condiciones de salud, prevenir la enfermedad, así como para mantener y mejorar la salud del cliente.

En la actualidad, es fundamental para las organizaciones públicas que prestan servicios de salud contar con un sistema de gestión de calidad que provea la mejora continua del desempeño bajo un enfoque basado en procesos. Es decir, para que una organización funcione de manera eficaz y eficiente tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí; de igual manera, una actividad que utiliza recursos y que se gestiona con el fin de permitir la transformación de elementos de entrada en resultados, se puede considerar como un proceso.

Una institución sanitaria que funcione bajo un enfoque basado en procesos tiene la ventaja de ejercer un control continuo sobre los procesos individuales que integran el sistema de procesos como un todo, así como sobre su combinación e interacción. Para ello, es fundamental que las organizaciones de servicios de salud definan todos sus procesos, los cuales son típicamente multidisciplinarios, ya que incluyen los de tipo gerencial, económico, legal y educativo entre otros.

Dirigir y operar de manera exitosa una organización de servicios de salud requiere de una gestión continua de la calidad, para lo cual se propone el establecimiento de ocho principios que tienen como propósito fundamental apoyar a la alta dirección y gerencia sanitaria en la conducción de la organización hacia la mejora del desempeño. Estos principios de gestión de la calidad son:

*a) Enfoque al cliente.*

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de éstos, satisfacer sus requisitos y esforzarse por exceder sus expectativas.

*b) Liderazgo*

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

*c) Participación del personal*

El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

*d) Enfoque de procesos*

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

*e) Enfoque del sistema hacia la gestión*

Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

*f) Mejora continua*

La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente en ésta.

*g) Enfoque basado en hechos para la toma de decisión*

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

*h) Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor*

Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

### **5.2.8 Impulso a la inversión en ciencia y tecnología para la salud con enfoque social**

Es indudable que el desarrollo de la tecnología, que ha tenido lugar a fines del siglo XX y principios del XXI, ha tenido un impacto de extraordinaria importancia para las ciencias de la salud. Las nuevas tecnologías han revolucionado los tratamientos médicos en sus múltiples aplicaciones,

manifestándose en el incremento de la esperanza de vida. De la misma manera, la ciencia y la tecnología han hecho posible la erradicación de epidemias que en determinados tiempos asolaron al ser humano y pusieron en duda la continuación de la especie.

Además, hoy son posibles tanto los trasplantes de órganos vitales como diagnósticos rápidos y seguros obtenidos a través de las técnicas de imagen, es decir, tomografía computarizada, resonancia magnética, etc. Por todo ello, ¿cómo no reconocer la aplicación e importancia de los nuevos descubrimientos tecnológicos para la salud y la prolongación de la vida humana? El descubrimiento del genoma humano, además de ser en sí mismo uno de los resultados más grande del siglo, constituye una fuente inagotable de nuevas aplicaciones y nuevos descubrimientos. Los nuevos aportes de la biología molecular y la genética médica, poseen innumerables posibilidades de aplicación a la salud.

Todos éstos y muchos otros aspectos positivos de la tecnología para la salud están totalmente legitimizados, de ello existe consenso entre la comunidad científica y la gente común. Lo anterior es un hecho empíricamente registrable y reconocido nacional e internacionalmente; sin embargo, todos estos resultados del ingenio humano sólo encuentran cauce de realización efectiva cuando las condiciones económicas, políticas y socioculturales en general lo propician. Si no existe una voluntad política estatal capaz de incorporar las nuevas técnicas a la salud en beneficio de la sociedad, así como su empleo racional, estos logros no redundan en mejores condiciones de salud y bienestar humano. Ese es un riesgo actual, ya que el desarrollo de la tecnología y su aplicación a la salud, está condicionado por múltiples factores de índole económica y política e inclusive ideológica, mismos que pueden conducir al abuso tecnológico cuando el hombre deja de ser el centro de las prioridades en salud y domina la cultura del mercado.

La historia del hombre puede resumirse en una búsqueda constante de conocimientos para comprender la realidad, y así modificarla en su propio beneficio. Esta búsqueda se dio, en un principio, de manera rudimentaria, y posteriormente mediante el establecimiento de un método, reglas y procedimientos generales para la observación y el análisis de datos e información, elementos que caracterizan el conocimiento científico. Aún en los períodos más oscuros de la historia, en los cuales los valores e

instituciones sociales predominantes impedían o no estimulaban el pleno ejercicio de la libertad de pensar y crear, tal como sucedió en el oscurantismo prevaleciente durante la Edad Media y el orden feudal; el ímpetu de la búsqueda del conocimiento y la verdad siempre estuvo presente. Una vez que estas fuerzas fueron liberadas, sentaron las bases de las profundas transformaciones en la vida material e intelectual del hombre, rompiendo las amarras del viejo orden y liberando sus fuerzas creadoras. De este breve repaso histórico quedan claros los siguientes hechos:

1. Desde su origen, la generación y el aprovechamiento del conocimiento han sido funciones sociales; esto es, han respondido a demandas y necesidades establecidas por el hombre viviendo en sociedad.
2. La historia ha demostrado que para la producción del conocimiento y un mejor aprovechamiento del mismo, siempre es necesario conjugar y organizar los esfuerzos del hombre en ese sentido. Esta organización legitimizada socialmente tiene la virtud de potencializar la capacidad de generación del conocimiento.
3. El desarrollo de la ciencia y de la técnica, así como su aprovechamiento es impulsado dentro de cada contexto social y económico. Hoy día, la conjugación de ciencia y técnica constituye el motor principal en la producción de los satisfactores de las necesidades humanas, sean éstas las básicas y necesarias para su subsistencia como la alimentación, salud y vivienda; o las indispensables para su trascendencia y desarrollo como la educación, cultura y esparcimiento.

Con lo anterior queda claro que la generación del conocimiento, su sistematización en ciencia y su aprovechamiento mediante la innovación y el desarrollo tecnológico tienen una connotación social. Es decir, es un proceso que necesariamente se da dentro del contexto social, y en consecuencia, los beneficios derivados del mismo deberían ser extensivos a toda la sociedad en general. Éste es en realidad el reto a enfrentar. Lograr que la ciencia y la tecnología estén al servicio de la humanidad, de manera tal que logren satisfacer plenamente sus necesidades y sus aspiraciones más profundas.

Sin embargo, es mucho más fácil decir que los productos derivados de la ciencia y la tecnología deben estar al servicio del hombre, que realmente lograrlo, puesto que vivimos en un mundo global en donde los intereses

económicos predominan sobre los valores morales y las cosas trascendentales para la humanidad. De esta manera, aspectos tan fundamentales como la propiedad intelectual, el acceso al conocimiento y la tecnología, así como los bienes y servicios derivados del mismo, son regidos en su gran mayoría por los principios del mercado, tanto en su producción como en su distribución y asignación social. Obviamente existen honrosas excepciones como es el caso de la República de Cuba que, a pesar del injusto bloqueo económico que enfrenta, ha podido desarrollar una importante base de conocimientos científicos y tecnológicos cuyos productos le permiten ofrecer a todos sus habitantes una vida saludable, digna y de calidad; así como brindar su ayuda y cooperación a todos los países que lo necesitan. Desgraciadamente, no en todos los países de América Latina y el Caribe sucede lo mismo.

La creciente mercantilización de la ciencia y la tecnología implica que en la medida en que las sociedades sean más pobres, menos oportunidades tendrán de participar tanto en el proceso de creación científica moderna como en el acceso a los resultados de esa creación. Esto hace que sus problemas específicos sean relegados a un segundo plano y queden sin solución, lo que a la larga limitará sus posibilidades de desarrollo y superación de la pobreza. En el área de la salud, esto es un hecho evidente. La fuerte dependencia de nuestros países en materia de tecnología médica y de insumos para la salud es un hecho evidente. Cada vez más, los presupuestos públicos son insuficientes para satisfacer las necesidades y demandas de una población creciente con problemas de salud traslapados en la transición de la pobreza a la modernidad.

Ante esta cruda realidad de nuestras sociedades, en las cuales los problemas crecientes y cambiantes de salud de la población quedan sujetos cada vez más a la intervención del mecanismo de mercado; y cada vez más el Estado se desentiende de esta responsabilidad social, se impone la necesidad de un abordaje integral para enfrentar el problema. Por ser la salud el elemento fundamental para la vida y trascendencia del hombre, su estudio debe partir de un enfoque humanístico, y establecerse en un contexto de propósitos y fines sociales. Esto significa que el desarrollo, interpretación y adaptación de nuevos conocimientos y tecnologías sean puestos de manera equitativa al servicio de la mejoría de la salud de los pueblos de nuestra región. Como dice Castro (2000):

“Es imprescindible que la investigación se ocupe, con la máxima prioridad, de las causas de los problemas planetarios y de las formas de contrarrestarlos. Para avanzar en ese nuevo vínculo entre ciencia y sociedad, los gobiernos, científicos, empresarios y demás actores sociales, deben actuar con una preocupación primordial: que los beneficios sociales alcancen en primer lugar a la sociedad en su conjunto”.

El papel que le corresponde jugar al Estado mexicano en este proceso de cambio es fundamental. Se trata en realidad de articular una serie de medidas y acciones en toda una política pública en materia de desarrollo de ciencia y tecnología para la salud en nuestro país. Entre otros elementos a estudiarse, se encuentran los siguientes:

1. La redefinición del papel del Estado en la atención de la salud de la población.
2. La prioridad que tiene la investigación de la salud de la colectividad sobre otro tipo de intervenciones.
3. El riesgo que representa la creciente participación de los elementos del mercado dentro de la atención de la salud pública.
4. Las brechas existentes entre la producción del conocimiento y su utilización en beneficio de las colectividades.
5. El concepto de desarrollo humano y su vinculación con el nivel de salud de una población.
6. Las profundas relaciones existentes entre la salud y la pobreza; y entre el crecimiento económico y el desarrollo humano.





# Conclusiones

**H**oy en día, la sociedad contemporánea, con su forma de vida, principios y valores, se encuentra permeada por un paradigma racionalista de corte pragmático y positivista. De esta manera, ante los problemas esenciales de la humanidad se ofrecen soluciones reduccionistas, simplistas y excluyentes. Sencillamente no existe una aprehensión del hombre en su complejidad y en su contexto real. Lo mismo sucede en lo referente a los temas capitales de la existencia humana, como la salud, la educación, la ciencia, la riqueza espiritual, los valores, la praxis y la comunicación, entre otros.

Precisamente, el problema de la salud y su financiamiento es abordado bajo un enfoque reduccionista y pragmático. En el cual, desde la perspectiva pública el Estado asume el gasto en salud como uno más entre tantos otros gastos sujetos a la disposición de presupuesto; donde la salud se comprende como la simple ausencia de enfermedad y el enfermo es asumido como paciente y no como agente; donde ante una estrategia preventiva y de cuidado de la salud, se antepone una estrategia curativa. En síntesis, no se parte del hombre, ni de sus necesidades e intereses; ni de los fines y medios para su ascensión como sujeto que conoce, piensa, actúa y se comunica inserto en la cultura. Simplemente, el tema de la salud no forma parte del tejido sociocultural en que deviene.

Por ello, en tanto problema sociocultural complejo, el financiamiento de la salud debe abordarse bajo la perspectiva y el método de las finanzas públicas modernas. La relación que el tema de la salud guarda con las finanzas públicas modernas es directa y precisa. La salud, en tanto bien público constituye una de las principales responsabilidades del Estado moderno. Asimismo, para éste representa uno de los medios más adecuados de intervención en la economía, así como un poderoso instrumento para la redistribución del ingreso, la equidad y la justicia social. Por lo tanto, la salud como expresión

de la orientación filosófica del Estado moderno representa también el medio más adecuado para su legitimización política y social.

Actualmente, bajo una simple visión pragmática se pierde de vista que el tema de la salud ha sido, es y será un asunto recurrente en las ciencias del hombre; que es consustancial a su ser esencial, a su conciencia de finitud y sus ansias de trascendencia. Se diluye también la noción de que la salud es mucho más que la simple ausencia de enfermedad y que para una nación en su conjunto invertir en salud reditúa en capital humano y productividad; que salud es además, capacidad básica para el desarrollo humano y el bienestar social. De esta manera, si bien existe consenso de que la salud es un propósito fundamental del desarrollo, así como resultado directo del mismo, la importancia de invertir en salud para impulsar el crecimiento económico, el desarrollo humano y la reducción de la pobreza, no ha sido reconocida en toda su magnitud.

En el México de hoy uno de los temas más debatidos en estos momentos es sin duda alguna el papel que debe jugar el Estado mexicano en materia de bienestar social a través de la prestación de servicios públicos a la población, así como la búsqueda de equidad y justicia social en la redistribución de la riqueza nacional. La incorporación de nuestra sociedad al fenómeno de globalización económica ha traído consigo entre otras cosas, un cambio en la percepción social por parte del Estado acerca de los bienes públicos.

En materia de la salud, hemos transitado de una concepción que la establecía como una responsabilidad exclusiva del Estado, a otra en la cual está presente una mayor participación de la iniciativa privada en aquellas áreas de la salud donde exista rentabilidad económica, dejando al Estado la satisfacción de las necesidades sociales en las cuales no hay posibilidad de lucro. Tal es la tendencia actual en el sector salud, en donde por diversas vías se trata de impulsar una mayor participación del capital privado.

En México, al igual que en todos los países del mundo, la complejidad del problema de la salud tiene que ver, entre otros factores, con la dinámica poblacional y con la transición epidemiológica de los últimos años, factores acentuados por el rezago social. Sin embargo, hasta ahora el problema complejo de la salud en nuestro país solo ha sido abordado desde la perspectiva pública bajo un enfoque reduccionista y positivista, en el cual

la salud se asume como un gasto más que como una inversión social, y por lo tanto se dejan de aprovechar todas sus ventajas económicas y sociales.

Si bien el financiamiento de los servicios públicos de salud había sido preocupación creciente del Estado, en la actualidad por razones de insuficiencia presupuestal y de pragmatismo económico, los niveles de inversión pública en la materia están muy distantes de los parámetros internacionales. Esto ha provocado que una buena cantidad de habitantes, sobre todo los que habitan en los lugares más alejados y marginados no tengan acceso a los servicios básicos de salud. Todo ello, ha conformado una compleja realidad caracterizada por los siguientes elementos:

- Está ausente una aprehensión de la salud como totalidad compleja y momento consustancial al hombre; como bienestar físico, psicológico y socio- cultural. El hombre, como punto de partida del quehacer humano, en tanto sujeto- agente del devenir social, no es asumido en la práctica.
- Se carece de políticas públicas que aborden esta problemática desde una perspectiva holística. Esto es, abandonar la concepción que aborda la salud pública desde una óptica reduccionista limitada a unos cuantos factores causales, e incidir en su estudio y confrontación desde una visión mucho más amplia; en la cual se consideren todos los factores sociales, económicos, políticos y culturales que influyen en el estado de salud del individuo.
- No se incrementan los montos de inversión pública en salud, olvidando que bajo un enfoque económico-humanista, junto con la educación, la salud es el elemento fundamental en la conformación de capital humano, motor indispensable del crecimiento económico y del desarrollo humano sustentable.
- Las políticas públicas de salud no se elevan a la categoría de políticas de Estado, lo cual implicaría la puesta en marcha de planes y programas de mediano y largo plazo que trasciendan más allá del ciclo político mexicano de seis años.
- No existe una orientación adecuada del presupuesto para la salud, ya que predomina un enfoque curativo sobre uno preventivo de la enfermedad. Es decir, se trabaja en base a un modelo médico reactivo en el cual sólo se enfrentan las consecuencias pero no se encaran las causas que originan los padecimientos.

- No se involucra a la sociedad en tanto verdadero sujeto colectivo de los grandes cambios; y la vida confirma que la salud, en su esencia, pertenece al ámbito comunitario, y desde la complejidad, no debe concebirse como espacio de un “coto” privado de expertos.
- No existe una estrecha relación entre los programas públicos de salud y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), en tanto fuerzas movilizadoras de creación social para el autocuidado de la salud integral del individuo, incluyendo la preservación del medio ambiente.
- Es insuficiente la definición de presupuestos públicos irreductibles y crecientes para la salud durante cada período sexenal, así como el reforzamiento de las medidas de control en el ejercicio del gasto, incluyendo los procesos de rendición de cuentas.
- No se concluye de manera definitiva el proceso de descentralización de los servicios de salud a los estados iniciado desde la segunda mitad de 1980; lo cual implicaría la transferencia efectiva del presupuesto para salud a las regiones, y autonomía en su ejecución por parte de las entidades federativas.
- Es insuficiente la transferencia de recursos para la salud del nivel estatal hacia el ámbito local, así como la formación y capacitación de los funcionarios municipales para su administración.
- No se logra un cambio total en los criterios federales actuales de asignación del gasto en salud hacia los estados y municipios, a pesar que ya no responden a la problemática actual y a la realidad social, económica, política y cultural del país.
- Se establece un sistema de protección social en salud articulado en base a un catálogo de intervenciones limitado que no cubre todas las enfermedades y que enfrenta problemas financieros para su cumplimiento, particularmente en el surtido de los medicamentos.
- La definición de las políticas públicas y los programas en materia de salud no tienen como referente principal los indicadores y parámetros arrojados por los estudios de desarrollo humano elaborados por el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Éste es el panorama que presenta nuestro país en torno a uno de los servicios públicos considerados como básicos por toda la sociedad mexicana. A fin de cuentas, el problema no es la falta de una capacidad dialógica de la sociedad ni la falta de cultura que nos haga coincidentes en cuanto al bienestar

común, ni mucho menos la falta del marco constitucional adecuado. Este existe, y prueba de ello es el reconocimiento del derecho a la salud para todos los mexicanos que se establece en el Artículo 4to. constitucional. El problema radica en la visión pragmática que se imprime a la salud, así como en la insuficiencia de recursos públicos necesarios para hacer realidad este propósito. Además de ello existen serias deficiencias estructurales y organizativas dentro del Sistema Nacional de Salud, que hacen que los indicadores de eficiencia y calidad estén muy por debajo de otros países con similares niveles de inversión en este rubro.

Contraria a la visión reduccionista y de eficiencia económica en la salud, que propone una ausencia cada vez mayor del Estado en el cumplimiento de esta responsabilidad constitucional, está la opinión de muchos quienes pensamos que en materia de salud pública como elemento central de la justicia social, el Estado mexicano tiene una gran deuda con su población; sobre todo con aquella que enfrenta graves rezagos sociales y niveles de pobreza como nunca se habían visto en nuestro país.

Crear conciencia del problema de la salud en sus múltiples determinaciones y condicionamientos es, al mismo tiempo, sentar premisas para su real comprensión y con ello propiciar la voluntad política para hacer efectivos los cambios necesarios. Hay que superar el modelo médico hegemónico, tanto en la teoría como en la praxis institucional. Se hace imprescindible una profunda sensibilidad pública, para abordar el tema de la salud, de la medicina y de la vida como parte orgánica de la convivencialidad. Es decir, donde no se desvincule al hombre de la sociedad y su medio ambiente.

No es posible resolver el problema de la salud al margen de su intelección como fenómeno sociocultural. Salud, cultura y sociedad son parte de una totalidad compleja, discernible sobre la base de una aprehensión holística que no separa las partes del todo, ni el todo de las partes. La razón holística, al ser incluyente por antonomasia, no desecha la hermenéutica existencial, los enfoques enriquecedores de las finanzas públicas modernas, de la ética y la justicia social, la bioética, y la economía; los cuales son fundamentales para abordar el estudio de la salud bajo una perspectiva compleja.

La comprensión totalizadora y sistémica del hombre con sentido cultural resulta necesaria e insoslayable. La salud no es sólo ausencia de enfermedad

física y psíquica, es mucho más. Incluye por sobre todas las cosas, riqueza espiritual que le permita al hombre dar sentido a la vida e imponerse tareas para mejorar. Urge una reforma del pensamiento que transforme radicalmente los paradigmas existentes. La asignación presupuestaria a la salud, si no se funda en una visión integradora del problema, resulta estéril e ineficaz. Hay que crear conciencia de la complejidad del tema para encauzar la voluntad política y al mismo tiempo pueda concretarse en programas que vayan a la raíz del problema. Es justamente esta premisa, la que sustenta la propuesta central de esta investigación en torno a la aplicación en México de una política de Estado en salud orientada hacia el desarrollo humano.

Con el referente del desarrollo humano, que considera a la salud como capacidad básica, se contaría con elementos mucho más objetivos y precisos para determinar el nivel de bienestar real de la población mexicana, que si ello se llevara a cabo considerando únicamente el nivel de ingresos, indicador cuantitativo que por sí solo no explica la mejoría en sus condiciones de vida. Por ser la salud elemento fundamental del desarrollo humano, es imprescindible que el Estado establezca políticas públicas de mediano y largo plazo, acompañadas de niveles crecientes y sostenidos de inversión que trasciendan más allá del ciclo político sexenal.

Nuestra propuesta, enmarcada en el contexto de las finanzas públicas modernas, e identificada con un Estado democrático y fortalecido en sus atribuciones y responsabilidades sociales, no pretende de ninguna manera volver a las políticas públicas paternalistas, ni tampoco fomentar el déficit público y el desequilibrio fiscal. La participación de la iniciativa privada en la salud es fundamental y debe impulsarse. Lo que sí se propone, es la definición de políticas públicas en salud encauzadas al beneficio de la población mexicana marginada de los esquemas de seguridad social, población que por cierto es la más pobre y excluida socialmente.

Con una política de Estado basada en una aprehensión de la salud como problema sociocultural complejo, sustentada en inversiones públicas crecientes y sostenidas, y articulada en un conjunto de políticas públicas de salud, se mejorarían sustancialmente las condiciones de salud de la población y por lo tanto el bienestar social. También se contribuiría a la equidad y justicia social, y lo que también es muy importante, se aprovecharía a plenitud el valor instrumental de la salud para el crecimiento económico y

el desarrollo humano. El desarrollo de esta investigación permite sustentar tales afirmaciones, y a la vez comprueba nuestra tesis de partida.

Podríamos concluir que en el marco de las reformas económicas y sociales necesarias en México, en materia de salud es urgente la instrumentación de un conjunto de políticas públicas de mediano y largo plazo enmarcadas constitucionalmente en una política de Estado en salud que garantice un financiamiento sostenido y suficiente, y con un propósito explícito de desarrollo humano y bienestar social.





# Bibliografía

- Abbagnano, N. (1972). *Diccionario de Filosofía*. Cuba: Instituto Cubano del Libro.
- Arredondo, A. (1999). *Economía de la Salud para América Latina*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Ciencias Económicas.
- Acosta, J. (2002). *Bioética para la Sustentabilidad*. Cuba: Publicaciones Acuario.
- \_\_\_\_\_ (1995). *Tendencias del debate bioético contemporáneo*. Boletín del Ateneo Juan César García, volumen 3 (3-4), pp. 35-49.
- Aguilar, F. (2007). *La hechura de las políticas públicas*. Colección Antologías de Política Pública. Segunda antología. México: Porrúa.
- \_\_\_\_\_ (2007). *El estudio de las políticas públicas*. Colección Antologías de Política Pública. Primera antología. México: Porrúa.
- \_\_\_\_\_ (2007). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Colección Antologías de Política Pública Tercera antología. México: Porrúa.
- \_\_\_\_\_ (2007). *La implementación de las políticas públicas*. Colección Antologías de Política Pública. Cuarta antología. México: Porrúa.
- Albi, E. (1999). *Teoría de la hacienda pública*. 2da edición. Barcelona: Ariel Economía.
- Álvarez, S. (s/f). *Temas de Medicina General Integral*. Vol. I. *Salud y Medicina*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Armas, A. (1999). *Conciencia y ecofilosofía*, en Acosta, J., *Cuba Verde*. Cuba: José Martí.
- Abad, J., y Díaz, C. (1999). *Historia de la Filosofía*. España: McGraw-Hill.
- Alonso, V. (2003). *Consumo de medicamentos y equidad en materia de salud en el área metropolitana de Buenos Aires, Argentina*. Revista Panamericana de Salud Pública, 82 (13) 6.
- Aguayo, S. (2002). *México en cifras*. México: Grijalbo.
- Ayala, J. (2000). *Diccionario moderno de economía del sector público*. México: Diana.

- Banco de Comercio Exterior de México (2003). *Pobreza: desarrollos conceptuales y metodológicos*. México: Revista de Comercio Exterior, volumen 53, núm. 5.
- Banco de Comercio Exterior de México (2003). *Pobreza: realidades y políticas*. México: Revista de Comercio Exterior, v. 53, núm. 6.
- Bartholomew, D., Steele, F. y Moustaki I. (2000). *The analysis and interpretation of multivariate data for social scientists*. Estados Unidos: Chapman and Hall/CRC.
- Bertalanffy, L. (1981). *Teoría general de sistemas*. España: FCE.
- Beverido, F. (1998). *La Tesis. Manual para la elaboración de tesis*. Textos universitarios. México: Universidad Veracruzana.
- Bezold, C. (1998). *Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Perspectivas para lograr salud para todos*. México: Institute for Alternative Futures-Fundación Mexicana para la Salud.
- Brea, F. y Luis, O. (2001). *Preludios a la Postmodernidad. Ensayos filosóficos*. República Dominicana: Academia de Ciencias de la República Dominicana.
- Brena, S. (2004). *El derecho y la salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- BID-FUNSAUD-INSPM-OPS-OMS (Enero/Marzo, 2003). *Núcleo de Acopio, análisis y difusión de información sobre iniciativas de reforma*. In Memoriam Juan Luis Londoño. Boletín trimestral 15.
- BID-FUNSAUD-INSPM-OPS-OMS. (Julio/Septiembre, 2003). *Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma*. Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud: su relevancia para la región de América Latina y el Caribe. Boletín trimestral 13.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). *Bioética. Temas y perspectivas de Organización Panamericana de la Salud*, Publicación Científica 527, VII, Estados Unidos.
- Bobbio, N. (1995). *Diccionario de Política*. Traducción de Raúl Crisafio. México: Siglo XXI.
- Breilh, J. (1989). *Epidemiología, economía, medicina y política*. México: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) de Quito, Ecuador.
- Bunge, M. (s/f). *Sistemas Sociales y Filosofía*. Argentina: Editorial Sudamericana.
- \_\_\_\_\_. (2000). *La Ciencia, su método y su filosofía*. Argentina: Siglo Veinte.

- Cárdenas, J. y Cosme, J. (2000). *Eficiencia en la Atención Primaria de la salud*. Serie Desarrollo de la Representación OPS/OMS CUBA. Núm. 24-2000.
- Cosme, J. (1999). *Economía y Salud. Conceptos, retos y estrategias*. Serie Desarrollo de la Representación OPS/OMS CUBA. Núm. 22-1999.
- Cortina, A. (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.
- \_\_\_\_\_ (1999). *Sobre ética, empresa y estado de bienestar*. En *La empresa ante la crisis del estado de bienestar*. España: Miraguano Ediciones.
- Colectivo de autores (2000). *Filosofía y sociedad*. 2 tomos. Cuba: Félix Varela.
- Castro, D. y Balart, F. (2002). *Cuba. Amanecer del tercer milenio*. Cuba: Ciencia, Sociedad y Tecnología. Editorial Científico-Técnica.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Ciencia, innovación y futuro*. Cuba: Ediciones Especiales. Instituto Cubano del Libro.
- Capra, F. (1998). *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Anagrama.
- Castellanos, P. (1991). *Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida*. Estados Unidos: OPS/OMS.
- Centro Interamericano de Seguridad Social-IMSS-México (1999). *Fundamentos de la economía de la salud*. México.
- Colegio Nacional de Profesores e Investigadores de Derecho Fiscal y Finanzas Públicas, A.C. (1998). *Financiamiento del Gasto Público*. México: Trillas.
- Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (1995). *Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud*. Serie de capacitación en investigación sobre sistemas de salud. Canadá. 2.
- Colectivo de autores (2003). *La economía de la salud. Un camino en la búsqueda de la eficiencia*. Cuba: Prensa Latina.
- Colectivo de autores (1987). *Filosofía y medicina*. Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.
- Colectivo de Autores (2003). *Economía y desarrollo*, edición especial. Cuba: Facultad de Economía de la Universidad de La Habana.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1997). *La brecha de la equidad*. Chile: Naciones Unidas.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1997). *Panorama social de América Latina*. Chile: Naciones Unidas.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2000). México: Ediciones Fiscales ISEF.
- Chávez, J. (2000). *Para recobrar la confianza en el gobierno. Hacia la transparencia y mejores resultados con el presupuesto público*. México: Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Propuesta de un análisis ético e interdisciplinario para diseñar y evaluar las políticas públicas*. Revista Panamericana de la Salud. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Consejo Nacional de Población, CONAPO-MEXICO (2001). *Índices de Desarrollo Humano 2000*. Colección Índices Sociodemográficos. México.
- Consejo Nacional de Población CONAPO-MEXICO (2001). *Índices de Marginación 2000*. Colección Índices Sociodemográficos. México.
- Crossman, R. (2000). *Biografía del Estado Moderno*. Traducción de J. A. Fernández de Castro, 2da. reimp. México: Fondo de Cultura Económica.
- Dietrich, H. (2000). *El fin del capitalismo global. El nuevo proyecto histórico*. México: Océano.
- Ministerio de Salud Pública de Cuba- Representación de la OPS-OMS en Cuba (2003). *La Economía de la Salud. Un camino en la búsqueda de la eficiencia*. Cuba: Editorial Prensa Latina.
- Colectivo de Autores (1987). *Filosofía y Medicina*. Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.
- Day, R. (1994). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Dieterlen, P. (1994). *La noción de justicia en la Teoría Contractualista de Rawls*, en Colectivo de Autores, *Intersticios de Filosofía y Política*. Publicación semestral de la Escuela de Filosofía de la Universidad Intercontinental. Año 1/Núm. 1.
- Díaz, E. (1991). *Ideas Robadas*. Argentina: Biblios.
- Dietrich, H. (1998). *Nueva guía para la investigación científica*. México: Colección Ariel.
- Delgado, C. (compilador) (1999). *Cuba Verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. Cuba: José Martí.
- Di Gropello, et. al. (1988). *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. Chile: CEPAL.

- Drummond, M. (1991). *Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud*. España: Editorial Díaz de Santos.
- De la Fuente, R. (1998). *Hacia la federalización de la salud en México*. México: Consejo Nacional de Salud.
- De la Fuente, R. y Mercedes, J. (1998). *La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida*. México: Consejo Nacional de Salud.
- Del Villar, F. (1990). *Problemas éticos de la tecnología médica*, en Colectivo de autores, *Bioética. Temas y perspectivas*, Publicación Científica núm. 527, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Donaldson, C. y Mugford M. (2002). *Economía de la salud basada en la evidencia*. Colombia: BMJ Books.
- Durr, H. (1999). *¿Podemos edificar un mundo sustentable, equitativo y apto para vivir?* En *Cuba verde: en búsqueda de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. Cuba: José Martí.
- Eco, U. (1997). *Kant y el ornitorrinco*. Italia: Lumen, S.A.
- \_\_\_\_\_ (2004). *Cómo se hace una tesis*. 5ta. reimp. España: Gedisa.
- Fundación Mexicana para la Salud (1997). *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México.
- Fabelo, J. (1999). *¿Qué tipo de antropocentrismo ha de ser erradicado?* En *Cuba verde: en búsqueda de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. Cuba: José Martí.
- Frenk, J. (1994). *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final*. Serie Economía y Salud. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- \_\_\_\_\_ (1994). *La Salud de la Población. Hacia una nueva salud pública*. México: SEP-FCE-CONACYT.
- Frenk, J., y Gómez, O. (2002). *Los Sistemas de Salud frente a la Globalización. Núcleo de acopio, análisis y difusión de información sobre iniciativas de reforma*. Boletín trimestral núm. 14. México: BID-FUNSALUD-INSPM-OMS.
- Fukasaku, K., y Hausmann, R. (1998). *Democracia, descentralización y déficit presupuestarios en América Latina*. Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.

- Fundación Panamericana para la Salud (1995). *Innovaciones de los sistemas de salud. Una perspectiva internacional*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Fundación Mexicana para la Salud (1997). *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*. Serie Economía y Salud. México.
- Fundación Mexicana para la Salud (1994). *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final*. Serie Economía y Salud. México.
- Fundación Mexicana para la Salud (1996). *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Visión general*. México.
- Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC, ONUSIDA y SSA México (2002). *Sistemas de información de respuestas nacionales contra el SIDA: indicadores financieros. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. México 1999-2000*. México.
- Fundación Mexicana para la Salud (2000). *Hacia un México más saludable. Una visión del sector privado*. Serie Economía y Salud. V. 17. México.
- Fundación Mexicana para la Salud (1997). *El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México*. Serie Economía y Salud. Vol. 15. México.
- Fundación Mexicana para la Salud (1999). *La regulación de la atención de la salud*. Serie Economía y Salud. Vol. 16. México.
- Fundación Mexicana para la Salud (2001). *La reforma de la salud en México*. Serie Economía y Salud. Vol. 18. México.
- Fundación Mexicana para la Salud (2001). *Research on Health Policies and Systems: FUNSALUD's Interest in the Matter*. Vol. 35, Suiza.
- Fundación Mexicana para la Salud (2002). *La salud, valor universal que unifica*. Núm. 37. México.
- Fundación Mexicana para la Salud (2002). *Opportunities for the Pharmaceutical Industry in the Institute of Genomic Medicine of Mexico*. México.
- De la Fuentes, J. R. (1960). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gallino, L. (2004). *Globalización y desigualdad*. México: Océano.
- Garret, M. (2001). *Futuros de Salud*. México: OPS-OMS-McGraw Hill.
- García, J. (1997). *Descentralización integral de los servicios de salud en Tabasco*. México: Revista Salud en Tabasco, 3(1).

- \_\_\_\_\_ (1996). *Experiencias de descentralización y garantía de calidad en servicios de salud*. México: Revista Salud en Tabasco, 2 (1).
- \_\_\_\_\_ (2002). *Justicia social y salud pública*. México: Revista Salud en Tabasco, 8(1).
- \_\_\_\_\_ (2003). *El Programa del Seguro Popular de Salud en México. Un análisis económico*. México: Revista Salud en Tabasco, 9 (1).
- \_\_\_\_\_ (2004). *Bioética, Salud Pública y Tecnología Médica*. México: Revista Salud en Tabasco, 10(1-2).
- Gracia, D. (s/f). *La Bioética Médica*. Estados Unidos: OPS. Publicación Núm. 527.
- Giddens, A. (2000). *La Tercera Vía. La renovación de la socialdemocracia*. México: Taurus.
- Gómez, P. (1997). *La antropología compleja de Edgar Morin. 'Homo complexus'*, España: Universidad de Granada.
- González, P. (2003). *La democracia en México*. 1ra. edición cubana. Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.
- Guadarrama, P. (2001). *Humanismo en el Pensamiento Latinoamericano*. Cuba: Editorial Ciencias Sociales.
- Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Editorial Taurus.
- Habermas, J. y Rawls, J. (1998). *Debate sobre el Liberalismo Político*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, F. y Loyola, I. (2006). *Salud pública. El milagro invisible*. México: Gerencia de Instituciones en Salud,.
- Hair, J., Anderson, R., y Tatham, R. (2000). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Horis, S. (2000). *Economía y salud en tiempos de reforma. Un camino crítico entre equidad y exclusión*. Argentina: Editorial Universidad Nacional de la Plata.
- Instituto de Estudios de la Revolución Democrática (2002). *México, Reforma fiscal política, política económica y deuda pública*. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2002). *Análisis de costos de intervenciones y programas de salud*. México: Centro de Investigaciones en Salud Poblacional.
- Instituto de Políticas Públicas y Estudios del Desarrollo-UDLA (2004). *Informe de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud. Versión para el diálogo con la sociedad*. México.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano (2002). *Informe sobre desarrollo humano 2002*. Estados Unidos: Mundi-Prensa 2002.
- Izazola, J. (2003). *El financiamiento de las respuestas nacionales contra el SIDA en América Latina y el Caribe y el flujo de financiamiento internacional*. México: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
- Jarquín, E. y Caldera, A. (2000). *Programas sociales, pobreza y participación ciudadana*. Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Jeannot, F. (2000). *Tercera vía. La nueva economía mixta que impone el pragmatismo*. México: Plaza y Valdés.
- Kelsen, H. (1992). *¿Qué es la Teoría Pura del Derecho?* Biblioteca de Ética, Filosofía del Derecho y Política. México: Fontamara.
- Kliksberg, B. (2002). *Ética y desarrollo. La relación marginada*. Argentina: El Ateneo-BID.
- Kottow, M. (1996). *Esbozo multicultural del principalismo bioético*. Chile: Cuadernos del Programa Regional de Bioética OP/OMS, No. 2.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the Health of Canadians* Ottawa, Health and Welfare. Canadá: Organización Panamericana de la Salud.
- Laudan, L. (2002). *Medicina coercitiva: paternalismo y salud pública*, en Colectivo de autores, *Responsabilidad y Libertad*. México: UNAM-FCE.
- Le Bonniec, Y. (2006). *Crecimiento equidad y ciudadanía. Hacia un nuevo sistema de protección social*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas.
- Locke, J. (2000). *Segundo tratado sobre el gobierno civil*. España: Alianza Nacional.
- Llera de la, E. (2001). *Salud, modo y estilo de vida*, en Álvarez, R. *Temas de medicina general integral*. Vol. 1. Salud y Medicina. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Lusting, N. (2005). *Invertir mejor en salud es saludable*, en revista Este País. Tendencias y opiniones. 168.
- Marchesi, J. y Sotelo, J. (2002). *Ética, crecimiento económico y desarrollo humano*. Madrid: Trota.
- Maquiavelo, N. (2000). *El Príncipe*. México: Ediciones Leyenda, S.A.
- Secretaría de Salud de México (2003). *México. Salud 2000. Información para la rendición de cuentas*. México.
- Montesano, J. (2001). *Manual de planeación estratégica en un sistema de salud*. México: Auroch.



- Martínez, R. (2000). *Teoría de la elección pública*. México: Universidad Veracruzana.
- Martínez, R. (1988). *Justicia social y bienes públicos*. México: Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones y Estudios Superiores Económicos y Sociales.
- Martínez, R. (1999). *Justicia imparcial, constitución y procedimientos generales*. México: Universidad Veracruzana.
- Martin, S. H. (1999). *La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación*. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente de Cuba (2001). *Ciencia e innovación tecnológica*. Documentos rectores. Cuba: Editorial Academia.
- Ministerio de Economía y Finanzas de Perú. Oficina de inversiones (2000). *Manual de identificación, formulación y evaluación de proyectos de salud*. Perú: Editor.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Antropos.
- \_\_\_\_ (1981). *El método, I: La naturaleza de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- \_\_\_\_ (1983). *El método, II: La vida de la vida*. Madrid: Cátedra
- \_\_\_\_ (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- \_\_\_\_ (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Francia: UNESCO.
- \_\_\_\_ (2001). *La mente bien ordenada. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*. Barcelona: Seix Barral.
- \_\_\_\_ (1988). *El método, III: El conocimiento del conocimiento*. Madrid: Cátedra.
- \_\_\_\_ (1992). *El método, IV: Las ideas. Su hábitat, su vida, sus costumbres, su organización*. Madrid: Cátedra.
- \_\_\_\_ (2003). *El método, V: La humanidad de la humanidad. La identidad humana*. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. y Kern, A. B. (1993). *La Reforma del pensamiento*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Nigenda, G. (2003). *Descentralización y programas de salud reproductiva*. México: Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico*. Suiza: Informe de la Comisión Sobre Macroeconomía y Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2000). *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Harvard Center for Population and Development Studies*. Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (1987). *Economía de la Salud*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 103(6). Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial (2002). *La calidad del crecimiento*. Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). *Bioética. Temas y perspectivas*. Estados Unidos: Publicación Científica Núm. 527.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *La medición de las desigualdades de salud*, en Revista Panamericana de Salud Pública. 12(6). Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Pan American Journal of Public Health*. 12(5). Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Salud y desarrollo humano en la nueva economía. Contribuciones y perspectivas de la sociedad civil en las Américas*. Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *La salud en las Américas*. Vol. I y II, Publicación Científica y Técnica número. 587. Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud, Fundación Rockefeller (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Publicación científica y técnica No. 585. Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Estados Unidos.
- OCDE (2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*. México.
- Pan American Health Organization (2001). *Equity & Health. Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Occasional Publication núm. 8. Estados Unidos.
- Pellegrini, A. (2000). *Ciencia en Pro de la Salud. Notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe*. Estados Unidos: OPS.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2002). *Informe sobre desarrollo humano 2002*. Ediciones Mundi-Prensa, Estados Unidos.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2003). *Informe sobre desarrollo humano*. México 2002. Ediciones Mundi-Prensa, México.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2010). *Informe sobre desarrollo humano 2010*. Edición del vigésimo aniversario. Ediciones Mundi-Prensa, México.
- Rodríguez, J. (1995). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: estilos de vida y salud*, en *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rawls, J. (1976). *Teoría de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_ (2002). *La justicia como equidad. Una formulación*. Barcelona: Paidós.
- Rousseau, J. (2001). *El contrato social*. México: Edivisión Compañía Editorial.
- Revista de la Academia Mexicana de Ciencias (2003). *The royal society*. *Ciencia. Nuevos materiales del siglo XXI*. 54(1).
- Revista Contralínea. Periodismo de Investigación (2003). *El mercado negro de la salud*. Año 1. Núm. 9, México.
- Saguier, J. (2002). *Conciencia, ética y valores humanos. En ética y desarrollo. La relación marginada*. Argentina: El Ateneo-BID.
- Salana, P., Marques, J. y Lautier, B. (2005). *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas.
- Secretaría de Salud (2002). *Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas*. México: Talleres Gráficos de México.
- Secretaría de Salud (2002). *Sistema nacional de información en salud 2001-2006*. México.
- Secretaría de Salud (2002). *Programa de acción en materia de evaluación del desempeño 2001-2006*. México.
- Secretaría de Salud (2001). *Síntesis ejecutiva. Gasto público en salud 1999-2000*. México.
- Secretaría de Salud (2011). *Sistema de protección social en salud. Informe de resultados enero-junio de 2011*. México.
- Secretaría de Salud (2011). *Rendición de cuentas en salud 2010*. México.
- Secretaría de Gobernación de México, Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Foro de Federaciones (2003). *Federalismo y políticas de salud. Descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. México.

- Soros, G. (1999). *La crisis del capitalismo global. La sociedad abierta en peligro*. México: Plaza&Janés.
- Stiglitz, J. (1997). *La economía del sector público*. España: Antoni Bosch.
- Sen, A. (1998). *Bienestar, justicia y mercado*. Serie Pensamiento Contemporáneo, 1ra. reimp. España: Paidós.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Desarrollo y Libertad*. 1ra. Edición México: Planeta.
- Vargas R. (1995). *Notas para una bioética ambiental*, en *Temas de Bioética ambiental*, Colección Textos y Manuales. Colombia: Centro Editorial Javeriano.
- Warner, K. y Luce, B. (s/f). *Análisis de costo-beneficio y costo eficiencia en la atención de la salud. Principios, prácticas y potencialidades*. México: Fondo de Cultura Económica.
- White, K., Frenk, J. y Ordoñez, C. (1992). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Canadá.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *UNAIDS. The HIV epidemic in Latin America and the Caribbean: impact and response. A multidisciplinary view*. Suiza: Lippincott Williams & Wilkins.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Implications of the Doha Declaration on the Trips Agreement and Public Health*. HEALTH economics and Drugs. Serie EDM núm. 12. Suiza.
- Zanier, J. (1998). *Criterios de justicia en la distribución y asignación de recursos en salud*. Argentina: Ediciones Suárez, Mar del Plata.

## **Anexos estadísticos**



**Tabla 1.**  
**Condiciones de salud en las Américas. Año 2002-2006**

País	Población (millones)	Esperanza de vida	Mortalidad general infantil	Principales causas de mortalidad
Argentina	38	74.1	7.8 General 19 Infantil	1.Enfermedades del sistema circulatorio 2.Neoplasias 3.Enfermedades transmisibles
Brasil	108.1	68	7.0 General 30 Infantil	1.Enfermedades del sistema circulatorio 2.Causas externas 3. Neoplasias
Canadá	31.3	79.3	7.7 General 5 Infantil	1.Sistema circulatorio 2.Neoplasias malignas 3.Causas externas 4.Transmisibles
Chile	15.6	76	5.7 General 10 Infantil	1.Del sistema circulatorio 2.Neoplasias malignas 3.Transmisibles 4.Externas
Colombia	43.5	72.1	6.4 General 19 Infantil	1.Del sistema circulatorio 2.Externas 3.Neoplasias malignas 4.Transmisibles
Costa Rica	4.1	78	4.0 General 9 Infantil	1.Del sistema circulatorio 2.Neoplasias 3.Externas
Cuba	11.3	76.7	7.2 General 7 Infantil	1.Del sistema circulatorio 2.Neoplasias malignas 3.Cerebrovasculares 4.Influenza y neumonías Neoplasias malignas
Estados Unidos	291	77	8.4 General 7 Infantil	Enfermedades cardiovasculares Enfermedades transmisibles Externas 1.Transmisibles: neumonía, diarreas y desnutrición
Guatemala	12	65.7	6.8 General 36 Infantil	2.Externas: homicidios 3.Cardiovasculares 4.Neoplasias
Haití	8.2	49.4	12.6 General 79 Infantil	1.Transmisibles
Paraguay	5.7	70.7	5.1 General 26 Infantil	1.Sistema circulatorio 2.Neoplasias malignas 3.Externas
Perú	26.8	69.7	6.2 General 30 Infantil	1.Transmisibles 2.Del sistema circulatorio 3.Neoplasia malignas 4.Externas
Uruguay	3.4	75.2	9.3 General 14 Infantil	1.Del sistema circulatorio 2.Neoplasias malignas 3.Externas
Venezuela	25.2	73.6	4.7 General 19 Infantil	1.Del sistema circulatorio 2.Neoplasias malignas 3.Externas 4.Transmisibles

Fuente: Elaboración propia con base en:

1.Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). *La salud en las Américas*. Publicación Científica y Técnica núm. 587. Estados Unidos: OPS.

2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2005). Informe sobre Desarrollo Humano 2004. Ediciones Mundi-Prensa. Estados Unidos: PNUD

**Tabla 2.**  
*Respuesta social organizada para la salud en las Américas*

País	Marco jurídico	Políticas de organización del Sistema de Salud	Recursos humanos para la salud (médicos por cada 100 mil habitantes)	Financiamiento de la salud. Gasto como % del PIB y gasto per cápita
Argentina	Existen políticas nacionales de salud establecidas por el Decreto 455 del año 2000.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Un Ministerio de Salud que atiende a población sin Seguridad Social.</li> <li>2. Un Plan Médico Obligatorio para los agentes del Sistema Nacional de Seguros de Salud.</li> <li>3. Descentralización</li> <li>4. Impulso a la investigación y tecnología en salud.</li> </ol>	304	<p>9.5% (5.1 público y 4.4 privado).</p> <p>55% público (60% seguridad social, 40% por impuestos).</p> <p>US\$1,130 gasto per cápita.</p>
Brasil	<p>Política nacional de salud fundamentada en la Constitución Federal de 1988.</p> <p>Enmienda constitucional del 2000 que obliga a las tres instancias al aumento del gasto en salud Federal como % del PIB, y estatal y municipal con 12% y 15% del valor de los impuestos recaudados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema Único de Salud (SUS). Principios: acceso universal e igualitario a las acciones de salud.</li> <li>2. Estrategias: descentralización de la gestión hasta el nivel municipal; integralidad de la atención, y participación comunitaria.</li> <li>3. Iniciativa privada complementaria.</li> </ol>	206	<p>7.6% (3.2 público y 4.4 privado).</p> <p>41.2% financiamiento público a través del SUS.</p> <p>58.8% es gasto privado.</p> <p>US\$383 gasto per cápita.</p>
Canadá	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema público de asistencia sanitaria.</li> <li>2. Foro Nacional de Salud impulsado por el gobierno federal en 1994.</li> <li>3. Del foro se deriva en 1997 el informe "Gestión de la salud en Canadá: construir el patrimonio", basado en los principios de valores y equilibrio; factores determinantes de la salud y decisiones basadas en pruebas científicas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creación del fondo transitorio para la salud.</li> <li>2. Apoyo a la investigación en salud con la creación de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud (CIHR por sus siglas en inglés).</li> <li>3. Cobertura universal en atención médica y servicios hospitalarios</li> </ol>	187	<p>8.6% (6.8 público y 1.8 privado).</p> <p>US\$2,782 gasto per cápita.</p> <p>Sistema de atención de salud financiado por impuestos federales y provinciales, administrado en su mayoría por el sector público con servicios prestados por instituciones privadas sin fines de lucro.</p> <p>Los hospitales privados con fines de lucro son menos del 5% del total.</p>



**Tabla 2.**  
*Respuesta social organizada para la salud en las Américas (continuación)*

País	Marco jurídico	Políticas de organización del Sistema de Salud	Recursos humanos para la salud (médicos por cada 100 mil habitantes)	Financiamiento de la salud. Gasto como % del PIB y gasto per cápita
Chile	<p>Políticas y planes de salud por períodos sexenales. Estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantizar los derechos ciudadanos en materia de salud.</li> <li>2. Reforma solidaria del sistema de financiamiento.</li> <li>3. Programa de acceso equitativo a la salud.</li> <li>4. Modernizar la red de protección social de salud.</li> <li>5. Una política de Estado de promoción de la salud.</li> <li>6. Prioridad al nivel primario de atención.</li> <li>7. Fortalecimiento de los equipos de salud familiar y comunitaria.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema de servicios de salud mixto.</li> <li>2. Presencia de un seguro de salud público mediante Ley del Fondo Nacional de Salud (FONASA).</li> <li>3. Presencia de instituciones aseguradoras privadas denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).</li> <li>4. El FONASA cubre al 63% de la población; las ISAPRE el 23%, y el 14% restante es cubierto por sistemas particulares.</li> </ol>	115	<p>6.8% (2.9 público y 3.9 privado). US\$279 gasto per cápita en salud.</p>

**Tabla 2.**  
*Respuesta social organizada para la salud en las Américas (continuación)*

País	Marco jurídico	Políticas de organización del Sistema de Salud	Recursos humanos para la salud (médicos por cada 100 mil habitantes)	Financiamiento de la salud. Gasto como % del PIB y gasto per cápita
Colombia	<p>1. Implantación en 1990 de la Ley 10 de Municipalización de la Salud encaminada al fortalecimiento de los ámbitos jurisdiccionales.</p> <p>2. Ley 100 impulsada en 1993 con la que se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que incluye: un Sistema General de Pensiones, la cobertura de riesgos profesionales, los Servicios Sociales Complementarios y el Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> <p>3. En su conjunto, el SGSSS persigue ampliar la cobertura para las personas del régimen contributivo, las del régimen subsidiado y las denominadas "vinculadas" (las incluidas en el sistema mediante subsidio a la oferta por hallarse impedidas para incorporarse al régimen subsidiado o al contributivo).</p>	<p>1. Política de salud que busca la eficiencia económica del gasto social mediante el mercado y a competencia regulada.</p> <p>2. Separación de funciones, el aseguramiento público y privado y la competencia entre ambos, la provisión pública y privada de paquetes básicos de atención individual, competencia entre proveedores para mejorar la eficiencia y calidad, y la libertad de elección.</p> <p>3. La excesiva liberalización económica y desregulación ha provocado una crisis en el SGSSS.</p> <p>4. Alternativas planteadas en el 2000:</p> <p>a) Ampliación de la base tributaria.</p> <p>b) Impuesto especial sobre operaciones financieras.</p> <p>c) Controles sobre la evasión de impuestos.</p> <p>d) Congelamiento de salarios públicos, reducción de burocracia y gastos que no fueran inversión.</p>	94	<p>5.5% (3.6 público y 1.9 privado).</p> <p>US\$356 gasto per cápita.</p>
Costa Rica	<p>1. Política Nacional de Salud y Plan Nacional de Salud, articulados en base a la política social establecida en el Plan Nacional de Desarrollo Humano.</p> <p>3. Presencia del Ministerio de Salud y creación de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS).</p>	<p>1. Sistema de servicios de salud mixto.</p> <p>2. Reforma del sector en 1990 en base a:</p> <p>a) Rectoría del Ministerio de Salud</p> <p>b) Reorganización del modelo de atención; modificación del sistema de asignación de recursos, y fortalecimiento de la CCSS.</p>	160	<p>7.2% (4.9 público y 2.3 privado).</p> <p>US\$562 gasto per cápita.</p>

**Tabla 2.**  
*Respuesta social organizada para la salud en las Américas (continuación)*

País	Marco jurídico	Políticas de organización del Sistema de Salud	Recursos humanos para la salud (médicos por cada 100 mil habitantes)	Financiamiento de la salud. Gasto como % del PIB y gasto per cápita
Cuba	<p>Plan de Desarrollo Estratégico del Sector Salud que comprende las siguientes políticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incrementar la eficiencia y calidad de los servicios de salud</li> <li>2. Garantizar la sostenibilidad del sistema</li> <li>3. Eliminar las desigualdades de salud entre regiones y grupos de población.</li> <li>4. Prioridad de las acciones de promoción y prevención de la salud como componentes de la atención primaria y la medicina familiar.</li> <li>5. La descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria.</li> <li>6. Fortalecimiento de los servicios en el segundo y tercer nivel de atención.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema de salud público.</li> <li>2. Sistema estructurado en tres niveles: nacional, provincial y municipal.</li> <li>3. Estrategias del sistema de salud:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Reorientación del sistema hacia la atención primaria</li> <li>b) Revitalizar la atención hospitalaria</li> <li>c) Impulsar los programas de tecnología de punta y los institutos de investigación</li> <li>d) Desarrollar el programa de medicamentos, medicina natural y tradicional</li> <li>e) Priorizar la atención estomatológica, oftalmológica y de urgencias</li> </ol> </li> <li>Programas prioritarios: materno infantil, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles y atención del adulto mayor.</li> <li>4. Cobertura del 99.1% de la población, sustentada en el programa de Atención Primaria de la Salud (APS).</li> <li>5. El modelo de atención cubre todo el ciclo vital del individuo y la familia.</li> </ol>	596	<p>7.2% (6.2 público y 1.0 privado). US\$229 gasto per cápita.</p>

**Tabla 2.**  
*Respuesta social organizada para la salud en las Américas (continuación)*

País	Marco jurídico	Políticas de organización del Sistema de Salud	Recursos humanos para la salud (médicos por cada 100 mil habitantes)	Financiamiento de la salud. Gasto como % del PIB y gasto per cápita
Estados Unidos	Intervienen los gobiernos federal, estatales y locales. El primero a través del Departamento de Salud y Servicios Sociales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conglomerado de sistemas de diversa complejidad.</li> <li>2. Los servicios directos de atención de salud son provistos por el sector privado mediante seguros médicos.</li> <li>3. El financiamiento público es a través de seguros médicos para poblaciones vulnerables y cubre programas específicos de salud pública (Medicare y Medicaid).</li> <li>4. Los servicios son provistos por medio de miles de hospitales y dispensarios del sector privado.</li> </ol>	279	<p>13,9% (6.2 público y 7.7 privado).            US\$4.887 gasto per cápita en salud.            Es de llamar la atención el aumento sostenido de los costos de la atención de salud.            \$US4,358 per cápita en 1999.            En 1998 más de 44 millones de personas no tenían cobertura de seguro médico.</p>
Guatemala	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La Constitución reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental y un bien público.</li> <li>2. Para ello se implementó el Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema de salud integrado por tres sectores: privado lucrativo, privado no lucrativo y público</li> <li>2. Reforma sectorial en 200-2004 para: a) Mejoramiento de la equidad y eficiencia en la prestación de los servicios. b) Extender la cobertura de los servicios básicos de salud enfocándolos a los más pobres. c) Aumentar el gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector asegurando su sustentabilidad. d) Reorientar la asignación de los recursos. e) Aumentar la eficiencia del sector público. f) Generar una respuesta social organizada con amplia participación social y comunitaria.</li> </ol>	109	<p>4.8% (2.3 público y 2.5 privado).            US\$199 gasto per cápita.</p>

**Tabla 2.**  
*Respuesta social organizada para la salud en las Américas (continuación)*

País	Marco jurídico	Políticas de organización del Sistema de Salud	Recursos humanos para la salud (médicos por cada 100 mil habitantes)	Financiamiento de la salud. Gasto como % del PIB y gasto per cápita
Haití	-	-	25	5.1 (2.7 público y 2.4 privado). US\$56 gasto per cápita.
Paraguay	La Constitución establece el derecho a la salud mediante un Sistema Nacional de Salud promulgado en 1996 a través de la Ley 1.032 y que contempla los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social.	Una política nacional de salud que pretende: a) La reorganización de los servicios de salud. b) El fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. c) El desarrollo del Sistema Nacional de Salud. d) La movilización y ejecución de recursos financieros. e) Nuevos modelos de aseguramiento a la población. f) La descentralización de los servicios de salud. g) Impulso de los procesos de promoción de la salud.	49	8% (3.1 público y 4.9 privado). US\$332 gasto per cápita.
Perú	1. Marco jurídico renovado en 1997 con la promulgación de la Ley General de Salud y Ley de Modernización de la Seguridad Social. En 1999 se crea el Seguro Social de Salud. El Ministerio de Salud como órgano rector del sector.	Servicios de salud mixtos. El público incluye población no asegurada y asegurada. El sector privado se concentra en las grandes ciudades. Existe escasa coordinación funcional y fragmentación y subregistro de la información.	103	4.7% (2.6 público y 2.1 privado). US\$231 gasto per cápita.

**Tabla 2.**  
*Respuesta social organizada para la salud en las Américas (continuación)*

País	Marco jurídico	Políticas de organización del Sistema de Salud	Recursos humanos para la salud (médicos por cada 100 mil habitantes)	Financiamiento de la salud. Gasto como % del PIB y gasto per cápita
Uruguay	El sector está normado por el Ministerio de Salud Pública.	Sistema de salud integrado por dos sectores: público y privado. Objetivos: a) Fortalecer el funcionamiento gerencial de las instituciones públicas y privadas de salud. b) Adecuar la oferta de prestaciones según las características epidemiológicas y necesidades de la población. c) Universalizar la cobertura de salud de la población facilitando el acceso y la atención en los cuatro niveles de complejidad. d) Promover la participación de los usuarios de los servicios.	387	11% (5.1 público y 5.9 privado). US\$971 gasto per cápita.
Venezuela	La Constitución establece el derecho a la salud. Para ello se crea un Sistema Nacional de Salud.	Sistema mixto en el que participan el Estado y el sector privado. En el primero se cuenta con servicios para no derechohabientes y derechohabientes. Rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Políticas de salud caracterizadas por la descentralización, la reestructuración del nivel central, la aplicación de un modelo integral a la población, prevención y control de la morbilidad y la mortalidad prevalente, y garantía en el funcionamiento eficiente, efectivo, equitativo y solidario del sistema de salud.	200	6.1% (3.8 público y 2.3 privado). US\$386 gasto per cápita.

Fuente: Elaboración propia con base en:

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *La salud en las Américas* v. 2. Publicación Científica y Técnica núm. 587. Estados Unidos: OPS.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2005). *Informe sobre Desarrollo Humano 2004*. Estados Unidos: PNUD

Tabla 3

Tendencias demográficas

	Población total (millones)			Tasa anual de crecimiento demográfico		Población urbana (% del total)		Población menor de 15 años (% del total)		Población de 65 años y más (% del total)		Tasa total de fecundidad (nacidos por cada mujer) 1970-75 2000-05	
	1975	2002	2015	1975-2002	2002-15	1975	2002	2015	2002	2015	2002		2015
<b>Desarrollo humano alto</b>													
Noruega	4,0	4,5	4,7	0,4	0,3	68,2	77,6	16,6	19,7	16,6	15,2	18,0	2,2
Suecia	8,2	8,9	9	0,4	0,3	82,7	83,3	84,3	17,9	15,7	17,4	21,4	1,9
Australia	13,9	19,5	21,7	1,3	0,8	85,9	91,6	94,9	20,1	17,3	12,8	15,5	2,5
Canadá	23,1	31,3	34,1	1,1	0,7	75,6	80,0	84,0	18,4	14,8	12,5	15,4	2,2
Países Bajos	13,7	16,1	16,8	0,6	0,3	56,9	65,4	71,4	16,4	16,4	13,8	17,4	2,1
Estados Unidos	220,2	291	329,7	1	1,0	73,7	79,8	83,6	21,6	20,3	12,2	14,2	2,0
Japón	111,5	127,5	127,2	0,5	-	56,8	62,3	67,7	14,3	13,0	18,2	26,0	2,1
Swiza	6,3	7,7	7,7	0,5	-0,2	59,7	62,3	68,7	14,2	13,0	16,4	26,0	2,1
Reino Unido	55,4	59,1	61,3	0,5	0,3	32,7	38,0	40,2	18,7	15,9	15,9	17,8	2,0
Francia	52,7	59,8	62,5	0,5	0,4	32,5	39,1	40,0	18,6	17,8	16,2	18,5	2,3
Alemania	78,7	82,4	82,5	0,2	-	81,2	81,9	80,0	15,2	15,2	17,1	20,8	1,6
España	55,6	41,0	41,2	0,5	-	81,0	82,9	82,2	17,3	13,2	19,2	19,2	2,4
Argentina	26,0	38	43,4	1,4	1,0	78,4	86,6	90,2	27,8	23,6	7,5	9,8	3,6
Chile	10,3	15,6	18	1,5	1,1	42,5	60,1	66,8	30,4	23,9	5,5	7,4	4,3
Costa Rica	2,1	4,1	5	2,6	0,6	83,4	92,4	94,4	24,6	22,5	13,1	13,7	3,0
Uruguay	2,8	3,4	3,7	0,7	0,6	73,4	89,2	91,6	29,0	24,5	5,5	8,3	3,4
Bahamas	0,2	0,3	0,4	1,8	0,9	64,2	75,5	78,1	20,3	16,3	10,2	14,4	3,0
Cuba	9,3	11,3	11,5	0,7	2	62,8	75,2	78,8	32,8	26,4	5,0	6,8	6,5
México	59,1	102,0	119,6	2	1,2	62,8	75,2	78,8	32,8	26,4	5,0	6,8	6,5
Trinidad y Tobago	1,0	1,3	1,3	0,9	0,3	63,0	75,0	79,7	23,3	19,7	6,9	10,0	3,5
<b>Desarrollo humano medio</b>													
Federación Rusa	134,2	144,1	133,4	0,3	-0,6	66,4	73,3	74,3	16,5	13,7	13,2	14,3	2,0
Panamá	1,7	3,1	3,8	2,1	1,6	49,0	56,8	61,7	31,2	27,5	5,7	7,5	4,9
Venezuela	12,7	25,2	31,2	2,5	1,6	75,8	87,4	90,0	33,0	27,6	4,6	6,6	4,9
Brasil	108,1	176,3	202	1,8	1	61,2	82,4	88,4	28,3	24,1	5,4	7,5	4,7
Colombia	25,4	43,5	52,2	2	1,4	60,0	76,0	81,3	32,1	27,0	4,9	6,5	5,0
Jamaica	2,0	2,6	3	1	1,0	44,1	52,1	54,2	30,8	25,8	7,1	7,7	5,0
Perú	15,2	26,8	32	2,1	1,4	61,5	73,5	78,0	33,6	27,5	5,0	6,5	2,9
Paraguay	2,7	5,7	7,7	2,9	2,2	39,0	56,6	64,3	38,8	34,2	3,6	4,3	5,7
China	927,8	1295	1402,3	1,2	0,6	17,4	37,7	49,5	23,7	19,4	7,1	9,4	1,8
República Dominicana	5,0	8,6	10,1	2	1,2	45,7	58,9	64,6	32,5	28,3	4,6	6,4	5,6
Belize	0,1	0,3	0,5	2,3	1,3	50,2	48,2	51,8	37,9	31,1	4,4	4,8	6,3
Ecuador	6,9	12,8	15,2	2,3	1,8	42,4	61,3	67,6	33,1	27,1	5,0	6,6	6,0
El Salvador	4,1	6,4	7,6	1,6	1,3	41,5	59,3	64,2	35,1	29,4	5,3	6,5	6,1
Bolivia	4,8	8,6	10,8	2,2	1,7	41,3	62,9	69,0	39,0	32,8	4,4	5,3	6,5
Honduras	3,0	6,8	8,8	3	2,0	33,1	45,2	52,3	40,7	35,5	3,6	4,5	7,1
Nicaragua	2,5	5,3	7	2,8	2,1	48,0	56,6	62,3	41,9	34,9	3,1	3,8	6,8
Guatemala	2,0	12	16,2	2,6	2,3	36,7	45,3	51,2	43,9	37,2	3,1	3,9	6,5
India	620,7	1050	1246,4	1,9	1,3	21,3	28,1	32,2	33,3	27,7	5,1	6,3	5,4
<b>Desarrollo humano bajo</b>													
Pakistán	70,3	149,9	204,5	2,8	2,4	26,4	33,7	39,5	41,5	38,1	3,7	4,0	6,3
Uganda	10,8	25	39,3	3,1	3,5	8,3	12,2	14,2	50,1	49,7	2,6	2,3	7,1
Kenya	13,6	31,5	36,9	3,1	1,2	12,9	38,2	51,8	42,1	36,5	2,9	3,4	8,1
Yemen	6,9	19,3	30,7	3,8	3,6	14,8	25,3	31,3	48,7	47,2	2,3	2,2	8,4
Nigeria	54,9	120,9	161,7	2,9	2,2	23,4	45,9	55,5	44,6	40,6	3,1	3,4	6,9
Haití	4,9	8,2	9,7	1,9	1,3	21,7	36,9	45,5	39,1	35,1	3,9	4,5	5,8
Angola	6,2	13,2	19,3	2,8	2,9	17,4	34,9	44,9	47,5	41,9	2,7	2,6	6,6
Mozambique	10,6	18,5	22,5	2,1	1,5	8,7	34,5	44,5	44,0	41,2	3,2	3,5	6,6
Niger	4,8	11,5	18,3	3,3	2,3	10,6	21,6	29,7	50,0	49,7	2,0	1,9	8,0
Sierra Leona	2,9	4,8	6,4	1,8	2,3	21,4	38,1	47,6	44,2	44,1	2,9	3,0	6,5

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2011). Informe sobre Desarrollo Humano 2010. Estados Unidos: PNUD.

**Tabla 4.**  
Esperanza de vida al nacimiento y mortalidad infantil. México 2002-2010

Entidad Federativa	Esperanza de vida al nacimiento 2002		Esperanza de vida al nacimiento 2010		Mortalidad infantil/1 2002		Mortalidad infantil/1 2010	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	72.15	77.09	73.1	77.8	23.85	18.83	15.7	12.5
Aguascalientes	72.92	77.69	73.5	77.8	19.95	15.52	13.7	11
Baja California	73.69	78.09	73.8	78.6	18.96	14.64	12.4	9.9
Baja California sur	72.71	77.71	73.8	78.6	20.56	16.03	12.6	10.1
Campeche	71.61	76.47	73.1	77.6	25.55	20.38	16.1	12.8
Coahuila	73.04	77.80	72.8	77.4	19.08	14.78	12.5	10
Colima	72.71	77.45	73.3	78.3	20.81	16.27	12.9	10.3
Chiapas	70.27	75.60	72.1	76.7	31.41	25.45	21.5	17.5
Chihuahua	73.15	77.85	73.8	78.2	20.68	16.13	13.9	11.1
Distrito Federal	73.51	78.20	73.8	78.8	17.75	13.60	11.7	9.4
Durango	72.09	76.97	72.5	77.8	23.35	18.46	16.4	12.9
Guanajuato	72.05	76.92	73.5	77.9	23.88	18.92	16.5	13.1
Guerrero	70.48	75.89	71.6	76.1	30.41	24.59	21.9	17.7
Hidalgo	71.16	76.43	72.8	77.5	26.91	21.55	17.1	13.6
Jalisco	72.75	77.56	73.4	77.9	21.05	16.46	14	11.1
México	72.66	77.54	73.6	78.5	21.12	16.52	14.8	11.8
Michoacán	71.78	76.74	72.9	77.2	25.11	19.97	17.7	14
Morelos	72.47	77.29	73.6	78.7	22.02	17.31	13.8	11
Nayarit	72.05	77.03	73.1	77.5	23.91	18.92	15.6	12.3
Nuevo León	73.17	77.95	73.2	78.1	18.16	13.98	11.1	8.9
Oaxaca	70.51	75.81	72.3	77.8	30.55	24.70	19.6	15.8
Puebla	71.46	76.71	73.1	78	26.22	20.92	18.3	14.6
Querétaro	72.16	77.12	73.3	78.2	23.12	18.26	15.4	12.3
Quintana Roo	72.48	77.32	74.2	78.8	21.99	17.28	13.5	10.9
San Luis Potosí	71.60	76.61	73.1	77.8	25.80	20.58	16.4	13
Sinaloa	72.24	77.13	72.7	77.8	22.99	18.15	14.7	11.6
Sonora	72.91	77.61	73.1	78	20.62	16.09	13	10.4
Tabasco	71.51	76.55	72.8	77.2	26.20	20.92	16.6	13.2
Tamaulipas	72.65	77.42	73	77.7	20.86	16.31	12.8	10.2
Tlaxcala	72.14	77.25	74	78.5	23.16	18.27	16.5	13.1
Veracruz	71.11	76.30	71.9	76.6	27.28	21.87	18.4	14.7
Yucatán	71.61	76.57	73.1	77.7	25.07	19.96	15.7	12.5
Zacatecas	71.76	76.62	73.7	78.2	25.52	20.34	17.4	13.3

Fuente:

1. Consejo nacional de Población (CONAPO) (2010). Proyecciones de población 2000-2050. México: CONAPO
  2. Secretaría de Salud (SSA). (2003). Salud México 2002. Información para la Rendición de Cuentas. Proyecciones de población 2005-2030. México: SSA.
- 1/Se refiere a la probabilidad de morir por cada mil niños menores de 1 año.



**Tabla 5.** Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México, 2010. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad general														
	Esperanza de vida al nacimiento 1/			Tasa global de fecundidad 1/			Hombres			Mujeres			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Observada	Estándar	3/	Observada	Estándar	3/	Observada	Estándar	3/	Observada	Estándar	3/
Nacional	73,1	77,8	75,4	2,1	5,8	7,5	4,5	5,2	5,1	5,1	6,3	5,1	4,4	5,5	6,2
Aguascalientes	73,5	77,8	75,6	2,2	4,8	7,1	4,1	4,2	4,5	5,5	6,2	4,4	3,7	5,2	6,6
Baja California	73,8	78,6	76,2	2	5,3	8	3,4	5,2	4,5	5,5	6,6	4,5	3,7	5,2	6,6
Baja California Sur	73,8	78,6	76,2	2	4,7	7,4	3,4	4,8	4,1	4,8	6,1	4,1	3,4	4,8	6,1
Campeche	73,1	77,6	75,3	2	5,4	7,3	3,8	5,3	4,6	5,3	6,2	4,6	3,8	5,3	6,2
Coahuila	72,8	74,4	75,1	2,1	4,5	6,4	3,6	4,6	4,1	4,6	5,5	4,1	3,6	4,6	5,5
Colima	73,8	78,3	75,8	1,9	5,6	7,1	4	4,6	4,8	4,6	5,8	4,8	4	4,6	5,8
Chiapas	72,5	76,7	74,4	2,3	4,6	7,1	3,7	5,6	4,1	5,6	6,3	4,1	3,7	5,6	6,3
Chihuahua	73,5	78,2	76	2,1	7,9	9,6	4,7	7,9	6,3	5,5	7,6	4,1	4,7	5,5	7,6
Distrito Federal	72,5	78,8	76,3	1,7	6,5	7,4	5,9	5,1	6,1	5,1	6,1	6,1	5,9	5,1	6,1
Durango	73,5	77	74,8	2,2	7,1	8,8	5,8	5,8	5,9	5,8	7,3	5,9	4,7	5,8	7,3
Guanajuato	71,6	77,9	75,7	2,1	6,1	7,8	4,7	5,5	5,3	5,5	6,6	5,3	4,7	5,5	6,6
Guerrero	72,8	76,1	73,8	2,2	5,2	6,6	3,7	4,3	4,4	4,3	5,4	4,4	3,7	4,3	5,4
Hidalgo	73,4	77,5	75,1	2,3	6	7,4	4,5	5,1	5,2	5,1	6,2	5,2	4,5	5,1	6,2
Jalisco	73,6	77,9	75,6	2,1	6,1	7,7	4,8	5,3	5,4	5,3	6,4	5,4	4,8	5,3	6,4
México	72,1	78,9	76	2,1	4,9	7,2	4	5,3	4,4	5,3	6,2	4,4	4	5,3	6,2
Michoacán	73,6	77,2	75,1	2	5,8	6,6	4,3	4,5	5	4,5	5,4	5	4,3	4,5	5,4
Morelos	73,1	78,7	75,3	2,1	6,2	7,2	4,9	5,8	5,1	5,1	6,1	5,5	4,9	5,1	6,1
Nayarit	73,2	77,5	75,6	2	6,8	7,6	4,7	6,8	5,1	5,1	6,3	5,8	4,7	5,1	6,3
Nuevo León	72,3	78,1	74,6	2,1	5,3	7,4	4,1	4,9	4,7	4,9	6,1	4,9	4,1	4,9	6,1
Oaxaca	73	77	75,5	2	6,9	7,8	5,2	7,8	6	5,4	6,5	6	4,7	5,4	6,5
Puebla	73,3	78	75,7	2,2	5,7	7,4	4,7	5,3	5,2	5,3	6,3	5,2	4,7	5,3	6,3
Querétaro	74,2	78,2	76,5	2,2	5,4	7,4	4,8	5,3	4,5	5,3	6,3	4,8	4,8	5,3	6,3
Quintana Roo	73,1	78,8	75,4	2	3,2	5,8	2	4	2,2	4	4,9	2,2	2	4	4,9
San Luis Potosí	72,7	77,8	74,9	2	5,8	6,8	4,5	6,8	5,1	5,1	5,8	5,1	4,5	5,1	5,8
Sinaloa	73	77	75,5	2,2	6,3	7,7	3,8	7,7	5,1	4,5	6,1	5,1	3,8	4,5	6,1
Sonora	72,8	78,8	73	2	6,6	8,8	4,9	8,8	5,7	4,5	7,3	5,7	4,9	5,8	7,3
Tabasco	73	77,2	73,3	2,1	6,3	8,7	4,4	6,3	4,9	5,8	7,4	5,7	4,4	6,2	7,4
Tamaulipas	74	77,7	73,2	2,1	6	6,8	4,4	6,8	4,4	6,2	6,6	5,3	4,4	6,2	6,6
Tlaxcala	71,9	78,5	76,2	2	5,3	8,2	4,3	8,2	4,3	5,2	5,9	5,2	4,3	5,2	5,9
Veracruz	73,1	76,6	74,3	2	6,9	7,5	5,2	7,5	5,2	5,7	6,8	6,9	5,2	5,7	6,8
Yucatán	73,1	75,4	76	2	6,2	7,5	5	7,5	5,7	5,7	6,6	5,7	5	5,7	6,6
Zacatecas	73,7	78,2	76	2,1	6,6	7,1	5	7,1	5,8	5	6	5,8	5	5	6

Fuente: Proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Tasa de mortalidad observada por mil habitantes

2/ Tasa de mortalidad por mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2005

3/ Promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2005

**Tabla 6.**  
Principales indicadores de salud del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México. 2010. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad en edad productiva				Mortalidad en adultos mayores							
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Total			
	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada			
Nacional	3,9	2,8	2	1,5	2,9	2,1	53,2	4,3	44,7	3,4	48,5	3,8
Agascalientes	3,2	2,5	1,8	1,4	2,5	1,9	54,2	4,3	51,2	3,8	52,6	4,1
Baja California	4,2	3,3	2	1,6	3,2	2,5	50,7	4,3	40,3	3,3	45,3	3,8
Baja California Sur	3,3	2,5	1,8	1,4	2,6	2	51,6	4,4	39,5	3,1	45,4	3,7
Campeche	3	2,5	1,7	1,4	2,5	1,9	56,2	4,4	46,6	3,7	51,3	4
Coahuila	3,7	2,2	1,8	1,3	2,4	1,8	46,3	4	38,1	3,1	41,9	5,5
Colima	3,2	2,7	1,6	1,2	2,7	2,1	51,6	4,1	42,3	3,1	46,7	3,6
Chiapas	3,7	2,5	2	1,6	2,6	2,1	49,6	4,1	44,1	3,6	46,7	3,9
Chihuahua	7	4,8	2,5	1,8	4,8	3,3	52,3	4,4	42,8	3,5	47,2	3,9
Distrito Federal	3,2	2,6	2,2	1,4	3	2	53,5	4,3	46	3,3	49	3,7
Durango	3,8	3,7	2,3	1,7	3,7	2,7	57,7	4,8	46,7	3,8	51,9	4,2
Guanaajuato	5,2	2,8	1,9	1,5	2,8	2,1	60,1	4,6	49,9	3,6	54,5	4,1
Guerrero	3,7	2,8	1,8	1,3	2,7	2	43,5	3,5	34,9	2,8	38,7	3,1
Hidalgo	3,8	2,7	1,9	1,4	2,8	2	53,2	4,3	44,8	3,4	48,6	3,8
Jalisco	3,9	2,8	2	1,5	2,9	2,1	57	4,5	48,5	3,5	52,4	4
México	3,4	2,8	2	1,5	2,7	2	49,1	4,2	42,9	3,4	45,7	3,8
Michoacán	3,7	2,6	2	1,3	2,6	1,9	48,2	3,6	40	2,9	43,8	3,3
Morelos	4	2,8	1,7	1,5	3	2,1	50,2	4	43,8	3,3	46,7	3,6
Nayarit	4,6	1,8	1,1	1,4	3,2	2,2	53,3	4,3	45,4	3,5	49,2	3,9
Nuevo León	3,3	2,2	2,1	1,3	2,6	1,9	54,1	4,6	42,3	3,4	47,6	3,9
Oaxaca	4,5	2,6	2	1,6	3,3	2,4	54,2	4,2	46,8	3,5	50,1	3,7
Puebla	3,6	2,2	1,8	1,6	2,7	2,1	53,2	4,2	45,7	3,3	49	3,8
Querétaro	3,4	1,9	2,2	1,5	2,6	2,2	55,1	4,4	46,1	3,4	50,1	3,9
Quintana Roo	2,7	3,3	2	1,1	2	1,7	37,2	3,3	30,7	2,6	33,9	2,9
San Luis Potosí	3,5	3	1,4	1,4	2,6	1,9	52,2	4	44,5	3,3	48,1	3,6
Sinaloa	4,7	3,2	1,7	1,2	3,22	2,2	49,5	4,2	38,3	3,1	43,7	3,6
Sonora	4,3	3,1	2,2	1,6	3,3	2,4	62,7	5,3	48,9	3,9	55,3	4,5
Tabasco	4,5	3,3	2,3	1,8	3,3	2,5	60,4	4,9	49,7	4	54,8	4,4
Tamaulipas	4,1	3	2	1,5	3	2,2	56,3	4,7	43,2	3,5	49,2	4
Tlaxcala	3,2	2,5	1,8	1,5	2,5	2	51,6	3,8	45,7	3,3	48,4	3,5
Veracruz	4,4	3,1	2,3	1,6	3,3	2,3	56,6	4,6	47,1	3,7	51,4	4,1
Yucatán	3,2	2,4	1,9	1,4	2,6	1,9	61,8	4,7	53,4	4	57,3	4,3
Zacatecas	3,8	2,7	1,9	1,5	2,8	2	53,2	3,9	46	3,3	49,5	3,6

Fuente: SEED 2010, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Tasa observada por mil habitantes de 15 a 64 años

2/ Tasa por mil habitantes de 15 a 64 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

3/ Tasa observada por mil habitantes de 65 años o más

4/ Tasa por mil habitantes de 65 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

**Tabla 7.**  
**Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa, México 2010. Salud Poblacional**

Entidad	Mortalidad infantil		Observada Estándar		Mortalidad en niños de 5 años 4/		Hombres		Mujeres		Total		
	Hombres	Mujeres	Total	2/	3/	Hombres	Mujeres	Total	5/	6/	5/	6/	
	15,7	12,5	14,1	3,6	7,2	18,5	15	16,8	8,7	8	7,8	0,7	8,3
Nacional	13,7	11	12,3	3	6	16,3	13,2	14,8	7	0,6	3,7	0,3	5,4
Agascalientes	12,4	9,9	11,2	2,8	5,4	14,9	12	13,5	2,1	0,2	3,7	0,3	2,9
Baja California	12,6	10,1	11,4	3,2	6,4	15,2	12,4	13,8	8	0,7	8,5	0,7	8,2
Baja California Sur	16,1	12,8	14,4	3,2	6,5	18,9	15,2	17,1	11,2	1	5,8	0,5	8,6
Campeche	12,5	10	11,3	2,3	4,6	14,8	12	13,4	2,5	0,2	3,5	0,3	3
Coahuila	12,9	10,3	11,6	1,9	3,7	15,4	12,5	14	25,69	22,8	0	0	131,6
Colima	21,5	17,5	19,5	2,8	5,2	22,9	20,5	22,9	6	0,5	26,5	2,3	16,1
Chiapas	13,9	11,1	12,5	4,2	8,4	16,4	12,4	15,1	17,7	1,6	7,7	0,7	12,8
Chihuahua	11,7	9,4	10,6	4	8,1	14,1	11,5	12,8	2,9	0,3	3	0,3	2,9
Distrito Federal	16,4	12,9	14,7	4,8	9,7	19	15,2	17,2	15,2	1,3	4,3	0,4	9,9
Durango	16,5	13,1	14,9	3,8	7,5	19,5	15,7	17,6	5,8	0,5	2,1	0,2	4
Guanajuato	21,9	17,7	19,8	3,1	6,3	25,2	20,6	22,9	3,2	0,3	5,4	0,3	4,3
Guerrero	17,1	13,6	15,4	3,3	6,7	20	16,1	18,1	3,2	1,2	2,8	0,5	8,3
Hidalgo	14	11,1	12,6	3,3	6,7	16,6	13,4	15	13,6	2	4,6	0,2	13,6
Jalisco	14,8	11,8	13,3	4,7	9,4	17,7	14,3	16,1	22,2	0,2	10,9	0,4	6,3
México	17,7	14	15,9	2,9	5,8	20,6	16,5	18,6	1,9	0,3	5,8	1	4,9
Michoacán	13,8	11	12,4	3,6	7,3	16,4	13,2	14,9	3,9	0,1	5,9	0,5	3,6
Morelos	15,6	12,3	14	1,7	3,4	18,4	14,7	16,6	1,4	0,6	0	0,5	3,6
Nayarit	11,1	18,9	10	1,9	3,8	13,3	10,8	22,1	7,6	1,1	2,2	0	7,4
Nuevo León	19,6	15,8	17,8	3,4	6,9	22,9	18,7	20,8	12,5	1,6	12,7	0,2	15,3
Oaxaca	18,3	14,6	16,5	4,4	8,8	21,6	17,5	19,6	17,8	0,1	14,6	1,1	7,9
Puebla	15,4	12,3	13,9	2,7	5,5	18,2	14,7	16,5	7,7	0,7	7,8	1,3	7,6
Querétaro	13,5	10,9	12,3	3,4	6,9	16,2	13,2	14,7	1,7	0,7	4,7	0,7	6,2
Quintana Roo	16,4	13	14,7	1,9	3,8	19,3	15,5	17,5	10,6	0,2	7,1	0,4	4,3
San Luis Potosí	14,7	11,6	13,2	1,7	3,4	17,3	13,8	15,6	11,6	0,9	3,7	0,6	7,3
Sinaloa	13	10,4	11,7	3,8	7,7	15,5	12,6	14,1	5,3	10	8,5	0,3	10,1
Sonora	16,6	13,2	14,9	5,9	11,8	19,7	15,8	17,8	2,1	0,5	4,4	0,7	4,8
Tabasco	12,8	10,2	11,6	4,1	8,1	15,2	12,3	13,8	65,4	0,2	0,7	0,4	1,5
Tamaulipas	16,5	13,1	14,8	4,7	9,5	19,7	15,7	17,7	2,5	5,8	1	0,1	38,8
Tlaxcala	18,4	14,7	16,6	4,4	8,9	21,4	17,3	19,4	2,1	0,2	10,7	1	6,6
Veracruz	15,7	12,2,5	14,1	3	6	18,4	14,7	16,4	1,2	0,7	11,3	1	6,1
Yucatán	17,4	13,8	15,7	3,3	6,6	20,6	16,5	18,6	6,3	0,1	4,9	0,4	5,6
Zacatecas													

Fuente: SEED 2010, preliminar. DGIS-SS y Proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Se refiere a la probabilidad de morir por mil menores de un año.

2/ Tasa observada por mil nacidos vivos estimados.

3/ Tasa por cien mil menores de un año, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

4/ Se refiere a la probabilidad de morir por mil niños menores de 5 años.

5/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años.

6/ Tasa por 100 mil niños menores de 5 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

**Tabla 8.**  
Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México. 2010. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por infecciones respiratorias agudas (I00-I22)				Mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años (E40-E64)							
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Total			
	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada			
Nacional	27,2	2,4	22,8	2	25	2,2	4,8	0,4	5	0,4	4,9	0,4
Aguascalientes	1,8	0,2	3,7	0,3	2,7	0,2	0	0	0	0	0	0
Baja California	16,7	1,5	12,5	1,1	14,6	1,3	3,5	0,3	0,7	0,1	2,1	0,2
Baja California Sur	24	2,1	4,2	0,4	14,4	1,3	4	0,4	8,5	0,7	8,5	0,5
Campeche	14,1	1,2	14,6	1,3	14,3	1,3	2,8	0,2	8,7	0,8	5,7	0,5
Coahuila	4,2	0,4	7,9	0,7	6	0,5	2,5	0,2	0,9	0,1	1,7	0,2
Colima	15,6	1,4	12,3	1,1	14	1,4	15,6	1,4	4,1	0,4	10	0,9
Chiapas	40,1	3,6	39,7	3,5	39,9	3,5	8,1	0,7	8,8	0,8	8,5	0,7
Chihuahua	21	1,9	13,9	1,2	17,6	1,6	6,6	0,6	10,5	0,9	8,5	0,7
Distrito Federal	37,8	3,4	32,8	2,9	35,4	3,1	1,9	0,2	2	0,2	1,9	0,2
Durango	19,4	1,7	11,6	1	15,6	1,4	2,8	0,2	5,8	0,5	4,2	0,4
Guanajuato	13,6	1,2	14,1	1,2	13,8	1,2	1,6	0,1	0,4	0	1	0,1
Guerrero	13	1,2	10,1	0,9	11,6	1	6,5	0,6	6,1	0,5	6,3	0,6
Hidalgo	19,9	1,8	20,7	1,8	20,3	1,8	4,5	0,4	0,9	0,1	2,8	0,2
Jalisco	15,6	1,4	12,1	1,1	13,9	1,2	5	0,4	3	0,3	4	0,4
México	58,8	5,2	14,7	4,2	53,4	4,7	5,5	0,5	4,5	0,4	5	0,4
Michoacán	17,9	1,6	15,2	1,3	16,6	1,5	2,8	0,2	3,5	0,3	3,1	0,3
Morelos	12,6	1,1	13,2	1,2	12,9	1,1	4,2	0,4	2,9	0,3	3,6	0,3
Nayarit	11,8	1	5	0,4	8,5	0,8	4,7	0,4	10	0,9	7,3	0,6
Nuevo León	7,8	0,7	7,1	0,6	7,4	0,7	0,5	0	1,1	0,1	0,8	0,1
Oaxaca	28,8	2,6	20,9	1,9	24,9	2,2	17,2	1,5	20,3	1,8	18,7	1,7
Puebla	50	4,4	40,9	3,6	45,5	4	9,1	0,8	13,5	1,2	11,2	1
Querétaro	14,9	1,3	14,2	1,3	14,6	1,3	0	0	0	0	0	0
Quintana Roo	15,4	1,4	3,1	0,3	9,3	0,8	3,1	0,3	1,6	0,1	2,3	0,2
San Luis Potosí	16,2	1,4	12,4	1,1	14,3	1,3	5,1	0,5	3,5	0,13	4,3	0,4
Sinaloa	8,8	0,8	7,4	0,7	8,2	0,7	1,8	0,2	1,9	0,2	1,8	0,2
Sonora	17	1,5	14,1	1,2	15,6	1,4	2,7	0,2	9,4	0,8	6	0,5
Tabasco	37	3,3	30,7	2,7	33,9	3	3,2	0,3	3,3	0,3	3,2	0,3
Tamaulipas	7,1	0,6	7,1	0,7	7,3	0,6	3,6	0,3	3	0,3	3,3	0,3
Tlaxcala	45,4	4	35,7	3,2	40,6	3,6	3,6	0,3	3,8	0,3	3,7	0,3
Veracruz	22	2	20,5	1,8	21,3	1,9	4,4	0,4	6,2	0,5	5,3	0,5
Yucatán	24	2,1	18,8	1,7	21,5	1,9	7,2	0,6	3,8	0,3	5,5	0,5
Zacatecas	25,2	2,2	24,7	2,2	25	2,2	1,6	0,1	3,3	0,3	2,4	0,2

Fuente: SEED 2010, preliminar; DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Tasa observada por 100 mil niños menores de 5 años.

2/ Tasa por 100 mil niños menores de 5 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

**Tabla 9.**

Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México, 2010.  
Salud poblacional

Entidad	Razón de mortalidad materna	Mortalidad por cáncer de mama		Mortalidad por cáncer cervicouterino		Mortalidad por cáncer prostata	
		Observada 2/	Estándar 3/	Observada 2/	Estándar 3/	Observada 4/	Estándar 5/
Nacional	51,1	16,9	10,7	13,5	8,6	20,1	15,4
Aguascalientes	44,6	15,3	10,6	14	9,5	16,6	14,4
Baja California	42,6	21,9	15,6	14,5	10	14,5	16,6
Baja California Sur	41	19,8	13,9	9,9	6,7	18,3	20,6
Campeche	55,3	12,9	9	11,5	7,8	23,4	18,5
Coahuila	51,6	17,5	11,6	11,7	7,5	12,3	10,9
Colima	0	23,5	15,5	15,9	9,8	21,8	16,8
Chiapas	73,2	10,6	7,4	19	13	16,6	13,6
Chihuahua	66,4	19,7	12,6	13,6	8,5	21,2	17,6
Distrito Federal	58,8	23,6	13,5	11	6,4	19,5	14,6
Durango	52,6	16,4	10,2	13,7	8,6	23,5	16,1
Guanajuato	43,1	14,5	9,3	11,8	7,6	25,6	17,1
Guerrero	45,5	12,3	7,4	14,5	8,8	21,1	13,2
Hidalgo	65,6	11,8	7,3	11,9	7,4	22,9	15,5
Jalisco	38	22,1	13,8	12,3	7,7	27,3	19,7
México	45,5	14,8	10	11,2	7,7	13,3	13,6
Michoacán	68	14,6	8,7	13,1	7,7	28,4	15,8
Morelos	35,3	17	10,2	17,6	10,8	20,8	14
Nayarit	48,1	16,1	9,5	16,8	10	29,9	18,8
Nuevo León	18,6	23,4	15,2	9,8	6,4	15,7	14,6
Oaxaca	88,7	9,4	5,7	22	12,8	20	11
Puebla	52,5	13	8,1	13,5	8,4	19,4	13,3
Querétaro	40,1	16,7	10,9	12,5	8,8	16,3	15,1
Quintana Roo	48,7	6,1	6,3	9,3	9,3	7	11
San Luis Potosí	47	17,1	10,3	13,8	8,3	22,9	13,6
Sinaloa	40,5	17	10,5	12,5	7,8	24,4	18,4
Sonora	27,7	24,1	15,5	16,9	10,5	24,4	20,2
Tabasco	36,9	14,8	10,1	11,8	8,4	26,2	22,3
Tamaulipas	46,9	19,6	12,7	13,4	8,6	20,5	17,3
Tlaxcala	63,8	10,6	7	9,9	6,9	13,5	9,6
Veracruz	61,3	16	9,6	18,8	11,2	26,2	17,2
Yucatán	35,7	12,1	7,6	17,6	10,9	17	11,6
Zacatecas	47,4	14,4	9,6	9	5,4	27,3	14,6

Fuente: SEED 2010, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Razón de mortalidad materna por 100 mil nacimientos estimados. CIE10: O00-O99, A34, D392, F53, M830, y embarazadas con B20-B24. Excluye muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X).

2/ Tasa observada por 100 mil mujeres de 25 años o más.

3/ Tasa por 100 mil mujeres de 25 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

4/ Tasa observada por 100 mil hombres de 25 años o más.

5/ Tasa por 100 mil hombres de 25 años o más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

**Tabla 10.** Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa, México, 2010. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón				Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en población de 0 a 64 años						
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Total		
	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar			
Nacional	68,9	96,5	52,3	60,9	77,4	22,3	25,4	9,8	15,6	17,3	
Aguascalientes	44,6	73,5	37,9	52,6	41,1	62,3	16,9	21,6	6,7	8	11,7
Baja California	66,5	121,5	43,4	55,1	93,9	29	36,2	13	10,8	20,4	24,8
Baja California Sur	72,7	125,7	41,4	57,8	94,6	31,6	36,4	8,8	10,6	20,8	24,1
Campeche	63,1	93	45,6	54,3	79,3	17,5	21	7	8,6	12,2	14,6
Coahuila	80,9	124,4	59,5	79,7	70,2	30,1	34,8	13,3	14,7	21,7	24,5
Colima	74,6	100,2	53,5	59,9	64,1	24,2	26,8	7,8	8,3	16,1	17,5
Chiapas	42,5	73,4	32,8	55,4	37,5	64,1	13,2	17,6	7,9	10,4	13,9
Chihuahua	80,4	116,5	64,6	79,7	72,7	27,8	32,2	12,8	13,9	20,5	22,9
Distrito Federal	97,5	115,2	91,2	71,6	94,2	30	28,1	12,1	10,2	20,8	18,4
Durango	113,2	152,3	80,6	100,2	124,9	31,2	36,2	15,7	17,4	23,8	26,3
Guanajuato	69,8	194,3	53,2	61,3	76,3	19,2	23,7	7,7	9,2	13,2	15,9
Guerrero	53,2	71,5	42,4	49,5	47,6	15,1	18,4	7,4	8,5	11,1	13,1
Hidalgo	53,7	69,2	42,3	47	57,4	16,4	17,8	6,7	7,3	11,4	12,3
Jalisco	69,7	94,2	53,7	58	74,8	22,6	26,2	8,3	9	15,4	17,2
México	43,3	81,6	38,7	54,2	42,8	16,6	19,1	7,3	8,2	11,9	13,5
Michoacán	61,4	70	42,7	43,3	51,6	20,2	22,6	7,4	8,2	13,6	14,8
Morelos	56,5	68,6	48,4	49,1	52,4	17,5	18,6	8,3	8,3	12,8	13,2
Nayarit	95,8	111,1	70	73,4	82,8	26,5	28,1	11,2	11,5	18,8	19,6
Nuevo León	92,3	139,1	59,6	73,4	103,8	35,7	40,3	12	12,7	24	26,1
Oaxaca	52,8	60,5	42	41,9	47,2	14,1	15,9	6	6,5	9,9	10,8
Puebla	52,9	72,7	42,8	46,3	47,7	15,3	18,6	6,3	7,3	9,9	10,8
Querétaro	63,1	103,8	45,3	54	81,1	21,3	20	7,2	9	14,1	17,2
Quintana Roo	23,2	52,1	10,5	25,3	38,5	12,8	18,5	3,5	5,3	8,2	11,9
San Luis Potosí	73,8	89,7	50,5	54,2	61,8	20	23,8	7,7	9,7	13,6	15,8
Sinaloa	81,1	108,2	54,4	65,5	67,8	25,8	27,5	10,5	10,8	18,2	19,1
Sonora	112,2	161,1	73,9	91,6	124,7	40,7	45,7	14,8	15,8	28	30,6
Tabasco	65,3	101,3	40,5	61,5	80,6	21,1	24,6	9,4	11,4	15,2	17,9
Tamaulipas	89,5	128,8	59,8	72,9	74,7	34,7	38,5	11,3	12	23,1	25
Tlaxcala	70,7	96,2	28,6	34,3	44,04	13,5	17,1	4,5	5,5	8,8	10,9
Veracruz	47,9	56,1	57	61,1	75	23	24,1	10,1	10,1	16,6	16,6
Yucatán	92,8	115,6	72,9	77,3	82,8	18,9	21,3	8,3	8,8	13,6	14,8
Zacatecas	71,3	77,4	51,6	50,2	63	19,1	22,4	8,3	9,3	13,5	15,4

Fuente: SEED 2010, preliminar. DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes.

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

**Tabla 11.**

Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México, 2010.  
Salud poblacional Pri

Entidad	Mortalidad por enfermedades cerebro vasculares					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar
	1/	2/	1/	2/	1/	2/
Nacional	26,2	37	28,1	33,2	27,2	35
Aguascalientes	21,1	35,1	26,2	35,9	23,7	35,6
Baja California	25,9	47,4	24,1	38	25,1	42,8
Baja California Sur	15,5	27,6	21,4	32,9	18,3	30,5
Campeche	24,9	37,4	27,2	38,5	26,1	38
Coahuila	26	40,7	26,6	35,5	26,4	38,1
Colima	15,7	20,5	17,2	19,1	16,4	19,8
Chiapas	17,7	30,3	17,9	30,3	17,8	30,3
Chihuahua	22,5	33	26	32,2	24,3	32,7
Distrito Federal	30,4	36,1	38	31,2	34,3	33,4
Durango	28,3	38,1	31,6	39,2	30	38,7
Guanajuato	26,6	36,3	29,6	35,2	28,2	35,7
Guerrero	24,6	33,2	24,7	29,2	24,7	31
Hidalgo	23,3	30,7	24,5	28,1	23,9	29,4
Jalisco	25,6	34,4	29,1	32	24,4	33,2
México	19,3	33,4	22,8	32,2	21,1	32,8
Michoacán	25,6	28,7	26,2	26,6	25,9	27,6
Morelos	25,8	31,6	29,5	30,2	27,8	31
Nayarit	28,8	32,9	25,3	26,8	27,1	29,8
Nuevo León	32,5	51,1	28,8	35,4	30,7	42,5
Oaxaca	40,2	46	42,4	43,3	41,3	44,5
Puebla	26,6	37,1	32,1	36,5	29,4	36,8
Querétaro	20,7	34,7	24	33,7	22,4	34,1
Quintana Roo	11,8	29,4	8,4	18,7	10,1	23,9
San Luis Potosí	30,7	36,6	31,1	33,7	30,9	35,1
Sinaloa	23,3	31,5	22,2	26,9	22,7	29,2
Sonora	28,4	41,5	29,3	36	28,9	38,8
Tabasco	30,6	48,6	24,8	37,3	27,6	42,7
Tamaulipas	27,4	40,6	25,2	30,9	26,3	35,4
Tlaxcala	23	31,5	25,8	30,6	24,4	31,1
Veracruz	33,7	42	34,4	37,7	34,3	39,7
Yucatán	37,6	47,6	30,5	33,2	34	40
Zacatecas	31,6	33,8	33,1	32,5	32,4	33,1

Fuente: SEED 2010, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes.

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

**Tabla 12.**  
Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México, 2010. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por cáncer pulmonar, bronquios y tráquea				Mortalidad por cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado							
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Total			
	1/	2/	1/	2/	1/	2/	1/	2/	1/			
Nacional	8,3	11,9	4,3	5,3	6,3	8,3	30,7	39,2	9,9	12,1	20,1	24,9
Aguascalientes	8,7	15,5	6,9	9,5	7,8	12,1	22,6	32,4	5,7	8	13,9	19,3
Baja California	10,3	20,4	5,2	8,2	7,9	13,9	26,4	38,4	6,3	9,1	16,8	23,8
Baja California Sur	10,5	20,1	4,7	8,1	7,8	14	21,7	30,5	7,3	10,9	14,8	21
Campeche	4	5,9	2,7	3,4	4,7	3,4	37,5	50,9	15,2	21,7	26,2	36
Coahuila	9,4	14,4	3,4	4,5	6,4	9,1	20,8	27,2	7,8	10	14,3	18,2
Colima	13,4	18,9	5,3	6,5	9,4	12,3	23,2	29,8	8,3	10,2	15,5	19,9
Chiapas	4,5	7,8	2,2	3,7	3,3	5,7	33,8	51,5	12,7	20,6	23	35,5
Chihuahua	14,1	21	6,5	8,1	10,4	14,1	25,4	31,1	7,6	9,2	16,7	20
Distrito Federal	8,3	9,9	6,5	5,9	7,4	7,5	23,2	24,7	8,1	7,5	15,4	15,2
Durango	11,9	16,1	4,9	6,2	8,4	10,9	23,2	29,7	9,3	11,6	16,1	20,2
Guanajuato	7,6	10,8	3,3	4,2	5,3	7,2	29,2	38,6	7,9	10,4	18	23,3
Guerrero	5,9	8	3,5	4,3	4,7	6	27,6	36,6	9,5	11,7	18,2	23,2
Hidalgo	4,8	6,3	4,2	4,9	4,5	5,6	39,8	49,6	11,2	13,3	24,9	30,1
Jalisco	10,3	14,5	6,4	7,7	8,3	10,8	29	36,4	8,9	10,8	18,8	22,9
México	5,1	8,4	3	4,2	4,1	6,1	29,2	40,8	8,8	11,9	19	25,5
Michoacán	7,7	9,2	4,9	5,4	6,3	7,1	24,8	29,4	6,5	7,3	15,2	17,5
Morelos	8,3	10,2	4,6	4,9	6,4	7,3	41,3	47,6	12,3	13,5	26,4	29,5
Nayarit	12,4	14,8	6,1	7	9,3	10,8	29,2	33,7	12	13,6	20,6	23,4
Nuevo León	13,4	20,7	4,5	5,6	9	12,4	209	27,7	8,5	10,7	14,7	18,8
Oaxaca	5,9	7,2	2,6	3	4,2	4,9	55,9	68,1	13,5	15,3	33,6	39,4
Puebla	3,8	5,4	3,6	4,5	3,7	4,9	54,6	73,9	16,4	20,1	34,8	44,6
Querétaro	4	6,8	2,6	3,6	3,3	5,1	28,3	41	7,9	10,8	17,9	24,8
Quintana Roo	2,9	6,7	1,5	2,4	2,2	4,5	18,6	31,9	7,8	16,9	13,2	24,4
San Luis Potosí	10,3	13	4,6	5,3	7,3	8,9	24	29,9	8,1	9,7	15,8	19,2
Sinaloa	18,7	25,2	6,8	8,3	12,8	16,4	15,8	19,4	5,1	6,7	10,7	12,9
Sonora	17,3	25,4	5,4	6,8	11,5	15,5	20,5	26,2	6,7	8,3	13,8	17,1
Tabasco	7,8	12,2	4,1	5,8	5,9	8,9	29,5	39,7	8,7	12,7	18,9	25,8
Tamaulipas	11,8	17,7	4,2	5,1	8	10,8	22,6	29,4	9,3	11,4	15,9	20
Tlaxcala	4,3	6,4	2,9	3,5	3,6	4,8	36,5	49,2	13,8	18,1	24,8	32,6
Veracruz	7,5	9,3	3,9	4,3	5,6	6,6	46	54,1	14,6	16,4	29,7	33,8
Yucatán	6,6	8,9	3,6	4,3	5,1	6,4	43,1	53,8	23	27,5	32,9	40,1
Zacatecas	11,4	13,1	5,9	6,4	8,6	9,6	21,2	25,3	5,5	6,4	13,1	15,3

Fuente: SEED 2010, preliminar, DGIS, SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes.

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025



**Tabla 13.** Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México, 2010. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por homicidios				Mortalidad por suicidios			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar
Nacional	31,7	31,8	3,2	17,2	1,7	7,2	1,5	4,2
Aguascalientes	13,3	13,5	1,6	7,2	7,3	8,2	2	5
Baja California	30,5	28,8	3	17,4	16,5	4,7	1,2	3
Baja California Sur	14,5	14,1	3,6	9,3	9,2	14,3	0,7	7,8
Campeche	9,1	10,2	2,2	5,6	6,2	13,1	1,7	7,3
Coahuila	20,7	20,3	3,2	12	11,7	7,9	1,1	4,6
Colima	32,7	31,9	1,3	17,1	16,6	6,2	0,9	3,6
Chiapas	0,8	0,8	0	0,4	0,4	0,4	0,1	0,2
Chihuahua	226,7	216,7	23,1	126,8	122,2	11,6	1,9	6,8
Distrito Federal	19,4	18,1	2,3	10,6	9,9	6,5	1,5	3,8
Durango	85,9	89,0	6,4	45,4	46,2	6,4	1,8	4
Guanaajuato	15,9	16,9	1,6	8,4	8,7	9,1	2,3	5,6
Guerrero	49,3	56,0	3,6	25,5	28,1	2,4	0,8	1,6
Hidalgo	10,7	11,3	1,1	5,7	5,9	5,7	1,1	3,3
Jalisco	24,9	25,1	1,8	13,2	13,1	8,8	2,5	5,6
México	23,9	23,4	3,3	13,6	13,3	5,2	1,6	3,3
Michoacán	24,9	26,7	2,3	13,1	13	4,9	1,6	2,9
Morelos	45,9	46,0	4,3	24,6	24,2	3,2	1,2	2,4
Nayarit	81,3	82,8	7,6	44,1	44,3	7,9	1,2	4,6
Nuevo León	23,3	22,2	2,8	13,1	12,6	7,8	1,7	4,6
Oaxaca	38,3	43,2	4,1	20,4	22,2	6	1,5	3,3
Puebla	12,0	13,2	2,2	6,9	7,4	5,6	0,9	4,2
Querétaro	7,7	7,8	0,8	4,2	4,2	8,2	2,8	9
Quintana Roo	11,3	11,2	2,5	6,8	6,9	15,5	2,3	6
San Luis Potosí	24,1	25,9	2,9	13,1	13,7	9,9	0,6	2,8
Sinaloa	116,7	114,8	6,6	62,1	60,9	4,9	1,8	6
Sonora	41,1	40,3	3,7	22,7	22,2	10	1,8	3,3
Tabasco	15,6	16,2	1,4	8,4	8,5	15,1	1,3	8,6
Tamaulipas	23,3	22,6	3,7	13,5	13,1	5,3	1,5	3,4
Tlaxcala	6,5	7,5	0,9	3,6	4	5,2	3,4	4,6
Veracruz	13,3	14,2	1,8	7,3	7,5	7,8	6,8	9,8
Yucatán	3,4	3,6	0,40	1,9	2	16,2	1,3	5,6
Zacatecas	18,7	20,2	1,9	9,9	10,4	6,5	0,7	3,5

Fuente: SEED 2010, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes.

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Tabla 14.

Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México, 2010. Salud poblacional

Entidad	Mortalidad por accidentes de tránsito		Mortalidad por accidentes de tránsito de 12 a 29 años		Mortalidad por accidentes de tránsito		Mortalidad por accidentes de tránsito de 12 a 29 años			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Nacional	20,8	21,9	5,8	5,5	13,6	13	27,2	6,7	16,3	4/
Aguascalientes	32,5	37,3	9,9	9,1	22,7	20,4	41	10,1	25,7	6,3
Baja California	10,5	11,4	4,6	4,1	8,1	7,4	11,6	2,9	4,4	1,1
Baja California Sur	30,6	33,7	6,9	7,7	21,2	19,3	37,8	9,1	5,4	1,3
Campeche	15,1	15,9	2	2,1	8,1	8,4	21,4	5,4	0,9	0,2
Coahuila	13,6	14,4	2,8	2,9	21,2	15,9	14,9	3,7	2,9	0,7
Colima	26,5	27,5	5,3	5,3	8,8	8,8	29,9	7,4	4,9	1,2
Chiapas	1,7	2	0,4	0,5	1,1	1,1	8,5	0,5	0,3	0,1
Chihuahua	21,2	21,9	6,9	7,1	14,2	14,2	16,3	7	8,8	2,2
Distrito Federal	16,5	16,5	5,8	5,6	1,2	1,1	18,9	4,6	5,6	1,4
Durango	26,3	27,9	6,1	6,3	14,5	16	41	10,4	8,4	2,1
Guanajuato	30,5	32,8	7,8	8,3	18,6	18,6	10	45,6	11,3	1,9
Guerrero	8,5	9,9	2,3	2,6	16	5,3	9,9	2,6	1,5	0,4
Hidalgo	26,8	28,5	5,4	5,4	15,7	19	39,7	10,1	6,1	1,5
Jalisco	31,1	32,7	8,8	9,2	6	6	42	10,5	8,2	2
México	19,4	20,6	6,1	6,6	12,7	12,7	27,6	6,8	6,7	1,6
Michoacán	23,1	24,2	6,2	6,3	20,6	14,3	31,5	7,6	6,7	1,6
Morelos	13,2	24,2	2,9	2,9	13,4	7,9	15	3,8	3,1	0,8
Nayarit	41,5	13,9	11,8	12,2	26,5	26,5	59,3	14,9	11,6	2,8
Nuevo León	9,5	42,9	2,5	2,5	8,1	6	11,3	2,8	2,1	0,5
Oaxaca	27,6	9,7	6,1	6,3	16,3	16,3	33,7	8,6	5,6	1,4
Puebla	17,6	30,2	4,7	4,9	7,9	7,9	21,3	5,3	4,5	1,1
Querétaro	29,1	19	7,7	8,5	17,3	26,5	40	9,9	7,1	1,7
Quintana Roo	10,5	32,1	4	4,9	11,5	6	11,4	2,8	5,3	1,3
San Luis Potosí	23,7	11,3	5,7	5,9	19,7	16,3	29,8	7,5	4,6	1,1
Sinaloa	31,7	26	10,2	6,6	10,3	10,3	36,7	9,1	8,9	2,2
Sonora	30,1	32,8	6,5	10,6	20,3	20,3	37,8	9,3	12,2	3
Tabasco	37,1	39,8	4,9	6,4	14,1	14,1	22,5	46,2	7,3	1,8
Tamaulipas	23,4	32,2	4,5	5,1	11,1	11,1	14,6	7,6	4,5	1,1
Tlaxcala	18,2	39,8	3,9	5	10	10	23,2	5,7	3,6	0,9
Veracruz	16,7	24	4	4	13,4	13,4	29	5,2	4,3	1,1
Yucatán	22,9	19	4	4	25,4	13,4	7,3	7,3	5,1	1,3
Zacatecas	40,6	42,8	9,7	9,8	24,7	24,7	59,7	14,7	12,4	3,1

Fuente: SEED 2010, preliminar, DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes.

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

3/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 15 a 29 años.

4/ Tasa por 100 mil habitantes de 15 a 29 años, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

Tabla 15.

Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México, 2010. Salud poblacional

Mortalidad por VIH/SIDA en población de 25 a 44 años

Mortalidad por accidentes de tránsito

Entidad	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	1/	2/	1/	2/	1/	2/	3/	4/	3/	4/	3/	4/
	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar	Observada	Estándar
Nacional	74,3	103,5	78,3	96,2	76,3	99,8	14,7	4,3	2,9	0,8	8,6	2,5
Aguascalientes	58,6	96,2	67,9	95,8	63,4	96,2	6,8	2	1,1	0,3	3,8	1,1
Baja California	51,3	92,5	54,3	83,6	52,7	88,1	20,3	5,9	8,1	2,4	14,7	4,3
Baja California Sur	48,7	84,2	46,9	83,6	47,8	79	19,6	5,8	2,2	0,6	11,5	3,4
Campeche	58,4	85,1	63	81,1	60,7	92,6	18,1	5,3	3,1	0,9	10,3	3
Coahuila	58,8	86,9	66	73,6	62,4	108,5	7,5	2,2	2,2	0,6	4,8	1,4
Colima	70	95,2	51,6	91,6	68,8	100,6	16,8	4,9	3,1	1,1	9,4	2,8
Chiapas	43,7	72,8	74,4	86,6	47,7	124,1	17,3	5	2,2	1	10	2,9
Chihuahua	64,3	92,7	106,2	81	69,3	86,1	14,4	4,2	2,1	0,5	9,1	2,8
Distrito Federal	109,6	127,5	86,6	85,4	107,8	91,9	14,1	4,1	3,6	0,8	7,8	2,7
Durango	69,1	92,7	91,3	92,4	78	100,2	14,5	3,8	4,6	0,3	3,6	2,3
Guanajuato	93,4	132,2	69,4	94,2	92,3	117	12,7	2,9	3,5	1,7	3,4	1
Guerreiro	64,5	87,9	75,4	108,1	67,1	81,6	6,7	2,5	23,5	0,2	5,8	2,3
Hidalgo	71,8	92,3	76,6	117,2	71,8	107	24,8	4,3	2,2	0,5	12,1	4,3
Jalisco	79,7	110,4	78,4	85,2	70,3	23,4	6,9	5,8	2,2	0,3	8	1
México	76,2	122,5	97	91,1	93,6	123,4	12,9	4,2	2,2	0,1	6,8	1,6
Michoacán	70,1	84,4	69	91,2	65,3	23,6	5,6	5	4,8	1,4	4	1,8
Morelos	90	110,1	85,8	79,2	62,5	26,4	4,8	4,2	2,5	0,6	7,2	1,2
Nayarit	61,4	72,9	94,5	94,9	81,4	78,5	3,5	5	2,9	0,9	4,7	2,1
Nuevo León	60,9	89,2	60	115,8	93,2	98,6	5,6	3,1	3,7	0,7	8,4	2,3
Oaxaca	76,5	93,4	29	88,1	61,6	56	12,4	1,6	3,8	1,8	5,7	3,5
Puebla	91,8	130,9	72,3	69,4	31,3	34	23,4	6,2	3,5	0,6	3,4	1,8
Querétaro	62,5	101,8	4,5	84,6	69,2	23	5,8	2,5	6,7	0,7	5,2	0,9
Quintana Roo	33,3	72,8	44,5	71,5	58,2	46	5,3	2,9	1,2	0,8	0,2	3,9
San Luis Potosí	65,9	83,3	56,8	90,6	68	7,6	3,9	3,1	1,3	0,4	6,3	1,4
Sinaloa	57,9	76,5	34,2	143,7	58,2	10	56,8	11,2	1,6	1,1	22,3	1,8
Sonora	63,6	90	47,8	100,6	68	34,5	57,8	5,6	0,8	2,1	10,9	2,5
Tabasco	57,8	112,5	97,8	130	88	65,4	38,7	2,4	6,4	2,5	5,2	6,7
Tamaulipas	80,6	106,7	5,6	100,3	77	34,2	45	10,3	11,2	3,5	20,4	4,6
Tlaxcala	74,4	133,4	23,4	82,3	94,1	78,9	34,2	5,2	2	2,3	5,2	2,1
Veracruz	91,2	104	12,3	78,8	87,7	21,3	12	2	10,3	2,5	10,9	1,5
Yucatán	85,1	63	34,6	56,7	59,6	45	34	3,5	2,4	1,4	1,4	3,2
Zacatecas	65,7	77,3	70,8	78,2	68,5	2	1,4	2	2	0,4	3,9	1,1

Fuente: SEED 2010, preliminar. DGIS-SS y proyecciones de población 2005-2030 del CONAPO

1/ Tasa observada por 100 mil habitantes.

2/ Tasa por 100 mil habitantes, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

3/ Tasa observada por 100 mil habitantes de 25 a 44 años.

4/ Tasa por 100 mil habitantes de 25 a 44 años; estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025

**Tabla 16.**  
**Gasto público total en salud, según población, por fuente de financiamiento y entidad federativa, 2010**

Entidad	Gasto público en total en salud/1	Gasto en salud de la población con Seguridad Social/2	Gasto en salud de la población sin Seguridad Social/3	Secretaría de Salud (Ramo 12)/4
Nacional	404,404,335.20	224,065,745.20	180,338,590.00	86,765,574.10
Aguascalientes	4,205,833.80	2,672,507.50	1,533,326.30	512,636.30
Baja California	10,791,491.40	7,150,150.20	3,641,341.20	1,025,387.80
Baja California Sur	3,198,730.20	2,213,243.00	985,487.20	256,746.40
Campeche	3,856,643.60	1,928,240.30	1,928,403.30	471,171.70
Coahuila	9,247,629.70	7,246,461.80	2,001,168.10	557,860.60
Colima	2,591,168.20	1,460,451.90	1,130,716.30	366,374.30
Chiapas	10,260,502.10	2,927,803.80	7,332,698.30	3,640,383.60
Chihuahua	12,338,626.90	7,885,200.00	4,483,426.90	1,417,487.50
Distrito Federal	83,532,257.50	62,389,390.50	21,142,866.90	13,109,233.10
Durango	5,636,283.80	3,211,870.10	2,424,413.70	771,714.00
Guanajuato	13,892,957.10	6,995,183.70	6,897,773.40	4,292,780.70
Guerrero	8,717,687.20	3,296,300.00	5,421,387.20	2,513,485.20
Hidalgo	6,839,941.00	2,753,333.30	4,086,607.70	1,738,324.60
Jalisco	21,864,827.70	14,004,415.50	7,860,412.20	2,714,525.50
México	42,192,453.50	14,660,219.80	27,532,233.70	9,603,846.00
Michoacán	9,416,059.20	4,632,072.60	4,783,986.70	2,259,417.90
Morelos	5,286,395.80	3,084,076.70	2,202,319.20	1,169,624.40
Nayarit	3,612,842.20	1,864,074.70	1,748,767.80	592,540.20
Nuevo León	16,414,839.40	12,868,189.10	3,546,650.30	1,641,179.20
Oaxaca	9,626,708.10	2,732,474.00	6,894,231.10	3,167,644.40
Puebla	12,600,285.10	6,396,245.60	6,204,039.50	3,378,323.00
Querétaro	4,984,010.80	2,852,564.10	2,131,446.70	904,463.70
Quintana Roo	4,766,384.60	3,054,141.50	1,712,243.10	469,508.60
San Luis Potosí	6,862,849.60	3,587,541.20	3,275,308.80	1,424,978.40
Sinaloa	9,054,164.80	5,611,135.80	3,443,029.10	995,605.30
Sonora	9,116,778.30	6,267,705.50	2,849,072.80	663,917.70
Tabasco	9,043,373.40	3,499,192.50	5,544,180.90	2,100,282.30
Tamaulipas	11,283,352.40	6,947,981.60	4,335,370.80	1,602,168.10
Tlaxcala	3,222,061.80	1,382,336.80	1,839,725.00	988,934.00
Veracruz	22,015,533.60	12,131,310.40	9,884,223.30	4,295,612.90
Yucatán	7,342,234.60	4,529,738.10	2,812,496.50	1,080,703.20
Zacatecas	4,319,922.40	1,860,194.00	2,459,728.40	769,151.90
No distribuible	16,269,508.30		16,269,508.30	16,269,508.30

Fuente: Secretaría de Salud (2010). Rendición de Cuentas en Salud 2010. SEED 2010, preliminar, DGIS-SS

**Tabla 16.**  
Gasto público total en salud, según población, por fuente de financiamiento y entidad federativa, 2010

IMSS – Oportunidades /5	FASSA (Ramo 33) /6	Gasto estatal /7	IMSS	ISSSTE	PEMEX
7,971,686.00	51,890,067.60	33,711,262.60	173,928,594.40	39,511,119.40	10,626,031.40
	900,513.10	120,177.00	2,217,167.60	325,512.80	129,827.10
58,477.70	1,128,160.60	1,429,315.20	6,409,709.40	688,323.00	52,117.80
	559,405.80	169,335.00	1,595,691.00	617,552.00	
107,412.60	891,790.00	458,029.00	1,214,135.20	254,346.10	45,759.00
208,376.50	903,816.00	331,115.00	6,242,478.00	960,374.60	43,609.00
	749,109.30	15,237.70	1,240,097.70	220,354.20	
1,151,302.00	2,229,054.40	311,958.40	2,179,056.30	666,129.90	82,617.60
307,045.40	1,393,226.00	1,365,668.00	7,039,789.20	717,339.10	98,074.70
703,824.60	2,639,380.00	4,690,429.20	41,272,773.20	18,966,512.60	2,150,104.80
268,074.00	1,238,904.50	145,721.20	2,477,589.80	646,126.50	88,153.80
	1,683,325.00	921,667.70	5,762,710.00	839,689.10	392,784.60
32,628.50	2,678,987.80	196,285.70	2,458,050.70	838,249.30	
431,819.10	1,739,195.00	177,269.00	2,038,453.30	438,303.40	276,576.60
	3,020,408.50	2,125,478.10	12,864,802.70	1,010,918.30	128,694.50
47,106.50	6,021,114.00	11,860,167.10	13,709,033.60	898,632.10	52,554.10
605,812.90	1,694,234.00	224,468.30	3,493,449.80	1,050,667.00	87,955.70
	830,360.10	202,334.60	2,380,721.80	638,599.60	64,755.30
122,432.60	835,261.10	198,533.60	1,522,276.80	341,797.90	
	1,513,485.70	391,985.40	11,601,261.80	893,519.30	373,408.00
994,689.90	2,186,736.10	545,160.70	1,711,704.90	731,381.60	289,387.50
646,559.10	1,707,395.00	471,762.40	5,466,315.90	750,520.50	179,409.20
	1,034,987.50	1,191,995.50	2,291,059.00	466,248.60	96,256.50
	897,921.80	344,812.70	2,765,067.10	289,074.40	
397,440.90	1,139,802.20	313,087.00	2,897,146.50	604,578.50	85,816.20
207,099.60	1,546,493.60	693,830.60	4,581,688.70	935,223.00	94,224.10
	1,416,963.00	768,192.20	5,524,534.60	637,378.80	10,579.10
	1,339,002.90	744,905.00	1,804,203.70	353,414.10	1,341,574.70
188,175.70	1,800,122.00	124,983.00	4,682,482.90	845,927.50	1,419,571.20
	725,808.00	1,523,462.70	1,145,538.50	236,798.30	
866,112.00	3,199,035.70	267,815.00	8,067,959.80	1,680,409.40	2,382,941.20
286,907.30	1,177,171.00	281,189.80	3,759,065.70	619,606.10	151,066.30
340,489.10	1,068,897.60		1,512,582.20	347,611.80	

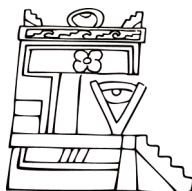
Fuente: Secretaría de Salud (2010). Rendición de Cuentas en Salud 2010. SEED 2010, preliminar, DGIS-SS

**Tabla 17.**  
Principales indicadores de salud y del sistema a nivel nacional y por entidad federativa. México, 2010.  
*Disponibilidad de recursos*

Entidad	Gasto público en salud como porcentaje del PIB	Gasto público en salud per cápita por condición de aseguramiento		Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total	Contribución federal y estatal al gasto público en salud para la población sin Seguridad Social	
		Pob. asegurada	Pob. no asegurada		% Federal	% Estatal
Nacional	3,1	4547,7	3036,1	14,9	82,0	18,0
Aguascalientes	3,4	3956,9	3933,5	27,0	93,5	6,5
Baja California	3,1	3548,6	3030,9	21,9	62,8	37,2
Baja California Sur	4,6	5719,8	5877,5	17,5	90,4	9,6
Campeche	0,6	5280,9	3456,6	3,6	71,5	28,5
Coahuila	2,3	3376,9	2818,4	23,2	79,0	11,0
Colima	4,6	4335,5	5665,9	12,9	34,5	1,3
Chiapas	4,3	4554,8	1845,9	13,1	98,7	10,7
Chihuahua	3,2	35590,9	4126,7	24,0	34,5	28,0
Distrito Federal	3,6	12429,3	443,9	10,0	12,3	26,8
Durango	3,9	3783,0	3876,8	16,0	1,2	5,1
Guanajuato	3,1	3429,9	2482,0	6,9	54,3	12,4
Guerrero	4,4	4402,8	288,3	16,0	76,8	3,9
Hidalgo	3,4	3592,2	2231,7	12,9	75,9	4,8
Jalisco	2,8	3848,5	2476,5	26,8	34,6	23,0
México	3,7	2167,0	345,6	30,9	97,8	44,3
Michoacán	2,9	3934,1	1501,9	17,6	23,1	5,4
Morelos	4,4	46728,8	2973,6	5,6	45,6	7,1
Nayarit	4,5	4120,7	2998,6	17,6	34,5	7,1
Nuevo León	1,7	4126,7	234,5	22,3	12,7	12,2
Oaxaca	4,2	3582,2	1234,5	13,8	54,7	3,7
Puebla	3,1	3951,6	1648,9	22,5	77,7	3,4
Querétaro	2,5	3218,7	3124,5	21,0	55,7	7,2
Quintana Roo	2,7	431,1	235,7	26,8	54,3	15,0
San Luis Potosí	2,7	333,0	1234,4	14,4	78,0	11,6
Sinaloa	3,6	3814,3	3050,6	18,7	43,2	17,1
Sonora	3	3944,3	1931,8	16,1	34,6	24,0
Tabasco	2,2	5145,9	3101,5	10,9	89,0	31,5
Tamaulipas	2,6	3750,8	3395,9	10,4	96,3	19,2
Tlaxcala	5,2	3868,1	3901,6	22,6	94,0	6,0
Veracruz	3,6	4724,4	2567,8	10,9	89,2	10,8
Yucatán	4,5	4609,7	3375,3	19,2	94,5	5,5
Zacatecas	4,5	3692,4	2858,9	18,1	89,1	10,9

Fuente: Secretaría de Salud (2010). Rendición de Cuentas en Salud 2010. SEED 2010, preliminar, DGIS-SS.





**Difusión y Divulgación  
Científica y Tecnológica**

**José Manuel Piña Gutiérrez**  
Rector

**Wilfrido Miguel Contreras Sánchez**  
*Secretario de Investigación, Posgrado y Vinculación*

**Fabián Chablé Falcón**  
*Director de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica*

**Francisco Morales Hoil**  
*Jefe del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas*

Esta obra se terminó de imprimir el 10 de julio de 2013, con un tiraje de 500 ejemplares en los talleres de la Imprenta Yax Ol, Calle Corregidora Josefa Ortiz de Domínguez 121, Colonia Centro; H. Cárdenas, Tabasco, México. El cuidado estuvo a cargo del autor y del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas de la Dirección de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica de la UJAT.