



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

**“LA DIABETES COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL
DISTRITO FEDERAL Y SU IMPACTO ECONÓMICO, 2000-2009”**

TESINA

Que para obtener el Título de
Licenciado en Economía

P R E S E N T A

Juan de Dios León Astorga

Asesor: Mtro. Alfredo Córdoba Kuthy



Ciudad Universitaria, Ciudad de México, noviembre de 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios

*A mis padres Gregorio y María Eugenia,
que sin ellos yo no estaría aquí.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi padre Gregorio y a mi madre María Eugenia, por ser el principal ejemplo de trabajo y superación, a todo su invaluable apoyo y respaldo, a su dedicación, pero sobre todo a su gran amor.

A mis hermanos, Jesús y Mauricio, por su compañía.

A mis sobrinos Renata y Leonardo, por sus sonrisas y la inmensa alegría que me producen.

A toda mi familia, a los que siguen y a los que desde “arriba” están conmigo.

A la Universidad Nacional Autonomía de México, por su grandeza.

A la Facultad de Economía, por hacer un profesionista comprometido con sus ideales.

A mis amigos de la Facultad, Fernando, Luis, Yenisey, Rossy, Janette, Úrsula, Mario, por hacer que ese tiempo en la escuela valiera cada instante.

Un especial agradecimiento a Prof. Alfredo Cordoba Kuthy

A aquellos que siempre han sido cercanos a mi vida Eréndira, Mario, Mónica, Sheyre y Jacobo.

A los sinodales la Dra. Sara María Ochoa León, Dr. Ernesto Bravo Benítez, Dr. Benjamín López Ortiz y al Mtro. José Gildardo López Tijerina por su apreciable tiempo y atención que invirtieron en leer y darme sugerencias en este trabajo.

A los que directa o indirectamente influyeron en este trabajo.

Índice

Introducción	6
Capítulo 1: El Estado como principal previsor de la sociedad que lo hace un prestador de servicios de salud	8
Marco Conceptual	9
Estado	9
Gobierno	15
Administración Pública	18
Sector Público	18
La intervención del Estado	18
Argumentos a favor de la intervención del Estado en el sector sanitario	24
El papel del sector de seguros médicos	25
Pobreza, cobertura incompleta y papel del Estado.	26
Externalidades y bienes públicos	29
Marco Institucional y Legal	31
Marco Institucional	31
Marco Legal	32
Capítulo 2: La conceptualización de la salud y su referencia histórica y de acceso a la información	40
Definición de la Salud	41
El papel de las instituciones a nivel internacional	43
Papel de las instituciones a nivel nacional y local	44
Antecedentes del acceso a la información de la Salud	48
Reseña Histórica	48
Época Precolombina	49
Época de la Colonia	49
Siglo XIX	50
Siglo XX	53
Historia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	54
De los Primeros Intentos Hasta la Creación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal	54
Siglo XXI	56
Capítulo 3: La Diabetes como un Problema de Salud Pública y su Impacto Económico	58
Definiciones, Conceptos y Antecedentes	59
Consecuencias frecuentes de la Diabetes	65
Análisis económico	67
El análisis comparativo del Distrito Federal y Nacional	67
Una Visión Internacional	81

Estudio Comparativo de las Principales Enfermedades o Causas de Muertes durante el periodo comprendido de 1922-2009	82
Principales Causas de Muerte en el Distrito Federal	96
Los Costos Directos e Indirectos	102
Componentes de los Costos Directos	105
Componentes de los Costos Indirectos	107
Una Versión Oficial de los Costos de Sobrepeso y Obesidad que influyen en la Diabetes	110
Conclusión	112
Bibliografía	119
Anexos	123

INTRODUCCIÓN

El objetivo general de esta tesina, es presentar toda aquella información que genere conciencia sobre el costo por el padecimiento de la diabetes, todo el impacto que pueda tener a nivel físico y por tanto a nivel económico tanto en lo personal como familiar; en su entorno social, profesional, laboral; es buscar que la población logre considerar prioritario el tema y con ello tome plena conciencia de la enfermedad, que debido a su exponencial descontrolado incremento sobre la sociedad mexicana -mucho de esto es debido factores como el sobrepeso y la obesidad- derivado de lo que pudo ser una nociva transformación en muchos hábitos, destacando, el cambio en la dieta alimentaria en algunas sociedades.

En el primer capítulo se enfocará hacia la necesidad o la importancia de la intervención o participación del Estado en el sector salud, detallando los principales aspectos sobre las causas que justifican dicha participación, tal como pueden ser las fallas y deformaciones del mercado. Desde la conceptualización de Estado, Gobierno y Administración Pública hasta la intervención del Estado, a partir del reconocimiento de las fallas del mercado y del Estado. También se aborda el marco legal, con las principales normatividades que ponen al Estado como uno de los principales proveedores para preservar la salud en la población.

En el segundo capítulo cuenta con dos grandes partes, primero el lector encontrará la definición de la salud, los principales elementos sobre la importancia de la salud y las diferentes concepciones de varios autores, así como, de la Organización Mundial de la Salud, con ello se podrá abordar la importancia de la salud como parte del bienestar de una persona. Segundo, en este capítulo, derivado de la ineficiente información que se tiene y la dificultad o incluso, un escaso acceso a la información se hará énfasis en los antecedentes históricos, desde los primeros esfuerzos que se ha tenido por parte de las instituciones para la obtención de los datos, desde los más simples pasando a nivel socio demográficos hasta llegar a una especialización en muchos aspectos, todo en el ámbito de la salud pública. Dichos esfuerzos se tienen desde la época precolombina, hasta los actuales tomando en cuenta el desarrollo científico - tecnológico.

En el último capítulo se desarrollará el análisis económico, desde una perspectiva a nivel de gasto en salud, en sus diferentes ángulos, así como la participación del sector salud en el

Producto Interno Bruto; sin omitir el punto de vista geográfico, comparando a México con países de América Latina.

Y, por último, efectuando un análisis más detallado de las principales consecuencias derivado de uno de los principales problemas de salud, como lo es la Diabetes Mellitus a nivel nacional, desde su definición, una mirada histórica del avance descontrolado durante un periodo de tiempo. A nivel local de la Ciudad de México y su comparativo con el resto del país. Como paso de ser a una de las principales causas para su atención médica y de mortalidad. Describiendo sus principales costos, sus complicaciones a nivel médico y su repercusión a nivel económico, tanto a nivel local como a nivel familiar.

El eje argumentativo se centra sobre la incidencia de enfermedades “mórbidas” o “crónico degenerativas”, que han aumentado considerablemente en los últimos años en el entonces conocido como Distrito Federal y que se han convertido en un problema importante de salud en la ciudad, el caso de la Diabetes como consecuencia de un descontrol en el sobrepeso y obesidad pueden causar estragos en la economía de la ciudad y del país.

Mucho se ha hablado de que el sector salud incluso podrá colapsarse por los gastos en atender la diabetes.

En concordancia con lo anterior se expone el interés de descifrar, que tuviera que suceder para colapsar un rubro de la economía, sus complicaciones médicas o directas a la salud de la población, además del efecto a nivel social, y por supuesto, el impacto a nivel económico.

“Ya decía yo que ese médico no valía mucho”

Epitafio de: Miguel de Mihura,
Escritor de comedias

“La salud es el equilibrio dinámico de los factores de riesgo entre el medio y dentro de ciertos parámetros.”

John De Saint

Capítulo 1

El Estado como principal previsor de la sociedad que lo hace un prestador de servicios de salud

MARCO CONCEPTUAL

Estado

La importancia de definir al Estado como previsor de la sociedad y principal institución proveedora de los servicios de salud pública. Para ello, también es necesario conocer al Estado como él que da la orientación, mediá los conflictos y prevé el futuro de la sociedad, brindando el marco jurídico institucional que proporcione seguridad, certidumbre, estabilidad e incentivos a la sociedad.

El Estado surge como la institución social más relevante dentro de la sociedad, que vela por los intereses generales de todos sus miembros, de la misma manera que de los intereses individuales y/o grupales (del conjunto de la sociedad), a partir de establecer un orden jurídico, normativo y regulatorio, (reglas) de comportamiento universal, parejo y equitativo para todos, auxiliado por las leyes, normas, reglas y el orden institucional que emane de él, que proporcione garantías, seguridad, certidumbre, estabilidad e incentivos a los individuos y grupos sociales, donde impere la justicia.

El Estado es la forma de organización suprema que de la sociedad ha sido capaz de desarrollar, que resulta de la necesidad de supervivencia, del hombre a lo largo de su historia ante la necesidad de resguardar su integridad, seguridad, certidumbre, estabilidad y tener incentivos que lo lleva a formar sociedades.

El actuar del Estado siempre debe estar basado en justicia, así como las acciones humanas, tanto para la orientación de las conductas individuales como en las colectivas, que todos sus miembros deberán seguir para alcanzar los objetivos que toda sociedad tiene, que están depositadas en el propio Estado y en las instituciones que de él emanen. Tanto como, para la orientación y mediación de los conflictos surgidos en la sociedad, para garantizar la paz, la prosperidad y el bienestar de la sociedad, hoy expresados en los principios de los Derechos Humanos, proclamados e impulsados por la Organización de Naciones Unidas, (ONU).

El Estado debe brindar certidumbre, estabilidad, seguridad y dar incentivos, además de estimular la equidad, igualdad y fraternidad en la sociedad para conducirla al cumplimiento de sus fines.

Al Estado se le puede ver desde varios ángulos, siendo los más importantes, el de orientador, impulsor, coordinador de la sociedad hacia sus de fines generales de la

comunidad (Tello, 2014: 2), el responsable y el principal vehículo como mediador de conflictos (Ayala, 2001: 16), previsor de no solo de conflictos para buscar su solución (Pereznieto, 2016), promover y conservar los equilibrios políticos, sociales, económicos y culturales ante la eminente dinámica y transformación de las comunidades, que también son altamente impulsada por el desenvolvimiento tecnológico de la humanidad, que hace que surja una obsolescencia de los bienes y servicios, todo ello implica el cambio de paradigmas de la sociedad de la que se trate y de la del mundo.

El Estado debe cuidar y mantener, promover los equilibrios políticos, sociales, económicos y culturales en los términos de los Derechos Humanos, de las Naciones Unidas, con el fin de garantizar la estabilidad de la sociedad, en una consideración siempre dinámica y no estática o de estancamiento.

Por éstas razones es que el Estado debe prevenir esta dinámica social mediante la creación de reglas, normas leyes e instituciones, que garanticen éstas conductas de convivencia y garantice la justicia social en todas las acciones, brindando certidumbre, seguridad, certeza e incentivos a la sociedad, esto es con la finalidad de que la misma, esté formada por ciudadanos y no por individuos; el establecimiento del Estado genera la necesidad de que en todas las leyes e instituciones que de él emergen, estén estrechamente vinculadas coordinadas y entrelazadas, entre sí y fundamentalmente con el Gobierno, donde deba siempre existir principios de convivencia, libertad, justicia y división de poderes, junto con el de su relevo generacional .

En síntesis, el Estado es la institución suprema de la sociedad, es su instancia rectora, que tienen como propósito fundamental el orientar, dirigir, fomentar, prevenir y coordinar las acciones y conductas de los miembros de la comunidad hacia los fines, objetivos, metas generales, que garanticen la vida y su perpetuidad como especie en el espacio que ocupan, con paz, prosperidad y bienestar. Ese marco jurídico general que rige a toda sociedad en un territorio específico, es la Constitución, las leyes, reglas, normas e instituciones que de ella emanen.

El Estado, para ser pertinente, eficaz y eficiente, que pueda garantizar la seguridad, la certidumbre, estabilidad y dar incentivos, debe cuidar y garantizar la libertad que requiere toda comunidad, tienen que promover, velar por que todas las instituciones, que no se concentre ni perpetúen en el poder, sino por el contrario, se promueva la división y relevo

generacional del poder, para responder adecuadamente a la dinámica social y mantener el equilibrio social.

Es por ello, que una vez constituido el Estado, se generan las reglas, normas, leyes e instituciones que garanticen el bien común, reconociendo los derechos y obligaciones individuales, así como, el de sus intereses particulares, siempre dentro de los derechos generales, de manera integral y no fragmentada, porque cuando el Estado se disminuye, debilita se diluye y/o fragmenta se pierde el común denominador que hace que lo heterogéneo, lo plural de la sociedad se vuelva antagónico atentando al desarrollo integral de la sociedad, como refiere Pereznieto (2016).

Por otra parte, para Ayala establece que

El Estado puede ser concebido como una macroestructura compleja que no está determinada abstractamente por alguno de sus componentes y que está influida por el contexto histórico moderno. Es decir, el Estado puede ser enfocado simultáneamente como actor y como una estructura institucional que incide en la escena política dependiendo de las condiciones históricas (Ayala, 2003: 16).

El Estado es una categoría abstracta, inmaterial (meta-categoría), es una macro estructura compleja que emerge de la sociedad para que contribuya a la mediación y solución de conflictos sociales, constantes y dinámicos, que surgen a partir de la interacción entre individuos; mediante normas de conducta establecidas en las leyes, reglas, usos y costumbres, que deben estar constantemente mediando en el conflicto que garantice la convivencia pacífica y la perpetuidad de la especie en el espacio que ocupen, para lograr la paz, prosperidad y el bienestar de la comunidad, de la sociedad. (2003, p. 16)

El Estado no sólo va a garantizar la mediación de los conflictos sociales, sino que también orienta, guiar a la comunidad a sus fines, a sus objetivos: a la paz, (convivencia más o menos armónica, respetuosa, tolerante, fraterna, solidaria, etc.); a la prosperidad y bienestar social, fundamentalmente estableciendo el orden jurídico e institucional, basados en los principios de justicia incorporados en el derecho. Es por eso que el Estado orienta las acciones y conductas de sus miembros al bien común, con lo que será capaz de ofrecer certidumbre, seguridad e incentivos a la sociedad. Como lo señalan Tello (2014), Stiglitz (2000), el Estado debe ser previsible y tener la capacidad de anticipar las consecuencias de

las acciones de la sociedad sino se apegan a las normas y reglas, al Derecho (Pereznieto, 2016).

Las instituciones que surgen a partir del Estado, van requiriendo nuevos mecanismos para la mediación del conflicto social para evitar enfrentamientos violentos entre los miembros de la sociedad ante la existencia de intereses contradictorios, a medida que la dinámica social se va volviendo más moderna y compleja. Las instituciones están encargadas de regular el conflicto social mediante la concertación, disuasión o coacción, acordando normas y leyes.

Las Instituciones que emanan del Estado, pueden ser:

- a) Instituciones sociales. Que tienen que ver fundamentalmente con la convivencia entre los miembros de las comunidades. Estas están conformadas principalmente por la familia, así como, instituciones religiosas, ideológicas, asociaciones civiles, de asistencia social, entre otras.
- b) Instituciones políticas. Estas se refieren a las de gobierno y organización social y de representación de la sociedad. Corresponden a esta categoría al Gobierno, la cual es la más importante institución política, seguido por Partidos Políticos y Organizaciones Políticas no Gubernamentales.
- c) Instituciones Económicas. Son las orientadas principalmente a la satisfacción de necesidades en principio los materiales de los seres humanos. En la economía de mercado se conforma principalmente por la Empresa (que puede ser de distinta naturaleza por su organización social, que pueden ser: Pública, Privada, Social o Mixta), Asociaciones y Organizaciones Empresariales como las Cámaras, Asociaciones Económicas.

En este marco, pueden identificarse instituciones mixtas, sociales y políticas o sociales económicas como las instituciones de educación en especial las de educación media superior y superior como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Politécnico Nacional (IPN), la Universidad de Chapingo, sindicatos, cuya organización y funciones llevan tanto un componente de institución política como de institución económica y social.

Otras instituciones se engloban todas aquellas que, por su naturaleza compleja, participan en dos o más tipos de actividades. Ejemplo: los sindicatos, que su organización y funciones llevan tanto componentes de institución política como de institución económica.

Las instituciones del Estado deberán fortalecerse para procurar el desarrollo social, político y económico, a través de las acciones de las instituciones, lo que dará como consecuencia sociedades y mercados más fuertes que a su vez demanden gobiernos precisos en las acciones de política que velen siempre por la satisfacción del beneficio social en justicia.

Para el caso mexicano, a este respecto, el Estado Constitucional Mexicano, establece una clara división de poderes, plasmada en el Artículo 49 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 (INDESOL, 2020).

En términos generales, el papel del Estado en la economía se puede vislumbrar desde dos ópticas, primero participando activamente en todos los ámbitos de la sociedad, es decir sin restricción en el aspecto económico y social y otra en la no participación, o con delimitaciones y acotamientos acordados, con una función más bien de solo garantizar la paz y estabilidad social normando las relaciones entre los individuos.

Una nueva razón para la existencia del Estado, es la imperfección del mercado. De acuerdo a Stiglitz (2000), un incentivo para la intervención del Estado son los fallos de mercado, una de las razones para la intervención del Estado en la economía fue a partir de la crisis de 1929, en donde se produjo la quiebra del mercado de valores de Nueva York, que dio lugar a que los Gobiernos asumieran un papel más activo en la economía y que aunado a que años después a la Segunda Guerra Mundial, muchas personas especialmente el proletariado se encontraron en situaciones de miseria y pobreza, lo que estimuló al Estado a impulsar programas de lucha contra la pobreza, sin embargo, la intervención del Gobierno en la economía también tiene ciertas fallas, las cuales se desarrollan, después de puntualizar cuales son las fallas del mercado (Stiglitz, 2000: 14).

Las instituciones del Estado deberán fortalecerse para procurar el desarrollo económico, a través de las acciones de las propias instituciones, lo que dará como consecuencia mercados más fuertes, que a su vez demanden gobiernos precisos en las acciones de política que velen siempre por la satisfacción del beneficio social en justicia, aunque éstas persigan fines de lucro.

El Estado sustenta su participación en el escenario económico a través de un arreglo institucional que rige la toma de decisiones. De esta forma existe una amplia compilación de leyes que regulan la actividad de toda la Administración Pública.

La participación del Estado mexicano en la economía está regulada en una serie de leyes, tales como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley de Ingresos de la Federación, Decreto de Presupuesto de Egresos, Ley Federal de Derechos, Ley de Planeación, Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Ley Orgánica de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y Ley Federal de Entidades Paraestatales, entre otras, y que para el enfoque del presente trabajo son suficientes, mencionado que hay un marco jurídico mucho más grande que norma las actividades de las dependencias, organismos e instituciones que integran la administración pública federal.

En el caso mexicano esto ha quedado establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los Artículos 25 y 26, los que tratan de:

- La rectoría del desarrollo social
- La planeación
- Desarrollo económico
- Distribución de la riqueza
- La actividad de la economía nacional
- Logro de la justicia social

Asimismo, debe garantizar la seguridad nacional, que se entiende por las acciones destinadas de manera inmediata y directa a mantener la integridad, estabilidad y permanencia del Estado.

El Estado ejerce sus acciones a través del Gobierno y da lugar a un conjunto de instituciones, que inciden diferencialmente en el funcionamiento y operación de los sistemas económico, político y social que confluyen en el Estado, estas instituciones dirigen al país y expresan los intereses y demandas de los diferentes grupos sociales.

El Gobierno para poder existir, el Estado le debe garantizar recursos para su existencia y funcionamiento, sobre todo de orden monetario, es decir, le debe de dotar de ingresos

públicos para poderlos ejercer en sus funciones, es decir, mediante su gasto, en el proceso social y político, surgiendo así la Economía Pública.

Son los gobiernos los que requieren de contar con ingresos públicos para garantizar a la propia institución, las que emanen del Estado y de la Administración Pública, así mismo contar con los recursos monetarios para ejecutar las políticas públicas que sean requeridas, para los propósitos del Estado.

Esta situación dará origen a las Finanzas Públicas, a los presupuestos y a la rendición de cuentas correspondientes a la sociedad, a través de su distinto órgano de representación.

La primera Institución que emana del Estado es el Gobierno. El Gobierno no es lo mismo que el Estado, está sujeto a él por el mecanismo del poder, es el conjunto de los órganos directores de un Estado a través del cual se expresa el poder estatal, por medio del orden jurídico. La principal diferencia, es que el Gobierno se establece, cambia y se transforma durante un período relativamente de corto plazo, en tanto que el Estado con sus componentes de población, territorio y poder tiende a permanecer por más tiempo, a pesar de que históricamente puede experimentar algunas transformaciones.

Toda institución que emane del Estado, para garantizar la seguridad, certidumbre y dar incentivos debe rendir cuentas, como en el caso mexicano lo establece el artículo 134 Constitucional. Con base a este espíritu de dar, la sociedad debe corresponder e informar sobre los resultados de los recursos recibidos y políticas públicas correspondientes.

Finalmente se señalan los elementos tradicionales clásicos del Estado que son tres: población, territorio y gobierno, del cual se plasmará el último.

Gobierno

El gobierno es la representación del poder público materializado, es el representante del Estado ante la sociedad, a su vez es el representante de la sociedad ante el Estado.

Pero para legitimarse, el Estado debe ejercer la autoridad y el poder sobre los ciudadanos, y en ese momento surge el Gobierno el cual, por cierto, no abarca las tres funciones del poder, debido a que mientras las funciones legislativa y jurisdiccional pueden tener alguna relación indirecta con la gobernabilidad, en la práctica, sólo el Poder Ejecutivo es el que realmente gobierna.

En ese sentido, el gobierno es el conjunto de los órganos rectores del Estado a través de los cuales se expresa el poder estatal, por medio de las leyes u ordenamientos jurídicos, puede ser analizado desde tres puntos de vista: según sus actores, como un conjunto de funciones o por sus instituciones.

El gobierno está obligado a crear un sistema de autoprotección social para todas las personas que viven en el Estado, que sea de largo plazo, autofinanciable, de muy buena calidad y sin corrupción, principalmente para garantizar a los ciudadanos el futuro de la salud, trabajo, educación, sustento y vivienda, entre otros aspectos, por lo que una característica primordial del gobierno es la recaudación de impuestos de los ciudadanos, para construir infraestructura y servicios públicos elementales.

Es así que, para poder funcionar, el gobierno crea las instituciones públicas necesarias que se encargan de administrar los recursos públicos provenientes de impuestos o recaudaciones, productos, aprovechamientos y transferencias, para el beneficio de la sociedad y lleve a cabo las políticas públicas de Estado y/o de gobierno.

Finalmente, como lo señala José Ayala, para cumplir con sus funciones, el gobierno requiere de instituciones en el sector público bien desarrolladas, modernas e influyentes, y un grupo dirigente con capacidades de liderazgo, gestión y poder político.

Por lo tanto, el gobierno está conformado por el conjunto de poderes ejecutivo, legislativo, judicial, así como de las instituciones emanadas de la administración públicas, con fines específicos de interés público, dependientes del presupuesto público y autónomas del gobierno.

Su función consiste en la elaboración, ejecución y sanción de normas jurídicas a través de órganos legítimamente constituidos que, en un sentido amplio, cumplen todos aquellos sistemas de gobierno que organizan y estructuran el poder político bajo principios democráticos. En otro sentido, el término también denota el método mediante el cual se gobierna a una sociedad, o bien, se refiere a un grupo de individuos que comparten una determinada responsabilidad en las instituciones gubernamentales¹.

¹www2.ine.mx/documentos/DECEYEC/gobiernos_y_democracia.htm

Una de las funciones sustantivas de gobierno, es la elaboración de planes y programas de acción para alcanzar los fines comunes y para mediar conflictos sociales.

Corresponde al Gobierno Mexicano de acuerdo a la Constitución Mexicana vigente lo siguiente: Ejercer la rectoría, protegerá la seguridad y la soberanía de la Nación, garantizarán los derechos humanos por medio de las diferentes instancias y niveles de gobierno, así como de las empresas, organismos, comisiones e institutos correspondientes. También le corresponde formular las políticas públicas por áreas de competencia, coordinarlas, planearlas para su conducción, orientación, regulación–legislación y fomento. Imponer, alentar, promover, respetar, proteger y garantizar la paz, la prosperidad y el bienestar de la sociedad.

Otra función de gobierno es la Administración Pública que no solo incluye al gobierno sino también a todas las instancias de la Administración Pública como son: las empresas y organismos públicos que brindan bienes y servicios públicos.

El recurso financiero y materiales de los que dispongan cualquiera de las entidades sujetas satisfacer los objetivos a los que estén destinados, en términos de la Constitución de los Estados Mexicanos, se tendrán que utilizar y se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer dichos objetivos. Teniendo en todo tiempo la obligación de aplicar con imparcialidad los recursos públicos.

Los resultados del ejercicio de dichos recursos serán evaluados por las instancias técnicas que señale la ley de la administración pública correspondiente. Los servidores públicos serán responsables del cumplimiento de estas bases en los términos del Título Cuarto de la Constitución Mexicana y en el artículo 134 (INDESOL, 2020).

Los organismos, empresas, así como los institutos y comisiones, contarán con autonomía en el ejercicio de sus funciones y en su administración, contarán con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tendrán como objeto garantizar el destino público o en general para el que fueron creados o establecidos, garantizando lo dispuesto en los artículos 6º y 7º de la Constitución y en los términos que fijen las leyes que el Congreso de la Unión dicte. Serán evaluados por sus resultados en relación a la satisfacción de los objetivos a los que estén destinados.

El gobierno para cumplir con su misión institucional deberá ser transparente, accesible y cercano a la población y en estas características se refleja la relación entre gobierno y sociedad.

Administración Pública

La administración pública y sus distintas ramas es resultado de la organización del gobierno y del sector público con base en el marco legal existente. Esta tiene una estructura definida, está compuesta por un conjunto de normas y procedimientos a través de los cuales ejecuta sus programas y proyectos como respuesta a las necesidades que la sociedad demanda de ella, le corresponde administrar los recursos materiales, humanos y técnicos del gobierno.

El artículo 90 de la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que: La Administración Pública Federal será centralizada, paraestatal, descentralizada, Órganos Reguladores Coordinado y otros órganos del Estado como Banco de México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el Instituto Nacional Electoral.

Sector Público

El sector público comprende todos los departamentos, agencias del gobierno, corporaciones y empresas públicas; son las instituciones públicas que representan los poderes ejecutivo, legislativo, judicial y el banco central, los cuales ejercen las acciones del Estado, de acuerdo a la Ley Orgánica de Administración Pública Federal (LOAPF) el sector público está compuesto por la Administración Pública Federal, centralizada y paraestatal, presupuestalmente está integrado por el gobierno federal, organismos y empresas bajo control presupuestario directo y organismos bajo control presupuestario indirecto.

Corresponde al sector público, las tareas de organización gubernamental, impulsar la unidad nacional, el desarrollo económico, el desarrollo humano, la estabilidad económica, el bienestar social, fomentar la participación ciudadana, preservar la calidad de vida, defender la soberanía nacional, resolver de manera pacífica los problemas de política exterior que pudieran influir en la nación y proporcionar seguridad pública y nacional.

La Intervención del Estado

Teniendo como referencia la conceptualización de los elementos básicos que llevarán a entender la intervención del Estado como el principal previsor de la sociedad y con ello, también el principal prestador de los servicios de salud en la población mexicana. En 1999, José Ayala Espino, escribía lo siguiente:

En México, la Salud Pública ha sido un componente importante de la política social seguida por el Estado, aunque falta mucho por hacer para satisfacer plenamente las necesidades de salud de la población, no cabe duda de que el desarrollo mexicano mucho debe al sistema público de salud. El sistema comprende una gama amplia de instituciones, organismo y servicios en los tres niveles de gobierno. Cubre un porcentaje significativo de la población, suple y complementa al sistema de salud privado (Ayala, 1999: 535)

El sector salud es uno de los principales actores para la población, debido a sus impactos a nivel físico (ataque a las enfermedades), social y económico.

La salud o sanidad como sector, forma parte de la Economía del Bienestar, por lo que se menciona la siguiente reflexión:

La economía del bienestar a menudo se confunde con las actividades relacionadas con la seguridad social, las políticas sociales, el Estado del bienestar, la educación y la salud públicas o la asistencia social; pero en rigor se trata de una rama de la economía que se ocupa de estudiar las condiciones que mejoran o empeoran el bienestar social de la población ... Han contribuido, con distintas teorías, a responder a preguntas relevantes: ¿Por qué y cómo se puede o no alcanzar el bienestar? (Ayala, 1997: 183).

Asimismo, lo define como:

La economía del bienestar se ocupa de las condiciones que determinan el bienestar económico de una comunidad. En la teoría tradicional se concebía el bienestar de una comunidad como la suma del bienestar individual de todos sus miembros. El problema de maximización del bienestar total implica la compensación recíproca de la pérdida de utilidad y ganancia de utilidad de individuos diferentes (Ayala 1997: 193).

La economía del bienestar descubrió que el mercado puede “fallar” en la asignación y distribución de recursos económicamente eficiente y socialmente justa; concede que el mercado pudiera alcanzar resultados económicamente eficientes, pero socialmente injustos. En este trabajo se mencionan las visiones de Fallos de Mercado de Joseph Stiglitz y nuevamente de José Ayala Espino.

Para Ayala, la teoría de las fallas del mercado parte de los supuestos esenciales:

- i) El mercado no siempre es capaz de proveer todos los bienes demandados por la sociedad.
- ii) Algunas actividades económicas generan costos sociales que ningún agente económico quiere o puede absorber. Los monopolios se apropian del excedente del consumidor, manipulando los precios y/o las cantidades para elevar sus beneficios.
- iii) La información que proporciona el mercado es incompleta y está desigualmente distribuida.
- iv) La conclusión relevante a la cual llega la economía del Bienestar, es que el Estado puede desempeñar un importante papel en la corrección de las fallas del mercado, mejorando la eficiencia económica y el bienestar social.
- v) La economía del bienestar ha contribuido con cuatro ideas fuerza. Equivocadas o no, han servido para transformar profundamente las economías modernas. Primero, la economía centralmente planificada y con una fuerte intervención estatal es superior al *laisse-faire* y al libre mercado. Segundo, los mercados son monopolizados en ausencia de la regulación gubernamental y ello obstruye seriamente la competencia y genera una pérdida irrecuperable de bienestar para la sociedad. Tercero, aun si los mercados son competitivos y eficientes, existen problemas de externalidades, bienes públicos, información incompleta u otras fallas del mercado que conducen al malestar, y no al bienestar, común. Y cuarto, el libre mercado siempre produce resultados indeseables en la distribución del ingreso y propicia la desigualdad social.
- vi) La nueva Economía del Bienestar ha matizado el papel todopoderoso que le asignaba al Estado para corregir cualquier tipo de falla del mercado (Ayala, 1997: 186).

Se ha hablado mucho sobre el papel que tiene el Estado como el principal corrector de las fallas del mercado por lo que se define a nivel general de la economía del bienestar. Ayala en su Diccionario define como

Fallos del mercado: en sentido estricto, una falla del mercado resulta de la violación de los supuestos en los cuales descansa el modelo de una economía competitiva. Las fallas más comunes son aquellas relacionadas con la provisión de bienes públicos (para los cuales los precios del mercado son inapropiados) y los bienes colectivos (que están asociados con externalidades); el monopolio natural (presencia de economías de escala continuas), y mercados incompletos (resultado de los problemas de información). La incapacidad del mecanismo de los precios para generar una distribución del ingreso y del bienestar socialmente óptimos también es un ejemplo de falla del mercado (Ayala, 1996: 197).

En esta línea, Stiglitz plantea teóricamente, un sector público óptimo es aquél que corrige las “fallas del mercado” y redistribuye la riqueza a través de un esquema de gasto estructurado, un sistema fiscal eficiente y a través de un conjunto de regulaciones e instituciones eficaces, que conllevan a maximizar el bienestar de la sociedad en su conjunto, en un contexto económico determinado. Sin embargo, en la realidad esto no sucede, y la participación del Estado en la economía está supeditada, por ciertas características que impiden que el mercado sea eficiente en el sentido de Pareto, es decir, cuando los agentes económicos no logran igualar el beneficio marginal, con el costo marginal (Stiglitz, 2000: 92).

Pero en la práctica, el mercado no es eficiente en el sentido de Pareto, y se justifica la intervención del Estado, principalmente por la existencia de las “fallas de mercado”, producto de la aparición de las siguientes condiciones, según el mismo autor se consideran:

- a) Fallas en la competencia.
- b) Existencia de bienes públicos.
- c) Externalidades.
- d) Mercados incompletos.
- e) Información imperfecta (incertidumbre).
- f) Desempleo, inflación e incertidumbre.

Si bien es cierto que la regulación económica obedece a los fallos del mercado y busca su corrección, existen determinadas situaciones que conducen a que ésta no logre su cometido, estas se conocen como las Fallas del Estado:

Aunque los fallos de mercado impulsaron a los países occidentales a adoptar los grandes problemas públicos de los años treinta a los sesenta, en los setenta y ochenta, las deficiencias de estos programas indujeron a los economistas y a los politólogos a investigar los fallos del Estado. ¿En qué condiciones no funciona bien el Estado? (Stiglitz, 2000: 16).

Son cuatro las causas de incapacidad sistemática del Estado para cumplir los objetivos formulados: su reducida información, su reducido conocimiento de las respuestas privadas a sus intervenciones, su reducido control de la burocracia y las limitaciones que imponen los procesos políticos.

1. Información limitada: cuando los gobiernos no cuentan con la información suficiente para tomar decisiones o para prever las consecuencias que de ellas se deriven.

2. Control limitado de las empresas privadas: en muchas ocasiones, el Estado interviene en un determinado sector, fijando condiciones generales dentro de este; no obstante, pese a esas normas generales el Estado no puede controlar el comportamiento de los agentes económicos en el desarrollo singular de sus actividades. Ejemplo de ello, es cuando se fija un modelo tarifario determinado que remunere los costos de producción más la utilidad esperada. A pesar de la regulación del esquema tarifario, el Estado no puede controlar los costos de producción del empresario, razón por la cual puede haber un incremento inesperado en la tarifa sin que se desconozca el modelo impuesto regulatoriamente.

3. Control limitado de la burocracia: en muchas ocasiones, la ejecución de una determinada norma regulatoria requiere del concurso de diferentes autoridades públicas, las cuales pueden no actuar eficientemente. Ejemplo de ello, es cuando se encarga a una autoridad de orden municipal del control de una determinada medida. Por oportuna que la medida sea, si el ente encargado de vigilar su aplicación no es efectivo en dicho control, la medida adoptada jamás rendirá los frutos esperados.

4. Limitaciones impuestas por los procesos políticos: ocurre que muchas de las medidas que necesiten ser adoptadas en desarrollo de la regulación económica pueden ser impopulares y afectar a determinado conglomerado socialmente representativo o con gran poder de

presión, casos en los cuales muchas veces la medida jamás será adoptada a fin de evitar una reacción adversa del grupo afectado, aunque los intereses que estuviesen en juego fueren de mayor valor en términos de equidad y justicia social.

Ayala, por su parte, plantea las principales diferencias entre las fallas del Estado y las fallas del mercado:

Fallas del Estado	Fallas del mercado
<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimientos rígidos y lentitud provocada por el exceso de trámites burocráticos. 2. Debilidad o inexistencia de sistemas de evaluación de resultados y de desempeño institucional e individual. 3. Ausencia de incentivos para mejorar el desempeño. 4. Gestión orientada a procedimientos y no a resultados. 5. Respuesta parcial o precaria a los intereses y necesidades del ciudadano. 6. Manipulación de los objetivos asignados a las instituciones públicas, que en ocasiones son contradictorios entre sí. 7. Definición frecuente de metas y objetivos en función de presiones políticas o de grupos de interés. 8. Poca capacidad de reforma adaptativa del Estado. 9. Falta de competencia en el sector público en general, lo cual conlleva incremento de costos y disminución de la productividad. 10. Dificultad del Estado para establecer y hacer cumplir reglas del juego, así como dar garantías de estabilidad de las mismas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El mercado es ciego respecto de los problemas distributivos, por lo que no es un instrumento idóneo, desde el punto de vista de la equidad. 2. El mercado no está en condiciones de considerar las externalidades que generan diferencias entre beneficios y costos, privados y sociales. 3. Muchos mercados son altamente imperfectos y concentrados. 4. Falta de regulación que se ha puesto en evidencia en muchas ocasiones, con las frecuentes crisis financieras. 5. La acción privada en condiciones monopólicas conduce, en ausencia de la acción pública, a fenómenos de atención concentrada sólo en los clientes más apreciables. 6. La empresa privada suele caer en procesos de selección distorsionados, procura eliminar a los usuarios de alto riesgo en favor de los de bajo riesgo en los sistemas de seguridad social. 7. La competencia de mercado no puede ser organizada por acuerdo entre los actores participantes de la misma, sino que requiere de la autoridad pública para establecer las reglas.

Elaboración propia con base en Ayala (2002).

Argumentos a Favor de la Intervención del Estado en el Sector Sanitario.

Al tener como antecedentes las definiciones sobre los principales fallos del mercado, en el sistema de salud se puede considerar que el Estado interviene para corregir esas fallas, esta parte está reorientado hacia las fallas de mercado en el sistema de salud.

Teóricamente el argumento para la intervención del Estado, se basa, en equilibrar y regular las tensiones que generan los fallos de mercados.

Sobre los planteamientos ¿Qué papel desempeña el Estado actualmente en el sector sanitario? y ¿Qué razones hay para que intervenga el estado? Stiglitz refiere:

Normalmente la subida de precio de un bien no es por sí sola una razón para que intervenga el Estado. Los precios varían en respuesta a la demanda y oferta, lo que altera la escasez... pero en realidad, el mercado sanitario está plagado de imperfecciones, algunas de las cuales llevan a realizar excesivos gastos (Stiglitz, 2000).

Además, refiere cuatro fallos del mercado en la sanidad:

Información imperfecta. los pacientes compran en gran medida conocimientos e información, básicamente confían en los conocimientos del médico, por lo que el Estado debe de intervenir en la concesión de permisos para ejercer la medicina y la regulación de los medicamentos.

Competencia limitada. Se puede explicar dicho concepto con un ejemplo, si un médico cobra menos se considera o se piensa que es malo; la heterogeneidad de los servicios médicos dificulta las comparaciones de precio y calidad e impide que se difunda eficazmente la información. Algunos médicos consideran que si otros médicos, si bajan precios, toman represalias por ejemplo les niegan el apoyo. También es reducida la competencia de hospitales

Ausencia de ánimo de lucro. Papel de las instituciones sin fines de lucro. Otra diferencia importante entre los mercados médicos y los mercados competitivos convencionales es el importante papel que desempeñan las organizaciones sin fines de lucro. Su objetivo no consiste meramente en minimizar el coste de atender a los pacientes o maximizar los beneficios. Las consecuencias de esta ausencia de fines de lucro son magnificadas por la forma en que el Estado y las compañías

aseguradoras reembolsan a los hospitales sus gastos: les pagan las cantidades que estos facturen por exageradas que sean.

Sector de seguros en la sanidad. Los individuos son adversos al riesgo y es la razón por la que compran un seguro. Muchos de los autores hablan dentro de esta parte sobre los seguros de gastos médicos, para economías desarrolladas tales como la de los Estados Unidos, el caso de los seguros médicos es muy importantes, en la economía familiar.

El papel del sector de seguros médicos²

Como un dato adicional se plantea la participación de los seguros médicos.

Seguro y gasto excesivo en asistencia sanitaria: cuando un individuo compra un seguro, ya no paga todos los costos de la asistencia. Aquí se explica, con ejemplo, sobre todo lo que se generaría si se queda más días en un hospital. o requiere de un tratamiento más costoso

Selección adversa: consideramos una situación en la que la empresa aseguradora no pudiera saber nada sobre una persona, salvo que esté dispuesta a comprar una póliza de seguro pagando la prima establecida.

Costes de transacción: son los costes de compraventa de bienes, incluido el coste de gestionar los mercados, son los costes en que se incurre para que funcione el sistema económico.

Consecuencia de las ineficiencias en los mercados de asistencia sanitaria.

Los fallos de mercado generan ineficiencias y pueden contribuir a los crecientes costes que han avivado los recientes debates sobre la política sanitaria. Dos ejemplos:

1.- La oferta crea su propia demanda: Dado que los pacientes no saben qué atención es necesaria y correcta y como pagan una pequeña parte del coste de la asistencia, los médicos pueden elevar la demanda de sus servicios; hay indicios de que un aumento del número de cirujanos provoca un aumento del número de operaciones incluso cuando los precios no varían. Ejemplo: el incremento de las cesáreas en lugar de parto natural

² Solo se hace mención sin profundizar en el tema, debido a que México, el sector de los seguros no tiene la presencia como en algunos países anglosajones, principalmente Estados Unidos de América.

2.- Asistencia incorrecta: existen pruebas de que una gran parte de los gastos sanitarios son en realidad incorrectas. Quizá las más reveladoras sean los datos que comparan las prácticas que se realizan en diferentes ámbitos e instituciones tanto públicas como privadas.

Pobreza, Cobertura Incompleta y Papel del Estado.

Se habla principalmente sobre los fallos del mercado, como ineficiencias, pero una de las principales razones por las que interviene el Estado, no tiene que ver con la ineficiencia.

Aquí se habla de las diferencias entre la salud y cualquier otro elemento de consumo, por la sencilla razón de que es un derecho, el acceso a los servicios médicos no debe ser controlado por el mercado.

El economista de origen indio y Premio Nobel de Economía en 1998, Amartya Sen, en su ensayo *Capacidad y bienestar*, promulga que la manera más adecuada de asegurar una calidad de vida más o menos equitativa es que el Estado asegure a la mayor cantidad de gente –si no a todos- una igualdad de oportunidades que tengan en cuenta las capacidades personales. (Osorio. 2016: 129-132)

El centro del enfoque de Amartya Sen está en los funcionamientos (habilidad de una persona para hacer actos valiosos) y la capacidad (combinaciones alternativas que una persona puede lograr). Va quedando clara la distancia que toma de la medición de necesidades básicas (distinto a capacidades básicas que se incorpora al enfoque) como Calidad de vida; aquí se trata de evaluación, valoración de funcionamientos y capacidades que tiene que ver con elementos constitutivos de la persona y no con bienes o recursos primarios. Sería importante precisar que la ausencia de medición en Sen y el énfasis en su enfoque en aspectos evaluativos, ponderaciones, elecciones y valoraciones en términos de funcionamientos y capacidades; permite ubicarlo en una perspectiva cualitativa y no cuantitativa, subjetiva y no objetivista, en cuanto a caracterizar su enfoque sobre el bienestar.

Se distinguen funcionamientos elementales (estar nutrido, tener buena salud) o más complejos (alcanzar la autodignidad o integrarse socialmente). Valoración de ventajas individuales y sociales van a tomar en cuenta la ponderación que los distintos individuos le dan a los funcionamientos. (Sen, 1996)

El derecho de cada individuo al acceso universal de la atención médica, como lo refiere un primer esfuerzo que se tuvo a nivel mundial en los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En septiembre del año 2000 se celebró, en Nueva York, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. En dicho evento, los líderes de 189 naciones se comprometieron con el contenido de la Declaración del Milenio: compuesta por los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, que van desde la reducción de la pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza básica universal para el año 2015, constituyeron uno de los esfuerzos más significativos de la historia contemporánea para ayudar a los más necesitados. (ONU, 2000)

La Declaración del Milenio es una declaración acordada por Jefes de Estado y de Gobierno, mediante la cual se reafirmó la fe en la Organización y en su Carta como cimientos indispensables de un mundo más pacífico, más próspero y más justo. Reafirmaron su adhesión a los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas, que han demostrado ser intemporales y universales.

En la década 2020-2030 es fundamental la necesidad de actuar para hacer frente a las creciente pobreza, empoderar a las mujeres y las niñas y afrontar la emergencia climática. Es por ello que los Objetivo del Milenio se transformaron y la Asamblea General de la ONU, adoptó los denominados Objetivos del Desarrollo Sostenible o comúnmente conocida como la Agenda 20-30:

En comparación con los diez años anteriores, son más las personas en todo el mundo que viven una vida mejor. Hay más personas que nunca con acceso a una sanidad mejor, a un trabajo decente y a una educación. No obstante, las desigualdades y el cambio climático están amenazando con echar por tierra estos progresos. La inversión en economías inclusivas y sostenibles puede brindar importantes oportunidades de prosperidad compartida. Además, las soluciones políticas, tecnológicas y financieras están a nuestro alcance. Sin embargo, se necesitan cambios rápidos y sin precedentes, así como un mayor liderazgo, para adaptar estos mecanismos de cambio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (ONU, 2015)

Específicamente en el objetivo 3 se busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades y más específicamente en el numeral 3.8 que refiere, lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

Retomando la idea de pobreza, cobertura incompleta y papel del Estado, la idea de que hay bienes y servicios que deben suministrarse a todas las personas independientemente de su renta, se conoce con el nombre de igualitarismo específico.

Por un lado, se menciona que el que más dinero tenga más deba de gastar debido a que, la relación entre la asistencia médica y la vida es muy pequeña, existen factores como el tabaco y el alcohol, la dieta y las pautas de alimentación.

Si se quiere mejorar el estado de salud de las personas menos favorecidas, se puede hacer de una forma más barata o económica emprendiendo campañas, por ejemplo: contra el tabaco, el alcohol y alimentos denominados “chatarras”, incrementando los impuestos sobre estos bienes, fomentando el consumo de frutas y verduras o alimentos saludables, entre otros.

Existe otra opinión, todo el mundo debe tener derecho a un cierto nivel mínimo de asistencia sanitaria. Para Corugedo, Hidalgo y Del Llano:

Estamos también ante la ocasión de discutir la relevancia del papel del Estado como moderador en estos casos de los procesos de asignación. Como se realizaría la asignación en el caso de la utilización de los propios precios del mercado, para pasar a analizar las diferentes soluciones de equilibrio si el Estado realiza una cierta regulación en los precios (Corugedo, Hidalgo & Del Llano, 2000: 225-246).

Estudio los diferentes tipos de problemas que se pueden considerar existentes en los mercados sanitarios, que impiden el buen funcionamiento.

Para el autor las principales causas de fallos de mercado son:

- Monopolio
- Externalidades y bienes públicos
- Selección adversa
- Riesgo moral
- Incertidumbre y la información incompleta

Además de los Principales fallos del estado:

- Mayores costes del personal sanitario público frente al privado
- Exceso de personal en los centros públicos
- Menor eficiencia en los centros públicos en los servicios no sanitarios (restauración, limpieza etc. Que normalmente por ello tiene que ser contratados por empresas
- Dado que el sector salud paga a muy largo plazo, los precios de los consumos suelen ser notablemente superiores a los de las instituciones privadas
- Ausencia de incentivos: eliminación de la competencia, imposibilidad de quiebra, imposibilidad de discriminación según rendimientos y méritos (estabilidad garantizada)
- Énfasis en la legalidad, que impide la preocupación por la eficiencia. internalidades o conversión en público del interés particular.

Por todo ello, la existencia de Fallos tanto en la organización pública como en la privada del sector hospitalario conduce a buscar políticas de equilibrio entre el mercado y la gestión pública de los servicios.

Externalidades y bienes públicos

Una Externalidad es una falla de mercado definida como el efecto de las actividades de producción o consumo de un agente sobre el consumo o producción de otros agentes. Las externalidades surgen en la producción y en el consumo. Si representan un costo o una disminución del bienestar, se denominan externalidades negativas; en cambio, si originan un beneficio o un incremento del bienestar, se trata de externalidades positivas.

Además, pueden distinguirse dos nociones de externalidades:

- Las externalidades representan una falla del mercado debido a que los costos marginales individuales no reflejan los costos marginales sociales; es decir, alguien paga (o se beneficia) por una actividad que no emprendió.
- La existencia de externalidades supone un segundo grupo de fallos del mercado competitivo. Ocurre cuando las decisiones de consumo o producción de un agente afecta a las oportunidades de consumo o producción del resto de los agentes.

Se plantea también el problema de quien se beneficia de los servicios sanitarios y por lo tanto quien debe de financiarlos. Una adecuada financiación de una inversión sanitaria (un determinado tratamiento médico), planteándose el problema en términos de equidad.

La Economía del Bienestar descubrió que el mercado puede “fallar” en la asignación y distribución de recursos económicos.

La respuesta del Estado a los fallos de mercado, se establece con la regulación.

Los fallos del mercado en la provisión de asistencia sanitaria determinan o justifican la intervención del estado. La regulación o intervención estatal se puede realizar a diferentes niveles.

Por ejemplo, la regulación de los salarios del personal sanitario y de los precios de los servicios y productos, por decir una política de precios máximos sobre los productos farmacéuticos.

Es Estado como regulador del sistema de salud.

Las decisiones económica en el ámbito del gobierno se centran fundamentalmente en aspectos macroeconómicos: el aumento de los gastos sanitarios, los problemas de financiación del sistema sanitario, la insuficiencia de la oferta en relación a una demanda potencialmente ilimitada que genera inevitables listas de espera, limitaciones y deterioro en la calidad de la atención sanitaria, la rigidización del modelo de sistema sanitario y el peso del Estado y del mercado en el mismo son aspectos que están en el debate público.

Principales razones para el aumento del gasto sanitario son:

- Crecimiento de la población y su envejecimiento
- La extensión de la cobertura de los servicios de salud
- La mayor preferencia del bien salud con relación al resto de los bienes por parte de los individuos
- Un incremento de los precios relativos de los servicios y productos sanitarios
- El uso más intensivo de nuevas tecnologías y más costosas
- Nuevas enfermedades y cambio de patrón de la morbilidad de las ya existentes.

Uno de los principales objetivos que se debe de reconocer a nivel internacional y nacional es la cobertura universal, es decir, cualquier individuo podrá o mejor dicho deberá tener acceso a los servicios de salud.

MARCO INSTITUCIONAL Y LEGAL

Marco Institucional

El Marco Institucional del Sistema de Salud se debe transformar como resultado de los cambios que han vuelto obsoletas las estructuras administrativas y legales tradicionales que ya no son garantía de calidad y cobertura; creando organismo e instituciones necesarios para lograr el propósito fundamental del derecho de la salud, como un derecho social universal (Ayala 1999: 539).

La legislación otorga al Estado el derecho a:

- Determinar qué debe y no debe hacer el individuo frente a ciertas circunstancias relacionadas con su salud o con la de los demás.
- Autorizar a los servicios locales de salud para tomar medidas para prevenir y curar las enfermedades. Generalmente las leyes de salud implican ambos métodos.

Entre los principales aspectos de la legislación mexicana sobre salud destacan:

El artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, referente a la salud como parte de los Derechos Humanos.

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

El artículo 4º. Constitucional señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Proteger la salud de los mexicanos es un compromiso asumido en el artículo 4 Constitucional, y reflejado en la Ley General de Salud que se concrete en la política, la estrategia y el programa de salud en el marco del Planes Nacionales de Desarrollo en el periodo de estudio (2000-2009)

La Constitución señala que 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.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.

Estos principios jurídicos son la base para la definición de una política que pretenda organizar y articular de un modo eficiente y equitativo el sistema de salud, para elevar la calidad de atención al paciente como algo socialmente valioso.

Marco Legal

En el ámbito jurídico, el derecho de protección a la salud se establece en el artículo 1º, artículo 4º constitucional y en el caso de los derechohabientes de la seguridad social, el marco legal para hacer efectivo este derecho está plasmado en las leyes que rigen a las principales instituciones de seguridad social.

Al respecto, habrá que señalar que la Ley General de Salud (LGS) representa el principal marco normativo en materia de salud en nuestro país; sin embargo, previo a las reformas efectuadas en mayo de 2003, carecía de elementos que precisaran con claridad las reglas de financiamiento para la prestación de los servicios de salud, por parte de los servicios de salud estatales.

Con la reforma, se incorporó la protección social en salud como materia de salubridad general y se adicionó el Título Tercero Bis a la Ley General de Salud, con lo cual quedaron establecidas las reglas generales de financiamiento y prestación de los servicios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, en el caso de la población sin acceso a la seguridad social. Dicha reforma modifica los artículos 3, 13, 17, 28 y 35 y adiciona el Título Tercero Bis, el cual incluye diez capítulos y 41 artículos que comprenden los aspectos siguientes:

Definición del concepto protección social en salud.

Distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas.

Definición explícita de los beneficios asociados a la protección social en salud

Definición de la población beneficiaria

Creación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS)

Establecimiento del esquema de aportaciones para el SPSS, incluyendo los Fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona y a la Comunidad

Especificaciones para el cobro de las cuotas familiares

Objeto y constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Objeto y constitución de la previsión presupuestal anual.

Reglas para garantizar la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o conocido como Seguro Popular.

Definición de los derechos y obligaciones de los beneficiarios, así como causas de suspensión y cancelación.

En este aspecto se transcriben algunos de los fundamentos legales más relevantes.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 1°. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Artículo 4°, párrafo tercero: 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 (INDESOL, 2020).

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.

Ley General de Salud:

Artículo 2°: El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Artículo 3º: En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: II bis. La Protección Social en Salud.

Artículo 77 bis 1: Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Seguro Popular, sin importar su condición social.

Artículo 77 bis 5: La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

I. Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas necesarias.

II. Proveer servicios de salud de alta especialidad por medio de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto.

III. En su función rectora constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios.

IV. Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

VI. Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo con la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

X. Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios y validar su correcta integración.

XIV. Tutelar los derechos de los beneficiarios.

XV. Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos.

XVII. Evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.

B) Corresponde a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal, dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales:

I. Proveer los servicios de salud.

II. Identificar e incorporar beneficiarios al Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

III. Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias.

V. Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados.

Artículo 77 bis 36: Los beneficiarios tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (DOF, 1984).

Los servicios médicos de la ciudad son manejados por la entonces Secretaría de Salud del Distrito Federal ahora Ciudad de México, bajo los principales mecanismos de legislación como son la Ley de Salud del Distrito Federal que apareció en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009, en la que se destaca los siguientes artículos:

Artículo 1.- La presente Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto:

I. Regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población del Distrito Federal y la competencia del Jefe de Gobierno del Distrito Federal en materia de salubridad local; IV. Establecer los derechos y las obligaciones en materia de salud para la población del Distrito Federal.

V. Definir los mecanismos para promover la participación de la población en la definición, vigilancia y desarrollo de los programas de salud en el Distrito Federal.

Artículo 2.- Los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección a la salud. El Gobierno del Distrito Federal y las

dependencias y entidades federales, en el ámbito de sus respectivas competencias, tiene la obligación de cumplir este derecho.

Artículo 3.- *El derecho a la protección a la salud se regirá por los principios siguientes:*

I. Universalidad: La cobertura de los servicios de salud que responda a las necesidades de salud de toda persona para hacer efectivo su derecho a la protección a la salud;

II. Equidad: La obligación de las autoridades sanitarias locales de garantizar acceso igual a los habitantes del Distrito Federal a los servicios de salud disponibles ante las necesidades que se presenten en la materia, y

III. Gratuidad: El acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a estos servicios, a los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral.

Artículo 4.- *Para los efectos de la presente Ley, el derecho a la protección a la salud tiene las siguientes finalidades:*

I. El bienestar físico y mental del individuo, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, en los términos de la legislación aplicable;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

VIII. La garantía de seguridad sanitaria a sus habitantes.

Artículo 5.- *Para los efectos del derecho a la protección a la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:*

I. La medicina preventiva;

II. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente;

III. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

IV. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo las dirigidas a las discapacidades, así como la atención de urgencias;

V. La atención materno-infantil;

VI. Los servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar;

VII. La salud mental;

VIII. La prevención y el control de las enfermedades auditivas, visuales y bucodentales;

IX. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, en los términos de las disposiciones aplicables;

X. La promoción del mejoramiento de la nutrición, especialmente en materia del combate a la obesidad y los trastornos alimenticios;

XI. La asistencia médica a los grupos más vulnerables, de manera especial, los pertenecientes a las comunidades indígenas, los adultos mayores y las personas discapacitadas;

XII. La prevención y atención de las adicciones, particularmente el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia, y

XIII. La protección contra los riesgos sanitarios (Secretaría de Salud, 2020).

Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal

Artículo 1.- Las disposiciones contenidas en este Reglamento son de orden público e interés social, y tienen por objeto regular la aplicación de la Ley de Salud del Distrito Federal, salvo las materias de salubridad local.

Artículo 4.- El Sistema de Salud del Distrito Federal, y sus dependencias, promoverán y apoyarán la formación de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de mejoramiento de la salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes y rehabilitación.

Artículo 5.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 16.- El Sistema de Salud del Gobierno Distrito Federal, está integrado por:

- I. La Secretaría de Salud del Distrito Federal, como órgano rector y normativo;*
- II. Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal;*
- III. La Red de Hospitales del Gobierno del Distrito Federal;*
- IV. Los Órganos Político-Administrativos (Delegaciones);*
- V. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-DF);*
- VI. Instituto de Asistencia e Integración Social (IASIS);*
- VII. Los servicios en materia de salud prestados por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y del Gobierno del Distrito Federal, directamente o a través de sus órganos desconcentrados y organismos descentralizados;*
- VIII. La Agencia de Protección Sanitaria del Distrito Federal;*
- IX. Comités Delegacionales de Salud, y*
- X. Cualquier otra institución del Gobierno del Distrito Federal, que preste algún servicio de salud a la población abierta.*

Artículo 17.- Los servicios de salud del Sistema de Salud del Gobierno del Distrito Federal, serán otorgados de la siguiente manera:

- I. Primer nivel: Por los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, DIF-DF, Instituto de Asistencia e Integración Social, Delegaciones, y cualquier otra institución del Gobierno del Distrito Federal, que preste algún servicio de salud a la población abierta;*
- II. Segundo nivel: Por la Red de Hospitales del Gobierno del Distrito Federal;*

III. Tercer nivel: Por las Unidades Médicas de Especialidades de la Red de Hospitales (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2011).

“Cuando la mente se olvida del cuerpo”

Viejo proverbio chino

"La salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o convertirse en lo que quiere ser."...

René Dubos

Capítulo 2

La conceptualización de la salud y su referencia histórica y de acceso a la información

Definición de Salud

Este trabajo se enfoca en lo general a los sistemas de salud y por tanto se considera iniciar con la definición de salud que proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo el principal rector en temas de salud a nivel internacional.

La Organización Mundial de la Salud define a la Salud como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

La definición como tal, parece entendible, por esencia propia, sin embargo, se puede considerar perfectible añadiendo información, también puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). El concepto salud abarca el estado biopsicosocial, los aspectos que un individuo desempeña.

Como información adicional, para algunos seguidores de corrientes nuevas, sobre todo los que consideran al medio ambiente, cabe hacer la aclaración sin intención de ofender el objetivo de esta tesina debido a que no se cuenta con la fuente exacta, en 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS y en armonía con el medio ambiente, ampliando así el concepto.

Asimismo, la Salud en la mayoría de las definiciones, atendiendo a su concepción, tenemos aquellas cuyo elemento central es el equilibrio, como los explica el autor Indalecio Corugedo, en su libro Economía de la Salud, hace la recopilación de algunas definiciones de otros autores que hacen referencia al equilibrio:

La salud consiste en la capacidad de que el organismo mantenga un equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, con lo cual queda razonablemente indemne al malestar, insatisfacción, incapacidad y enfermedad y a comportarse de un modo que permita la supervivencia de la especie, así como el acoplamiento y el entorno del individuo. Capacidad de normativización vital que permite gozar de armonía psicofísico en un equilibrio dinámico de sus circunstancias naturales y sociales (Hidalgo, 2000: 17).

Recalcando aún más, tomando en cuenta como antecedente las anteriores definiciones, lo importante es el reconocimiento del equilibrio entre varios factores principalmente entre naturales y sociales.

La salud y sus factores determinantes (biología, estilos de vida, medio ambiente y sistema sanitario) deben ser tomados en cuenta como marco conceptual para la elaboración de una política sanitaria fundamentada en la salud pública y, por tanto, en las necesidades de salud de la población.

Para que un Estado cumpla con el objetivo de la elaboración de sus políticas públicas, es importante reconocer que las políticas enfocadas a la salud, tendrá que tener un peso específico importante dentro de una economía,

La políticas de salud, bajo este marco, deberán dar respuesta a los determinantes de salud extra sanitarios, lo que implica la participación de otros sectores como educación, obras públicas, medio ambiente ... que, junto a las políticas sanitarias, hagan frente a los problemas de salud que requieren servicios de asistencia sanitaria en su vertiente preventiva, curativa o rehabilitadora, procurando un adecuado balance entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como su mantenimiento y recuperación (Hidalgo, 2000:19).

Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Las circunstancias en la que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en sanidad (OMS, 2010).

Siguiendo en la intención de conceptualizar o definir ciertos objetivos, se considera como atención sanitaria aquellos servicios prestados a individuos o comunidades por los agentes de los servicios de salud o profesionales (Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales, Especialistas, etc.), con el propósito de promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. La atención sanitaria es un concepto más amplio y no esta exclusivamente limitada a la actuación médica que implica acciones diagnósticas y terapéuticas bajo la supervisión de un médico, es además un evento participativo, donde cada paciente es único. Su prestación produce salud o la restablece.

Para cualquier individuo su principal preocupación es la calidad en el servicio. En una actividad como la sanitaria lo más importante es la calidad del servicio en atención o cuidado sanitario prestado.

Un paciente requiere o demanda salud con el objetivo de mejorar. Desde un punto de vista estrictamente económico, la mejora supone un incremento en el capital o la riqueza humana del individuo.

Para tales efectos es necesario la provisión de los servicios de salud, luego entonces el propósito es aumentar, restablecer y mantener la salud o limitar las consecuencias de las enfermedades.

El papel de las instituciones a nivel internacional

La Organización Mundial de la Salud se considera como el organismo a nivel internacional que proporciona las directrices para lo que se refiere a la salud.

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socioeconómico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración del Alma-Ata, Kazajistán, quienes señalaron que la *Salud para Todos* contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y seguridad en el mundo.

La OMS cumple sus objetivos mediante las siguientes funciones básicas:

- ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;
- determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos;
- establecer normas y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico;
- prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera;
- seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Estas funciones básicas se han descrito en el Undécimo Programa General de Trabajo, que proporciona el marco para el programa de trabajo, el presupuesto, los recursos y los resultados a nivel de toda la organización. Titulado “Contribuir a la salud”, el programa abarca el periodo de diez años que va de 2006 a 2015.³

³Fuente: <http://www.who.int/about/role/es/index.html>

El objetivo era transformar la evidencia, obtenida a partir de estudios realizados en varios entornos, en una lista de opciones para la obtención de recursos suficientes y para la eliminación de las barreras económicas al acceso a los servicios sanitarios, especialmente en el caso de la población vulnerable.

Ya que la población envejece, aumentan las enfermedades crónicas y se requiere dispone de tratamientos nuevos, y más caros, sin omitir como paradoja, el aumento de la esperanza de vida con todas sus consecuencias.

Según cálculos por parte de la OMS, que entre el 20% y el 40% del gasto sanitario total se pierde por la ineficiencia y señala 10 áreas específicas en las que unas políticas y prácticas más adecuadas podrían aumentar el impacto de los gastos, a veces de manera espectacular.

¿Por qué la cobertura universal?

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socioeconómico sostenido.

Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Las circunstancias en las que algunas personas crecen, viven, trabajan y envejecen, influyen en gran medida en la manera en la que la gente vive y muere, la educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en sanidad.

Los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos. Este objetivo se definió como “cobertura universal”, algunas veces llamada cobertura sanitaria universal.

Papel de las instituciones a nivel nacional y local

Para cumplir este compromiso, se diseñó el *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, el cual está estructurado en torno a cinco grandes objetivos de política social:

1. mejorar las condiciones de salud de la población;
2. brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente;

3. reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables;
4. evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal,
5. garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.

Cabe precisar que el Programa Nacional de Salud 2007-2012 tiene como peculiaridad que, fue elaborado con las aportaciones de trabajadores del sector, miembros de instituciones académicas, organizaciones profesionales y de la sociedad civil, así como de muchos ciudadanos.

El gobierno del presidente Felipe Calderón, a partir del principio de igualdad de oportunidades, ha asumido el compromiso de conseguir la ampliación de las capacidades de todos y el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes más lo requieren. A la luz de este compromiso, y para dar respuesta a los grandes retos que enfrenta nuestro sistema de salud, se ha formulado, con la participación de todas las instituciones del sector y de la sociedad civil, este Programa Nacional de Salud 2007-2012, en concordancia con lo que claramente traza el Plan Nacional de Desarrollo de la presente administración.

Tras un amplio diagnóstico de la situación nacional, se han identificado ejes rectores que guiarán los esfuerzos sectoriales para dar cabal respuesta a las demandas más vivas y legítimas de la población:

Dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;

Garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud;

Garantizar que los bienes y servicios estén libres de riesgos sanitarios;

Suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos;

Brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población,

Fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen. A través de la Alianza por un México Sano y sustentados en una concepción democrática, participativa y

universal, el gobierno y la sociedad conjugarán esfuerzos para el diseño y el despliegue de políticas de salud incluyentes, nutridas por las aportaciones de los prestadores de servicios, los usuarios y la población en su conjunto. Lo que llevará a generar políticas auténticamente compartidas (Secretaría de Salud, 2007).

En México, desde hace décadas, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. La transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que predominantemente nos aquejan como sociedad demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, que exige el empleo de alta tecnología y que precisa la participación de múltiples áreas de especialidad; sin soslayar el deterioro del medio ambiente.

El ejercicio sectorial y plural de identificación de prioridades permitió la definición de los cinco objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012, que son los siguientes:

1. mejorar las condiciones de salud de la población;
2. reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
5. garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Para cumplir con estos objetivos se diseñaron diez estrategias que están orientadas al fortalecimiento de las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud: la rectoría efectiva, el financiamiento equitativo y sostenible, y la generación de recursos suficientes y oportunos encaminados a prestar servicios de salud de calidad y seguros.

Las estrategias son las siguientes:

Rectoría efectiva en el sector

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios
2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades
3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud

4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud
5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud
6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud
7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona. Generación de recursos suficientes y oportunos
8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector
9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos
10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.

Estas estrategias se desagregan en líneas de acción, las cuales estuvieron asociadas a metas que debieron cumplirse en los cinco años posteriores a la formulación de dicho plan. La Secretaría de Salud dará seguimiento anual al cumplimiento de estas metas y las metas estratégicas relacionados con los objetivos del programa.

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios
2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades
3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud
4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud
5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud
6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud
7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona
8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector

9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos

10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios

A nivel local, el entonces Gobierno del Distrito Federal, impulsó programas de carácter social, con el objetivo de acercar a los habitantes de la ciudad dichos programas.

Básicamente, dichos programas se han aglutinado en uno de mayor reconocimiento, conocido como Red Ángel.

El sistema de Protección Social Red Ángel es el mecanismo permanente de articulación de programas que cubren y aseguran el derecho a la salud, la educación y la equidad en todas las etapas de la vida de las personas. Es la red de protección social más grande, más amplia y profunda de todo el país, que genera millones de historias de dignidad y de cambio, donde nadie queda fuera, nadie atrás, nadie olvidado.

La denominada Red Ángel es la demostración de que un sistema integrado como este es posible en México con base en la visión de una sociedad donde predomina la equidad, la perspectiva social que permite incluir a los adultos mayores, personas con discapacidad, las niñas y niños que han perdido a su madre o padre, a los que necesitan respaldo para continuar sus estudios, las personas que necesitan un apoyo para su vivienda, los que usan el sistema de transporte público, los que requieren consultas y medicamentos gratuitos desde el nacimiento hasta su vejez”⁴.

ANTECEDENTES DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA SALUD RESEÑA HISTÓRICA

Debido a un nivel ineficiente de información, así como de su acceso, se ve la necesidad de hacer un rescate de la visión histórica del sector, sobre todo aquellos esfuerzos que se generaron a nivel gubernamental para tener un compendio histórico especializado en el tema y que esta tesina sea como el granito de arena que sume para su difusión.

⁴http://redangel.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=54

Los principales antecedentes en relación con la obtención de cifras de “carácter oficial” que se tiene registro, fueron para el año de 1893, cuando el Estado Mexicano logró integrar por primera vez las cifras provenientes de todo el país respecto a los hechos vitales, los cuales comenzaron a registrarse desde el año de 1859 en las Oficialías del Registro Civil. Otro de los grandes acontecimientos que se dio, fue la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública en el año 1943, misma que permitió consolidar y propiciar la coherencia en las acciones emprendidas por el Gobierno de la República con la intención de mejorar las condiciones de salud de la población, reduciendo la frecuencia de la morbilidad y los niveles de mortalidad.

Época precolombina

Los primeros antecedentes que se tienen sobre la obtención de datos acerca de comunidades a medida de sus riquezas y la evaluación de sus obligaciones materiales, podemos encontrar evidencia en los documentos y códices de los pueblos indígenas precolombinos sobre los ingeniosos sistemas censales que utilizaban, reconocidos históricamente.

Época de la Colonia

Los Conquistadores Españoles tomaron como guía las nóminas, códices y todos aquellos datos que escaparon de la destrucción de los propios españoles. Debido a la imposibilidad práctica de realizar estudios o censos durante los primeros años.

Durante la Colonia, con el nuevo orden y la necesidad de efectuar transacciones, las autoridades civiles y religiosas elaboraron un catastro completísimo, con padrón de habitantes y nómina de tributos, llamado "Suma de Visitas de Pueblos por Orden Alfabético". Asimismo, hacia el año 1580 por órdenes del rey Felipe II se realizó en todas las colonias españolas un valioso y extenso trabajo estadístico conocido como "Relaciones Geográficas", que integraba datos geográficos, históricos, demográficos y económicos de la época.

El Censo de Revillagigedo, llevado a cabo en el año de 1791, mismo que fue la base para que el Barón Alejandro de Humboldt publicara "Tablas Geográficas de la Nueva España" y su obra "Ensayo Político sobre la Nueva España" que incluye por primera vez el análisis

comparativo de México con respecto a otros países, es considerado el trabajo estadístico económico social más trascendente del período colonial.

Siglo XIX

Al inicio de la Era del México Independiente, al no tener una estabilidad y tranquilidad política, ni los recursos económicos suficientes para llevar cabo trabajos estadísticos formales, por lo que continua el sistema de estadísticas legado por los Virreyes o sistemas basados en la lectura de las obras de Humboldt.

Sin embargo, en este contexto de carencia de estadísticas confiables y completas destaca la labor concientizadora del Dr. José Ma. Mora, al impartir en el Ateneo Mexicano lecciones relacionadas con la magnitud y trascendencia de contar con estadísticas sobre los hechos vitales.

Ante estas circunstancias, Don Valentín Gómez Farías, en carácter de vicepresidente de la República, promueve en el año de 1833 la creación de la Sociedad de Geografía y Estadística, originalmente llamada Instituto Nacional de Geografía y Estadística, cuyo objetivo central era el de integrar una estadística nacional completa.

Después de una serie de trabajos preliminares, en enero de 1851 se presenta la "Carta General de la República", que se puede considerar como la primera recopilación integral sobre información del territorio nacional.

En relación al sistema de registro de los hechos vitales, las modalidades y costumbres prevalecientes en España, se implantaron al efectuarse la Conquista, trayendo consigo que las practicas registradoras parroquiales se realizaran sin ninguna adecuación o flexibilidad, incluyendo la profunda discriminación por cuestiones raciales, ya que regularmente se inscribían sólo los actos religiosos celebrados por Peninsulares, Españoles o Criollos; tal hecho propició que, ante la marginación de la mayoría de la población, fuera imposible integrar estadísticas completas sobre tales actos; a este respecto, es de hacer notar que los registros parroquiales no eran propiamente registros de hechos vitales sino de ceremonias religiosas; esto es, se anotaban bautizos y no nacimientos, ritos de matrimonios católicos y entierros en lugar de defunciones.

Es preciso reconocer el papel importante que tenía la Iglesia en la población, siendo dicha institución la única capaz de la obtención de la información, no solo religioso sino civil.

Si bien hubo intentos locales por parte de las autoridades para establecer registros de los nacimientos y defunciones, todos los esfuerzos fueron rápidamente reprimidos, en gran medida, debido a que la iglesia apoyada en el peso económico y político que había acumulado, se opuso en forma importante.

Para el año de 1855, cuando el ministro de justicia de ese entonces Benito Juárez expide la ley mejor conocida como "Ley de Juárez", que suprime los tribunales especiales, prohíbe los tribunales eclesiásticos y militares, quitándole directamente el poder político de la Iglesia.

Ante estos desafíos políticos, el presidente Ignacio Comonfort decreta para toda la República la Ley Orgánica del Registro Civil, que entra en vigor el 27 de enero de 1857. Con esta decisión el estado reconoce la importancia que tenía para los ciudadanos y las autoridades, el ejercicio de sus derechos y obligaciones civiles.

Al asumir la presidencia Don Benito Juárez en el año de 1859, promulga en Veracruz las Leyes de Reforma, a partir de las cuales se deslinda el rumbo decisivo entre el estado, la iglesia y la sociedad. De ellas destacan las Leyes sobre el Matrimonio Civil, el estado civil de las personas y la secularización de los cementerios. Por estos ordenamientos, se marcó la independencia entre la Iglesia y el Estado, retirándosele al clero la facultad de registrar los actos de la vida civil de las personas, quedando el registro de los Hechos Vitales como una responsabilidad exclusiva del estado.

Al finalizar la Guerra de Reforma, las leyes fueron publicadas formalmente por su gobierno en la capital de la República; el año de 1861 se recuerda como aquel en el cual fue levantada la primera acta de defunción.

Al interior del país, el funcionamiento normal tropezaba con innumerables obstáculos por la constante resistencia de la gente. La mayoría de los jueces del estado civil eran calificados de apóstatas y heréticos, e incluso se llegó al grado de que después de cumplir con la ley civil, las personas firmaban retractaciones de los actos registrados. Lógico era pues, que los primeros actos del registro civil fueran difíciles y tambaleantes, y que en muchos estados de la república no pudieran funcionar con éxito las oficinas de registro. Sin embargo, el primer paso estaba dado (Servicios de Salud, 2009).

Restablecida la República se consolidó la institución del Registro Civil como instrumento administrativo de captación de las estadísticas de los más importantes aspectos de la vida social; sin embargo, no se alcanzaba aún el objetivo de integrar estadísticas nacionales, debido al carácter extremadamente incompleto e irregular de los registros existentes.

Siendo lo anterior, una de las principales problemáticas que tuvo el país en cuanto al conteo de los registros. Un país sin información, es un país sin conocimiento de su pueblo.

Durante el régimen de Porfirio Díaz las diferentes oficinas encargadas de la estadística nacional, utilizaban técnicas y modelos poco compatibles entre sí, provocando la dispersión o duplicación de los esfuerzos; ante ello, son objeto de una desconfianza generalizada, ya que predominaba la idea de que su finalidad consistía básicamente en la enumeración de contribuyentes fiscales y en la captura de soldados de leva.

Debido a la urgencia de metodologías para homogenizar la formación de la estadística general del país, Don Antonio García Cubas y Don Emiliano Busto proponen la creación de una oficina central de estadística, y en 1882 se publica la Ley de Producción de las Estadísticas Demográficas, creándose simultáneamente la Dirección General de Estadística, la cual contemplaba dentro de sus atribuciones la integración de los Censos de habitantes, agrícola e industrial; la información estadística sobre movimiento de población, territorio, instrucción pública, justicia, comercio, rentas públicas y asuntos administrativos.

El primer Anuario Estadístico de la República Mexicana fue publicado en el año 1893, integrado por datos oficiales remitidos por la totalidad de los estados y territorios del país, lo que representó un formidable esfuerzo de sistematización de información, ya que recopila un padrón de población por entidad federativa y partido, datos sobre situación geográfica, límites y superficies, clima, movimientos de personas, marcas de fábrica y de comercio, administración fiscal, movimiento bancario, fábricas y jornales, minería, ferrocarriles, correos, telégrafos, bibliotecas y museos.

Cabe destacar que, durante ese mismo año de 1893, la Clasificación Internacional de Enfermedades, es aplicada por primera vez en la República Mexicana por el Dr. Jesús Monjarás, en la integración de las Estadísticas de Mortalidad provenientes de San Luis Potosí. Con la experiencia adquirida en la realización de los Anuarios de 1893 y 1894, la Dirección General de Estadística levanta los primeros Censos de Población en 1895, 1900 y 1910, consolidando así el conocimiento estadístico veraz de la población y sus

características principales. Simultáneamente en 1900 y 1910 se efectúan la primera y segunda revisión de la nomenclatura propuesta por Bertillón (CIE).

Siglo XX

A principios del siglo pasado, a pesar del caos social que el movimiento armado revolucionario había promovido y el desajuste político por falta de una orden constitucional que consolidara un gobierno legítimo, Don Venustiano Carranza promovió acciones legislativas trascendentes, como la Ley del Divorcio de 1914 y la Ley sobre Relaciones Familiares de 1917, que regula la figura de la adopción. La Carta Magna de 1917 fija las bases que sustenta el Registro Civil y crea el Departamento de Salubridad Pública.

Por otra parte, si bien desde mediados del siglo XVIII se funda la Facultad Médica del Distrito Federal y el Consejo Superior de Salubridad para atender los padecimientos de la población, la recopilación estadística lograda por el Anuario Estadístico marca el inicio del interés oficial por la salud pública, toda vez que se revela la magnitud de los diversos padecimientos de la población y sus necesidades de asistencia médica sanitaria.

Con el Movimiento Revolucionario todas las instituciones y funciones desempeñadas sufrieron graves desajustes con la destrucción y pérdida de libros, inventarios, archivos, actas y registros en especial las dedicadas a la estadística nacional y al registro civil; es hasta 1922 cuando se reorganiza el Departamento de la Estadística Nacional, en principio para concluir los trabajos del Censo General de Población y el Censo de Habitaciones efectuados en 1921, así como retomar a la normalidad el Servicio Estadístico Nacional, a través de la reanudación del Anuario Estadístico de la República Mexicana, cuyo primer ejemplar de esa segunda época fue publicado en 1938, conteniendo una serie histórica desde 1922. En estricto sentido, es este último año el que marca el inicio de la producción regular de la estadística sobre los hechos vitales en México.

En la época de la Revolución, la escasez prevaleciente en materia de salud no permitía satisfacer las demandas de los habitantes del Distrito Federal. Las víctimas de los accidentes y de homicidios eran trasladados para su atención en parihuelas, camillas o carretas, a la sección médica de la Comisaría, y en caso necesario eran transferidos al Hospital Juárez.

HISTORIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

De los primeros intentos hasta la creación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

En el año de 1909, el entonces gobernador del Distrito Federal, Don Guillermo de Landa y Escandón, ante la necesidad de una rápida y mejor respuesta en la atención traumatológica, inauguró el Primer Puesto Central de Socorros. En el primer año de labores, se llevó a cabo la primera intervención quirúrgica por una fractura expuesta, y más tarde, en 1910 la primera intervención de corazón abierto.

En 1911, por problemas económicos se cerró el Puesto Central de Socorros, se siguió dando atención médica en las Comisarías y en el Hospital Juárez. Posteriormente nace la Cruz Verde.

Para 1913, se suspenden de forma oficial todos los servicios médicos en las Comisarías y el Puesto Central de Socorros, y se otorgó a la Cruz Roja y a la Cruz Blanca la autorización de recoger los lesionados en la vía pública y trasladarlos al Hospital Juárez.

En 1921, se reanudaron los servicios médicos sin que pudieran llevar a cabo todas sus funciones por problemas de tipo político-económicos; sin embargo, no fue hasta 1925 cuando se restablecieron y organizaron los servicios médicos.

Entre los años de 1933 a 1934, se fundaron cuatro Puestos Periféricos de Socorros en: Balbuena, Santa Julia (Tacuba), Mixcoac y General Anaya (Portales), cabe mencionar que en estos Puestos atendían solamente pacientes traumatizados.

En 1935, se nombró al Dr. Rubén Leñero (ex director interino del Hospital Juárez), como Jefe de los Servicios Médicos, quién amplió los servicios médicos de reclusorios y la penitenciaria. Se instalaron secciones médicas en los parques y centros deportivos, por lo que se cierra el Puesto Periférico de Socorros No. 4, General Anaya. En 1936, se fundó el Centro de Transfusión de Sangre, el mismo año, se dotó al Puesto Central de Socorros un servicio de hospitalización, contando con dos salas de hombres y de mujeres para el cuidado postoperatorio. En 1937, se funda el Sindicato de los Trabajadores Médicos del Distrito Federal. Se inauguraron en 1938, las Secciones Médicas en las Delegaciones Azcapotzalco y Gustavo A. Madero.

Después de diversas reparaciones vuelve a abrir el Puesto Central de Socorros, en donde el 21 de agosto de 1940, fallece León Trotsky como un dato histórico. En 1941, se pone en funciones un laboratorio para la preparación de productos farmacéuticos, incrementando poco a poco su producción. En 1943, se organizó el 1er. Congreso Nacional de Traumatología en el Distrito Federal, se inauguró el primer Hospital de los Servicios Médicos, llamado originalmente Hospital de la Cruz Verde y más tarde Hospital General Dr. Rubén Leñero, esto permitió apoyar al Hospital Juárez, cuya demanda era excesiva. Este nuevo hospital cubría toda la zona, por lo que se cierra el Puesto de Socorros No. 2 ubicado en Santa Julia. En 1946, se inaugura la Escuela de Enfermería (ubicada en el Hospital Dr. Rubén Leñero). En 1947, se reinaugura el Puesto de Socorros No. 2 en la esquina de la Calzada de la Piedad.

En 1953, en la Calle Del Carmen se funda la Clínica para los Trabajadores no Asalariados, que es el antecedente para el futuro Hospital General Dr. Gregorio Salas, el cual sería ubicado enfrente en 1969. En 1954, se construyó la Cárcel de Mujeres con un hospital para las internas, en Santa Martha Acatitla, Iztapalapa. Paralela a ella se inauguró la penitenciaria de hombres, con un hospital de 50 camas y un quirófano. En 1957, se fundó en el Hospital Dr. Rubén Leñero, la primera sala de Recuperación (Terapia Intensiva), siendo la única en la República Mexicana.

Durante el período de 1958 a 1964, la Ciudad de México fue la única en el mundo donde se construyeron 12 Hospitales Infantiles, en sólo seis años, como una estrategia para combatir la mortalidad infantil, que representaba una alta proporción dentro de la mortalidad general. La estrategia fue construir un hospital infantil por cada zona que contara de manera cercana con un mercado, una escuela y un parque, y a su vez cada hospital con el servicio de guardería.

En 1962 y 1963, se inauguraron los Hospitales de Urgencias Coyoacán (actualmente Xoco), Balbuena, la Villa y Tacubaya, este último, cinco años después pasó a ser dependencia del ISSSTE. En 1968, la Escuela de Enfermería logra tener reconocimiento universitario, quedando incorporada a la UNAM. En 1969, se inaugura el Hospital Dr. Gregorio Salas, en 1970, los Hospitales Regionales de Milpa Alta, Topilejo y Cuauhtepic, y en 1971, el Hospital Dr. Nicolás M. Cedillo. En 1976, se inaugura la Primer Escuela de Trabajo Social de la Ciudad de México.

Durante 1997, se continuó con la ampliación y reconstrucción de diferentes hospitales, en este mismo año, en el marco del proceso de descentralización de los Servicios de Salud en el ámbito nacional, se separan de la Secretaría de Salud Federal, los Servicios de Salud Pública y el Hospital General de Ticomán, pasando a formar parte del Gobierno del Distrito Federal, a través de un Organismo Público Descentralizado (OPD). En 1999, los Servicios Médicos anteriormente englobados en el llamado Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, toman el nombre de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), órgano centralizado del Distrito Federal, que además se constituye como cabeza de sector del OPD.

Siglo XXI

En 2001, para garantizar el derecho a la protección de la salud, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, crea una estrategia, “la gratuidad al usar los servicios y medicamentos”, para ello se instrumenta el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. En marzo del mismo año, inicia el “Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal. En 2003, la Asamblea Legislativa aprobó una iniciativa de ley, la cual postula a la pensión alimentaria ciudadana, como derecho social universal en el Distrito Federal. En 2005, se consolida el Sistema Integral de Urgencias Médicas, y se inaugura el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, como un hospital de referencia para toda la Ciudad.

En diciembre de 2006, fue inaugurado el Hospital General Dr. Enrique Cabrera, después de un arduo trabajo por conseguir, tanto el fondo monetario, como los permisos para su construcción. Su misión es brindar una atención médica de calidad y el tratamiento adecuado a las personas de escasos recursos que habitan en la delegación “Álvaro Obregón”. El 24 de junio de 2007 se pusieron en operación 8 unidades médicas móviles conocidas como Medibuses, posteriormente y debido a la demanda del servicio por parte de los habitantes, en el mes de mayo de 2012 se incorporaron 8 nuevas unidades de mastografía y durante el año 2013 se agregan 10 unidades más, que recorren diariamente las 16 delegaciones de la Ciudad de México. Durante el mes de abril del año 2009 se inauguró el Hospital General “Ajusco Medio”, este hospital lleva el nombre de la doctora

“Obdulia Rodríguez Rodríguez” en reconocimiento a su labor, por la cual recibió el Premio Nacional Dr. Eduardo Liceaga, máxima distinción otorgada en medicina.

El crecimiento demográfico ocurrido durante las últimas décadas en las entonces delegaciones ubicadas al oriente de la capital crea necesidades por parte de la población que el Gobierno del Distrito Federal debe solventar, en este caso la Secretaría de Salud inauguró en el año 2010, el Hospital General “Tláhuac” que cuenta con equipo de vanguardia y ofrece diversas especialidades y servicios a fin de proveer una adecuada atención médica a los habitantes de la demarcación, toda vez que gran porcentaje de sus pobladores viven en un alto grado de marginación.

En el año 2011 y también ubicada en la zona oriente la “Clínica Hospital Emiliano Zapata” se entrega a la ciudadanía como respuesta a las necesidades de los habitantes de la sierra de Santa Catarina en la entonces denominada Delegación Iztapalapa. El día 27 de febrero de 2012, estratégicamente ubicadas en siete de las estaciones del metro más concurridas, fueron inauguradas las clínicas denominadas “Unidades de Salud de la Red Ángel”. Hacia la segunda mitad del año 2012 se contaba con 12 unidades de este tipo en funcionamiento y en el año 2013 se suman 2 unidades ubicadas al interior de la Central de Abastos de la Ciudad de México, dando a la fecha un total de 14 unidades, actualmente conocidas como “Unidades de Salud de Detección Oportuna” (USDO).

La salud se mide por el shock que una persona pueda recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud. "una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente"...

Moshé Feldenkrais

Capítulo 3

La Diabetes como un Problema de Salud Pública y su Impacto Económico.

Definiciones, Conceptos y Antecedentes

Existe un consenso amplio en la literatura, en medios gráficos y electrónicos de comunicación sobre la condición que la gran mayoría de los habitantes de este país padecen, el sobrepeso u obesidad; datos que sirven como ejemplo, al término de la primera década de este milenio, donde la población era aproximadamente de 112 millones de personas, de los cuales 76.6 millones tienen problema de sobrepeso u obesidad; así como un 70 % de los adultos se encuentran en esa condición. Se debe considerar como un dato alarmante, que cada vez existen más menores con este mal, casi 4.5 millones de niños entre los 5 y 11 años se ha diagnosticado sobrepeso u obesidad.

Mucho de esto se debe a que los niños realizan 70% menos ejercicio que hace 30 años, además que entre el 60% y el 80% de los niños mexicanos son sedentarios, confinados en espacios domésticos, incluso cada vez más pequeños.

A nivel mundial, la prevalencia de la diabetes mellitus tipo II está aumentando de forma acelerada como resultado del envejecimiento de la población, de la urbanización y de los cambios al estilo de vida (Fundación Mexicana para la Salud, 2013:10).

Es preciso hacer mención, que realizar dicho estudio, existe mucha coincidencia entre expertos de la materia como médicos, nutriólogos, así como analistas de diversa índole, tales como analistas económicos y de la información, que el problema se debe de tomar con mucha responsabilidad y consideración.

Por otro lado, existe una gran variedad de criterios, datos y cifras, empero todos llegan a una misma conclusión, la diabetes será un gran problema de salud pública en los próximos años.

Existe una gran correlación entre el sobrepeso y obesidad con enfermedades como la diabetes; muchos autores tienen criterio similar en el concepto de hacer de la salud un patrimonio individual.

La pérdida, el deterioro o la ausencia de la salud conllevan a una serie de alteraciones en distintos ámbitos económicos y sociales, particularmente, las enfermedades crónicas se caracterizan por un deterioro progresivo y constante como consecuencia de complicaciones incapacitantes o mortales.

Como consecuencia de lo anterior, un individuo enfermo es menos productivo y, por lo tanto, contribuye al detrimento de la economía familiar, derivado por el ausentismo laboral

y posteriormente se llega al desempleo, adicionalmente, un aumento en el gasto a nivel familiar a consecuencia de su tratamiento médico, muchos de estos son cada vez más costosos.

En este capítulo es preciso definir algunos conceptos que intervienen al deterioro de la salud, por lo que se propone conocer y adoptar las definiciones de la OMS sobre cada uno de los factores en estudio:

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (OMS, 2019).

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

La definición del tema de estudio según la OMS, la diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula la glucosa en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento de la glucosa en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2019)

Existen varios tipos de diabetes, las cuales son:

Diabetes de tipo 1 (también llamada *insulinodependiente, juvenil o de inicio en la infancia*). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

- *Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita. (OMS)*
- *Causas⁵*
- *Hasta hoy, se desconocen las causas exactas que dan origen a una diabetes tipo 1. Se sabe que existen una serie de factores combinados entre sí:*
- *Factor genético. Se hereda la predisposición a tener diabetes, no la diabetes en sí. Sólo el 13% de los niños y adolescentes con diabetes tienen un padre o hermano con esta enfermedad. Sabemos que la causa no es totalmente debida a la herencia por los estudios que se han realizado en gemelos idénticos. Cuando un gemelo tiene diabetes tipo 1, sólo en la mitad de los casos el otro gemelo desarrollará la enfermedad. Si la causa fuese únicamente genética, ambos gemelos desarrollarían siempre la enfermedad.*
- *Autoinmunidad. Normalmente, el sistema inmune protege nuestro cuerpo, pero en determinadas enfermedades como la diabetes, el lupus, artritis, etc., el sistema inmune se vuelve contra nuestro cuerpo. En el caso de la diabetes, se produce una reacción contra las células productoras de insulina. La forma de evidenciarlo en sangre es midiendo los anticuerpos. Estos anticuerpos suelen desaparecer de la sangre de forma progresiva después del diagnóstico de la diabetes.*
- *Daño ambiental. Este factor puede ser un virus, tóxicos, algo en la comida, o algo que todavía desconocemos. Es el puente entre el factor genético y la autoinmunidad.*
- *La forma de desarrollar la enfermedad sería la siguiente:*
- *Una persona hereda la predisposición a padecer diabetes.*
- *Esta tendencia puede permitir a un virus o a otro factor lesivo dañar a las células beta.*
- *Las células beta dañadas al cambiar no son reconocidas y el cuerpo reacciona produciendo anticuerpos contra parte de esas células.*

⁵<https://www.fundaciondiabetes.org>

- *Se activan los glóbulos blancos que se dirigen al páncreas y lesionan más células beta.*
- *Sabemos que la mayoría de las personas que desarrollan diabetes no lo hacen de un día para otro. Se trata de un proceso que puede durar años, incluso iniciarse desde el nacimiento.*

Diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

- *Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.*
- *Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.*
- *Causas⁶*
- *Factor genético o hereditario. La diabetes tipo 2 tiene mayor riesgo hereditario que la tipo 1. En casi todos los casos un padre o un abuelo tienen la enfermedad. En el caso de gemelos idénticos, si uno tiene la enfermedad, el otro tiene un 80% de posibilidades de desarrollarla.*
- *Estilo de vida. El 80% de las personas que desarrollan diabetes tipo 2 tienen obesidad y no tienen una vida muy activa. El restante 20% a menudo tienen un defecto hereditario que causa resistencia a la insulina.*
- *Diagnóstico*
- *Las personas con diabetes tipo 2 pueden estar años con la glucosa alta sin tener síntomas de diabetes. Muchas veces el diagnóstico es casual al realizarse un análisis de sangre o de orina por otro motivo. La poliuria, polidipsia, polifagia, fatiga y pérdida de peso características de la diabetes tipo 1 también pueden estar presentes.*

⁶<https://www.fundaciondiabetes.org>

- *Tratamiento: Al igual que en la diabetes tipo 1 es importante que la familia aprenda lo máximo posible de la enfermedad. Al comienzo de la diabetes ésta se podrá controlar en muchas personas con cambios en el estilo de vida que incluyen una dieta normo o hipocalórica y ejercicio físico diario. Es importante que los cambios en el estilo de vida se realicen en toda la familia ya que así entre todos ayudaremos al adolescente o niño a aceptarlos mejor.*
- *Los controles de glucemia capilar son muy importantes, aunque no se esté utilizando insulina como tratamiento. El mínimo recomendado son tres-cuatro al día. Los objetivos serían tener una glucemia en ayunas <120mg/dl y a las dos horas de las comidas <140mg/dl.*
- *Si con estas medidas no se consigue tener un buen control metabólico se añadirán pastillas (Antidiabéticos orales) o insulina. Existen diferentes tipos de antidiabéticos orales, los más utilizados son:*
 - *Metformina. Actúa reduciendo la liberación de glucosa del hígado. Puede ayudar a perder peso ya que disminuye el apetito. Los principales efectos secundarios son malestar de estómago, náuseas y diarrea.*
 - *Pioglitazona. Aumenta la sensibilidad a la insulina. Sus principales efectos secundarios son congestión nasal, dolor de cabeza, problemas hepáticos y ganancia de peso.*
 - *Sulfonilureas. Estimulan al páncreas para producir más insulina y por tanto tienen riesgo de producir hipoglucemia.*
 - *Repaglinida. Estimulan la liberación de insulina pancreática, se administran antes de las comidas.*
 - *Acarbosa. Retrasa la digestión de los hidratos de carbono. Puede producir flatulencia y dolor abdominal.*
 - *Inhibidores de DPP4, neutros respecto al peso y que ayudan a controlar los picos de glucemia que se producen tras las comidas.*
 - *Inhibidores SGLT2, que favorecen la eliminación de la glucosa por las vías urinarias. Su mecanismo de acción hace que sean útiles combinados con otros antidiabéticos orales que actúan a través de mecanismos diferentes.*

La insulina es otra opción terapéutica en las personas con diabetes tipo 2. Si al debut de la enfermedad hay cuerpos cetónicos se precisará tratamiento inicial con insulina. Durante periodos de enfermedades intercurrentes, muchos diabéticos tipo 2 necesitarán pinchazos de insulina. Según la enfermedad progresa muchas personas con diabetes tipo 2 precisarán insulina. Agonistas de GLP-1: aunque también se inyectan, no son insulina. Están indicados cuando se asocian obesidad y diabetes tipo 2 gracias a su efecto beneficioso sobre el peso. También controlan los picos de glucosa que se producen tras la toma de alimentos.

Las principales diferencias entre diabetes tipo 1 y 2 son:

- *Los dos tipos de diabetes son muy diferentes.*
- *En la diabetes tipo 2 se asocian dos alteraciones: una disminución de la acción de la insulina, con una alteración de la función de la célula beta que inicialmente es capaz de responder con un aumento de la producción de insulina (de ahí que los niveles de ésta estén elevados o normales con el fin de compensar el déficit de su acción) pero posteriormente la producción de insulina se va haciendo insuficiente.*
- *Sin embargo, en la diabetes tipo 1 la alteración se produce a nivel de las células beta, por ello los niveles de insulina son muy bajos.*
- *Por ese mismo motivo los niveles de péptido C (que se segrega junto a la insulina) son normales o altos en la diabetes tipo 2 y en la tipo 1 suelen estar muy disminuidos.*
- *Los anticuerpos antiinsulina, antiGAD, IA2 e ICAs son positivos en la diabetes tipo 1, en la tipo 2 están ausentes.*
- *La forma de debut de la enfermedad también es diferente. El 50% de los pacientes con diabetes tipo 1 debutan con cetoacidosis, sólo el 25% del tipo 2 lo hacen de este modo.*

Se consideran otro tipo de diabetes, tales como:

Diabetes gestacional: *Es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.*

- *Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.*

El deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glucemia en ayunas son estados de transición entre la normalidad y la diabetes, y quienes los sufren corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo 2, aunque esto no es inevitable.

La diabetes como tal, no solo es la causante de dicho problema, sino también las repercusiones que tiene sobre el organismo de las personas como las afectaciones directas e indirectas.

Consecuencias frecuentes de la diabetes

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.

- La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC).
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación.
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión.
- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa.
- La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. Aunque puede

ocasionar problemas muy diversos, los síntomas frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos.

- En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en las personas sin diabetes.

Criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus:

- Síntomas de diabetes + una determinación de glucemia al azar > 200 mg/dl en cualquier momento del día.
- Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl. Debe ser en ayunas de al menos 8 horas.
- Glucemia ≥ 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa. (La sobrecarga oral de glucosa debe seguir las normas de la Organización Mundial de la Salud).
- Hemoglobina Glucosilada (HbA1c mayor o igual de 6,5 %).

Para realizar el diagnóstico sólo se precisa uno de los puntos, pero en ausencia de hiperglucemia inequívoca, estos criterios deben ser confirmados repitiendo alguno de ellos otro día.

Para efectos de esta tesina, el objeto de estudio es la Diabetes Mellitus Tipo 2 mejor conocida como no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, ya que representa la mayoría de los casos actualmente diagnosticados, en otras palabras, es la causa de la mayor preocupación de las instituciones de salud a nivel local y mundial.

Cabe hacer mención que en los últimos años dicha enfermedad ha tenido un incremento demasiado acelerado, lo que ha hecho atraer la atención de las autoridades sanitarias.

El problema de la obesidad, relativamente es reciente, viene de 30 años atrás y se debe entre muchas causas a malos hábitos alimenticios adquiridos e incluso de estilo de vida copiados a países, nuestro caso a los vecinos del norte, Estados Unidos de Norteamérica; así como, a las exigencias de la vida rápida y sedentarismo que existe hoy en día.

“La obesidad y el síndrome metabólico son entidades clínicas complejas y heterogéneas, con un fuerte componente genético, cuya expresión está influida por factores ambientales, sociales, culturales y económicos entre otros.” (INSP, 2008).

Un incremento paralelo de la frecuencia de la obesidad y del síndrome metabólico a nivel mundial y México no es la excepción. Aunado a esto, estas patologías son factores de riesgo importantes para el desarrollo de la diabetes tipo 2, la enfermedad arterial coronaria y cerebrovascular por arterosclerosis, que incide en las principales causas de muerte en nuestro país.

El control de estas alteraciones metabólicas incide indirectamente en la morbi-mortalidad de nuestros padecimientos; sin embargo, en la actualidad no existen estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento eficaces para la mayoría de los casos.

Por estas razones, la obesidad y el síndrome metabólico se han convertido en un serio problema de salud pública en los países occidentalizados.

ANÁLISIS ECONÓMICO

El análisis comparativo del Distrito Federal y Nacional

Es importante para el estudio de esta tesina, el análisis de los diferentes indicadores económicos con respecto al sector salud, así como la relación de México con respecto a algunos países de América Latina. Por lo que este trabajo, pretende tener un acercamiento y un panorama con los principales indicadores a nivel económico para dicho sector, mismos que se desarrollarán en el transcurso de este capítulo.

Los principales indicadores que se manejan a nivel internacional y que a su vez sirven para los realizar los comparativos, básicamente se enfocan en el gasto, desde una perspectiva interna como pudiera ser la relación con el Producto Interno Bruto, hasta una visión a nivel internacional, la comparativa de dichos indicadores de algunos países de Latinoamérica.

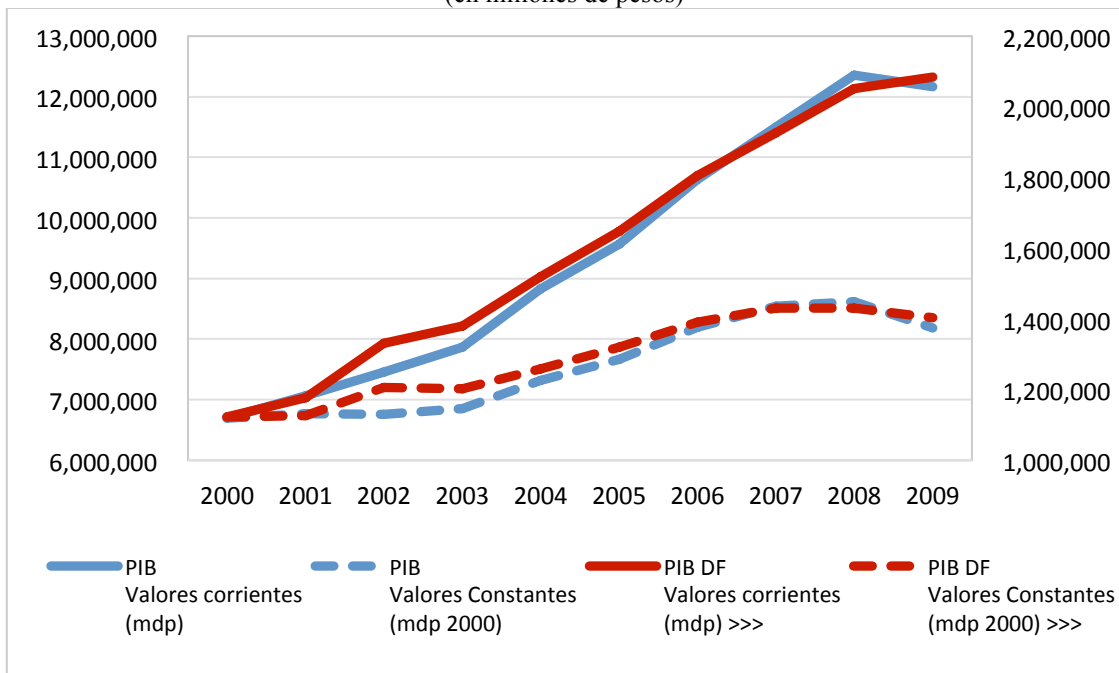
Producto Interno Bruto

Con el objetivo de tener una perspectiva de las distintas variables que se van a analizar en relación al Producto Interno Bruto, se describe el comportamiento que registró esta última variable macroeconómica a nivel nacional y el registrado por el entonces llamado Distrito Federal. Cabe mencionar que, en esta primera parte del análisis económico, y hasta en donde se indique lo contrario, se realizará utilizando precios reales, es decir, precios constantes del año 2000. Para ello se realizó la deflatación utilizando el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) publicado por el Instituto Nacional de Estadística y

Geografía (INEGI). En este análisis, se decidió utilizar dicho indicador en lugar del deflactor oficial del PIB, debido a que se utilizarían los datos nominales de otras instancias públicas, por lo que el INPC sería una medida comparable para deflactar el resto de los indicadores.

El PIB desde el año 2000 hasta el 2006 a nivel nacional y a nivel del Distrito Federal mantuvieron un dinamismo ascendente tanto en términos nominales, así como en términos reales una vez deflactada la inflación el periodo. Cabe mencionar que el PIB del Distrito Federal en promedio representa aproximadamente el 17% del total nacional.

Gráfica No. 1
Producto Interno Bruto
2000-2009
(en millones de pesos)



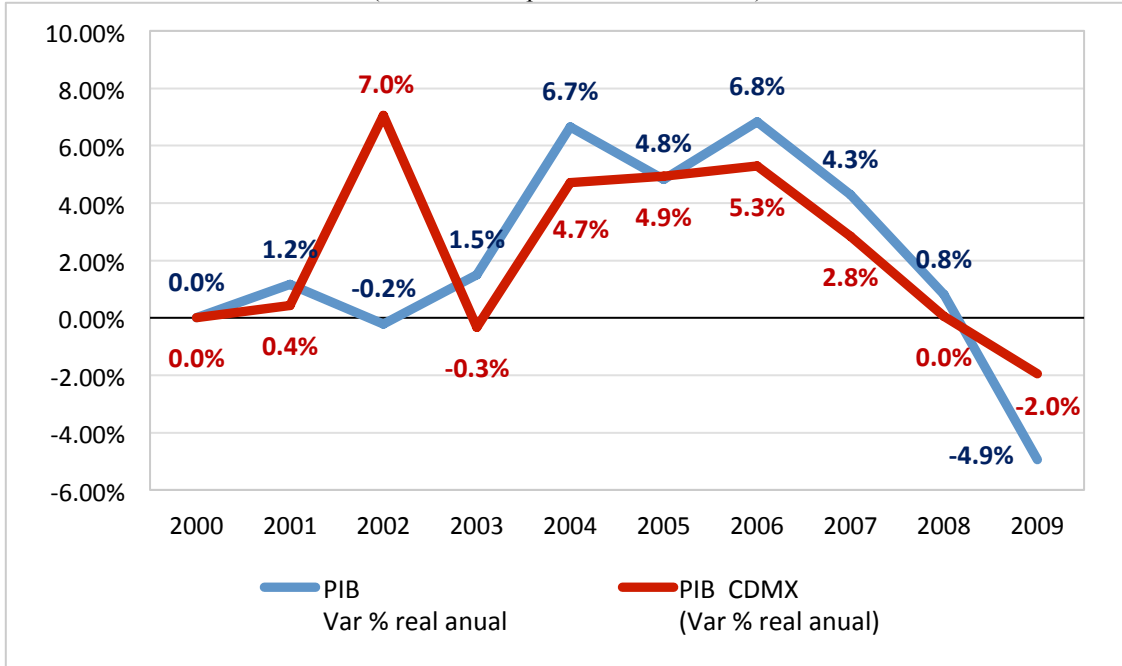
Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI. Los precios constantes son a precios del año 2000.

Para el año de 2009 el PIB nacional alcanzó la cifra de 12.2 billones de pesos constantes teniendo como base el año 2000. Por otro lado, el Distrito Federal para ese mismo año la cifra fue de 2.1 billones de pesos. Si observamos las variaciones anuales en términos reales a precios del año 2000, se aprecian tasas positivas para ambas variables prácticamente en todos los años, excepto en 2003 para el Distrito Federal, el cual registra una tasa negativa, no obstante, el año previo se registró una tasa del 7%. Asimismo, el año 2009 para ambos

indicadores -como consecuencia de la crisis de 2008-, se combina una mayor inflación y menor crecimiento del PIB acentuando la desaceleración del dinamismo y la caída a terrenos de recesión económica.

Gráfica No. 2
Producto Interno Bruto
2000-2009

(Var % anual precios del año 2000)

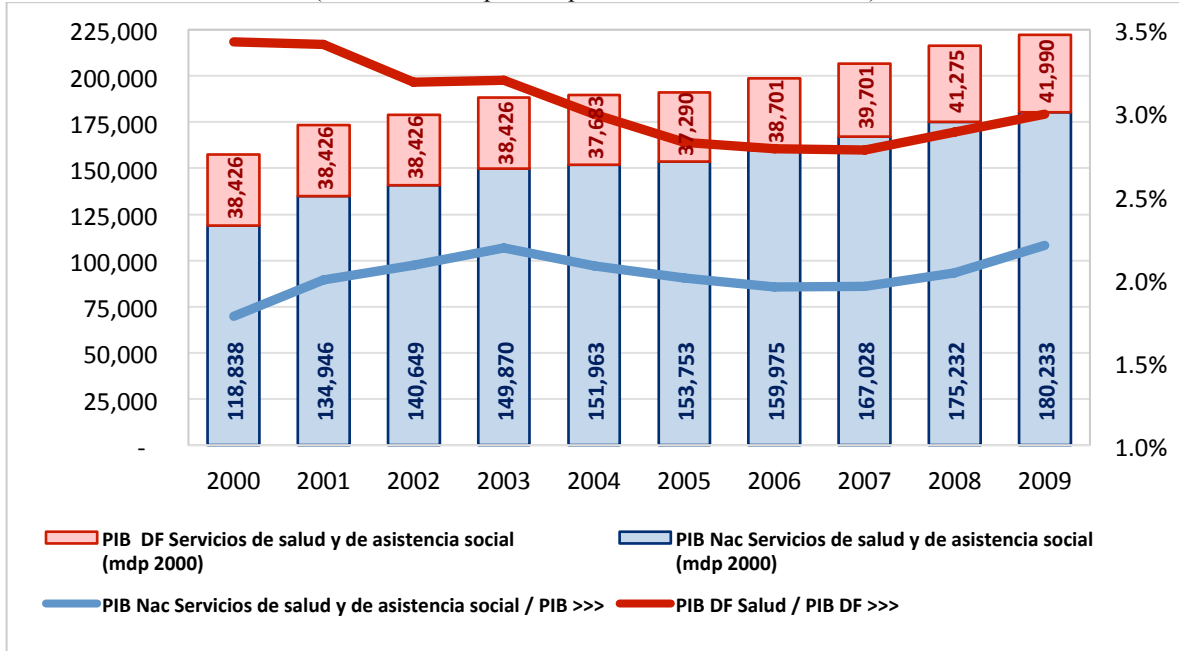


Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI.

En lo que se refiere al interior del PIB el rubro de Servicios de Salud y de Asistencia Social se observan diferentes comportamientos entre el ámbito nacional y el registrado en el Distrito Federal. Para esta última entidad, dicho rubro creció en términos reales en promedio anual alrededor del 1%, lo que representa un nivel de 38.4 mil millones de pesos (precios del año 2000) en el año 2000 y de casi 42 mil millones de pesos para el año 2009. Esto tuvo como consecuencia que la proporción de este rubro respecto al PIB total del Distrito Federal haya tenido un descenso a un nivel del 3% para el año 2009, cuando a inicios de la década se encontraba en un nivel del 3.4%

Gráfica No. 3
Producto Interno Bruto y Componente en Salud
2000-2009

(en millones de pesos a precios de 2000 - % del PIB)



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI.

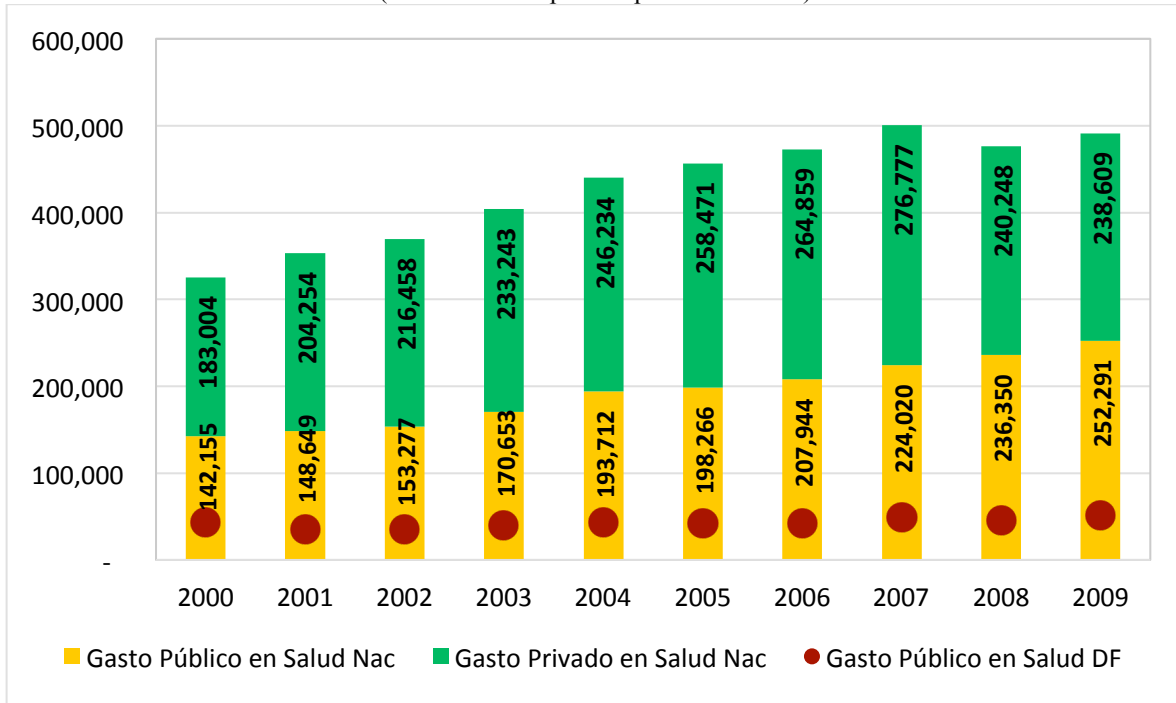
En el mismo rubro de Servicios de Salud a nivel nacional tuvo un crecimiento marginal, pasando de tener una proporción respecto al PIB nacional del 1.8% en el año 2000 a 2.2% para 2009. No obstante, destaca el crecimiento que se observó en los primeros años de la década cuando se registró un crecimiento de 13.6% en el año 2001; ya para el año 2009 esta cifra alcanzó los 180 mil millones de pesos.

Gasto Total en Salud como porcentaje del PIB.

El gasto total en salud a nivel nacional tuvo un crecimiento importante durante el periodo de 2000-2009, se puede observar dicho crecimiento se debe a un aumento tanto en el componente privado, como en el público. El componente que mayor crecimiento en promedio anual registró fue el gasto público el cual registró una tasa de 6.6%. Por su parte, para el componente del gasto privado se observó que fue de 3.2%; cabe mencionar que la base es mayor que la del componente público.

Gráfica No. 4
Gasto en Salud
2000-2009

(en millones de pesos a precios de 2000)

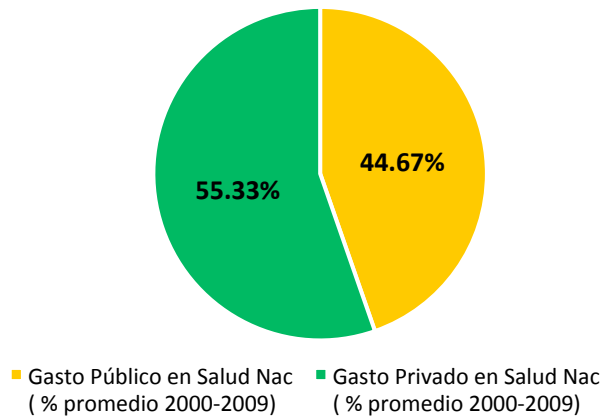


Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2018.

En cuanto a los montos observados, el componente del gasto público mantuvo un crecimiento durante todos los años, mientras que el gasto privado tuvo un retroceso a partir del año 2007 finalizando el periodo con la cifra de poco más de 238 mil millones de pesos. El gasto público en salud en el Distrito Federal no tuvo un crecimiento en la misma proporción respecto al gasto público total durante la década.

En cifras totales, durante este periodo, el promedio de gasto privado tuvo una mayor participación respecto al total con un 55.33%, mientras que el gasto público fue de 44.67%.

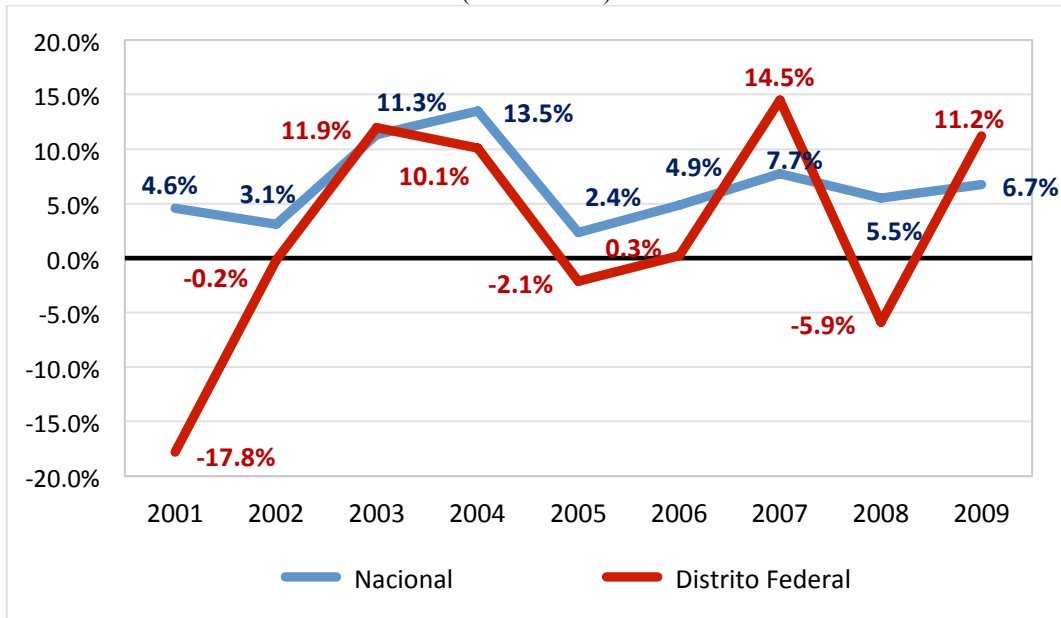
Gráfica No. 5
Gasto en Salud
2000-2009
(% promedio)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2018.

El dinamismo que registró el gasto público en salud a nivel nacional y a nivel Distrito Federal, reflejan un coeficiente de correlación de alrededor del 62%. Sin embargo, destacan las tasas negativas que se presentaron en el Distrito Federal en los años 2001, 2005 y 2008.

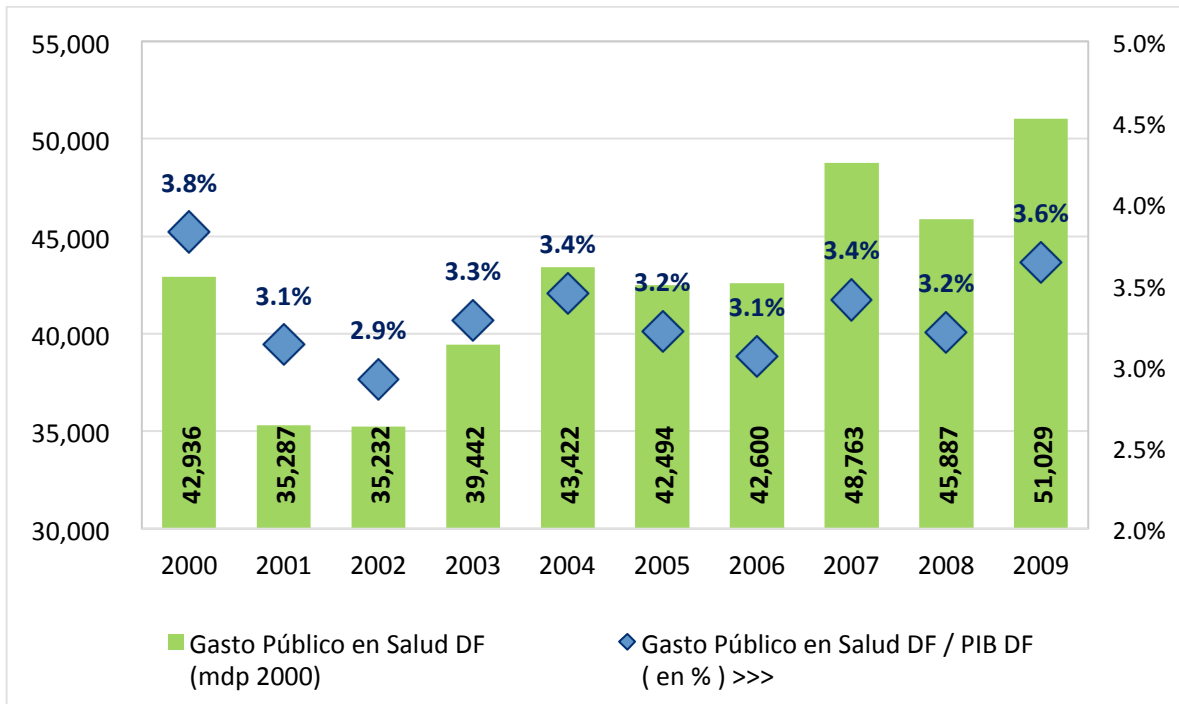
Gráfica No. 6
Gasto en Público en Salud
2000-2009
 (Var % anual)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2018.

Este dinamismo que registró el gasto público en salud a nivel Distrito Federal también tuvo un deterioro en el indicador como porcentaje del PIB, es decir, el gasto público en salud en el Distrito Federal no creció a la misma velocidad que lo hizo el PIB de la propia entidad. Para el año 2009, aún no recupera el nivel de 3.8% registrado al inicio de la década.

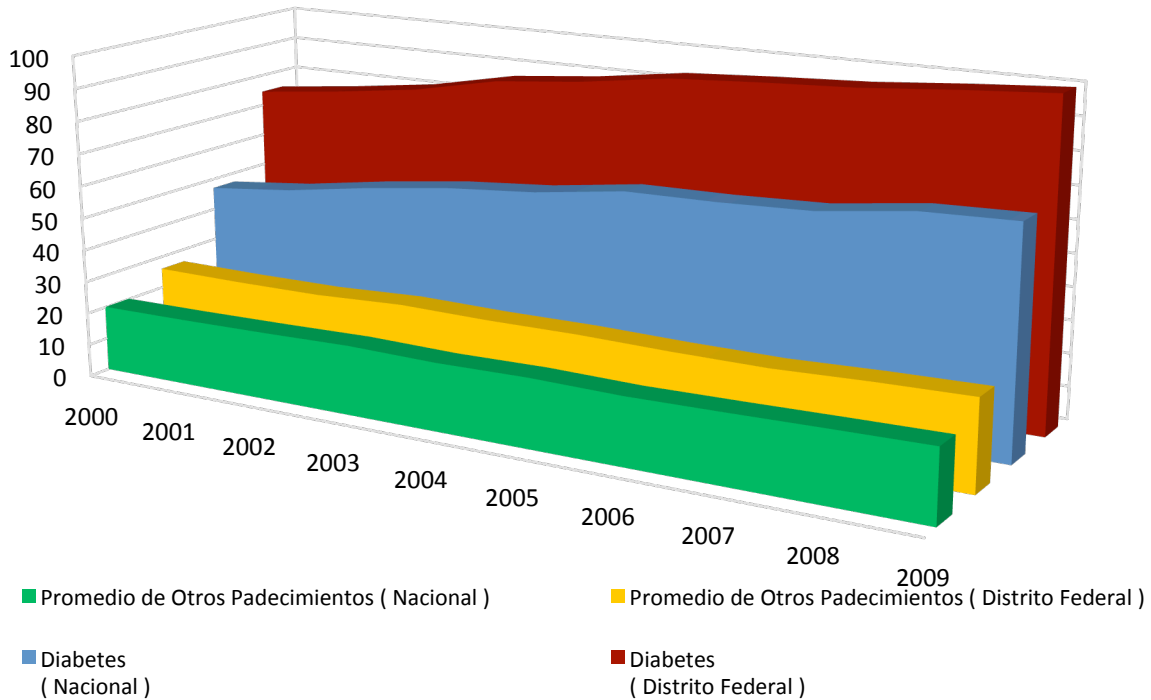
Gráfica No. 7
Gasto Público en Salud
2000-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2018.

Para tener en perspectiva la relación que existe entre los indicadores económicos y el problema de la diabetes, es necesario observar algunos de los indicadores de mortandad de este padecimiento.

Gráfica No. 8
Tasa de Mortalidad
2000-2009

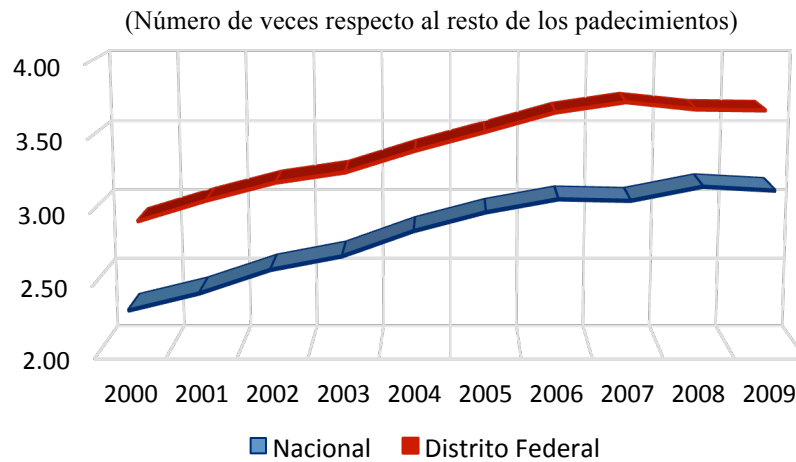


Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2018.

En la gráfica 8 se muestra una comparación entre la tasa de mortalidad causada por la diabetes y el promedio de la tasa de mortalidad de otras enfermedades y/o padecimientos⁷. Se observa que la tasa de la diabetes a nivel nacional y del Distrito Federal ha aumentado de manera importante respecto a la tasa del resto de los padecimientos durante la década en estudio. En la siguiente gráfica se observa el número de veces que la tasa de mortalidad de la diabetes supera al resto de los padecimientos. Prácticamente, la diabetes es un problema que ha afectado a todo el país sin importar la situación geográfica, es decir, en cuanto al número de veces la tasa de mortalidad respecto al resto de los padecimientos ha aumentado en la misma proporción tanto a nivel nacional, como en el Distrito Federal; su coeficiente de correlación es prácticamente del 99%.

⁷ Los padecimientos que se consideraron para realizar el promedio de la tasa de mortalidad fueron: cáncer (cervicouterino, mama, próstata), isquémicas del corazón, hipertensión arterial, tuberculosis pulmonar y VIH/SIDA.

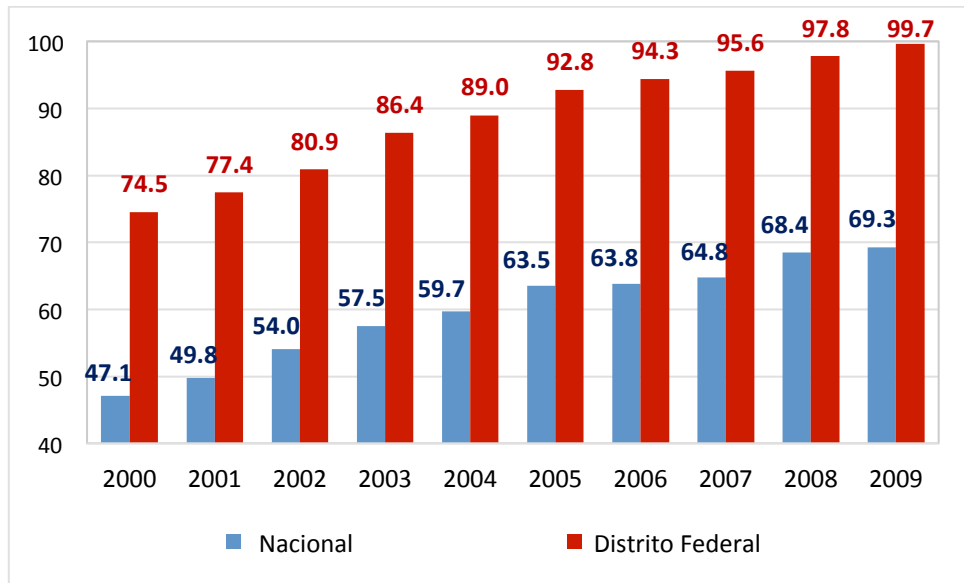
Gráfica No. 9
Tasa de Mortalidad por Diabetes
2000-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2018.

Si bien es cierto que la tasa de mortalidad de la diabetes presenta el mismo dinamismo a nivel nacional y a nivel del Distrito Federal, en cuanto el nivel, la situación es muy diferente. La tasa de mortalidad en el Distrito Federal en promedio es casi 1.5 veces mayor a lo sucedido a nivel nacional.

Gráfica No. 10
Tasa de Mortalidad por Diabetes
2000-2009

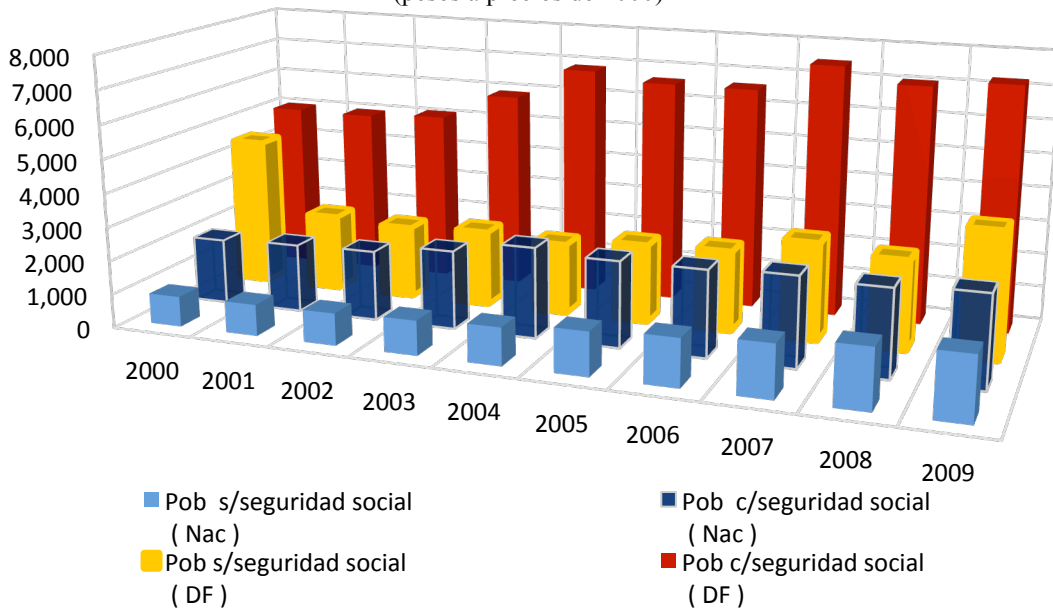


Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2018.

Esta situación tendría que tener como consecuencia necesariamente una mayor cantidad de recursos para intentar detener el crecimiento muertes en la capital del país. En la gráfica 11 puede observarse los montos de gasto público por persona en salud destinados para aquellas poblaciones que cuentan con algún tipo de seguridad social y para aquellos que no cuentan ninguna. Destaca los niveles por persona en el Distrito Federal que supera los 7 mil pesos por persona hacia finales de la década. Sin embargo, en el mismo Distrito Federal, el monto destinado para la población sin seguridad social, tuvo una caída importante al inicio de la década, al pasar en el año 2000 de 4,434 pesos por persona, a un monto de 2,275 al año siguiente; hacia el final de la década no se recuperaría el monto del año 2000.

Gráfica No. 11
Gasto Público en Salud per cápita
2000-2009

(pesos a precios de 2000)

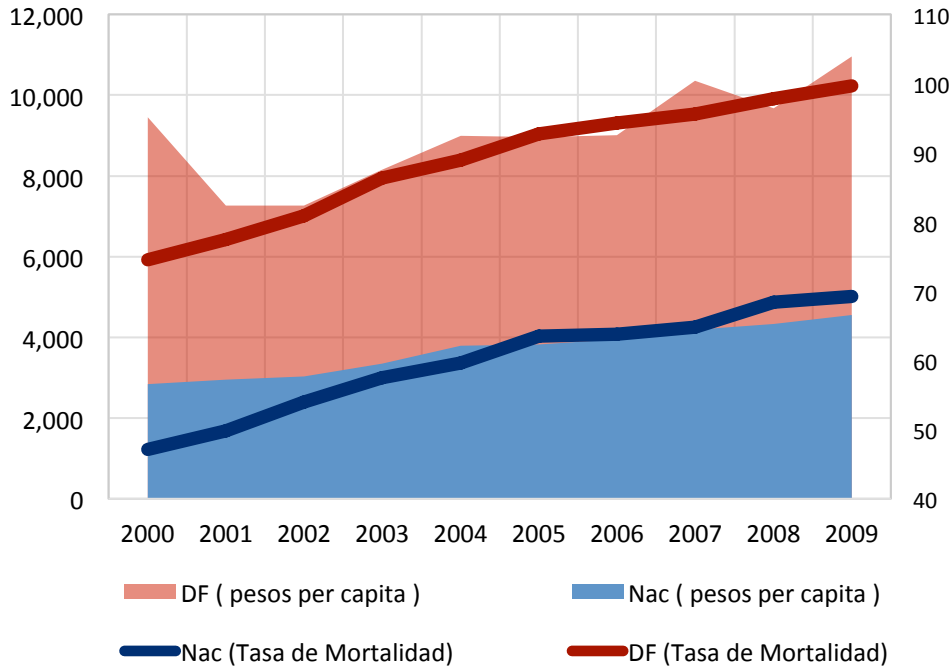


Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2018.

En la gráfica 12 se sumaron los montos destinados de gasto público de salud destinados a la población con y sin seguridad social, tanto a nivel nacional como del Distrito Federal con el objetivo de tener un solo componente, y relacionar dicho componente con la tasa de mortalidad de la diabetes.

Gráfica No. 12
Relación entre Tasa de Mortalidad de la Diabetes y Gasto Público en Salud per cápita
2000-2009

(pesos a precios de 2000 vs índice de mortalidad)

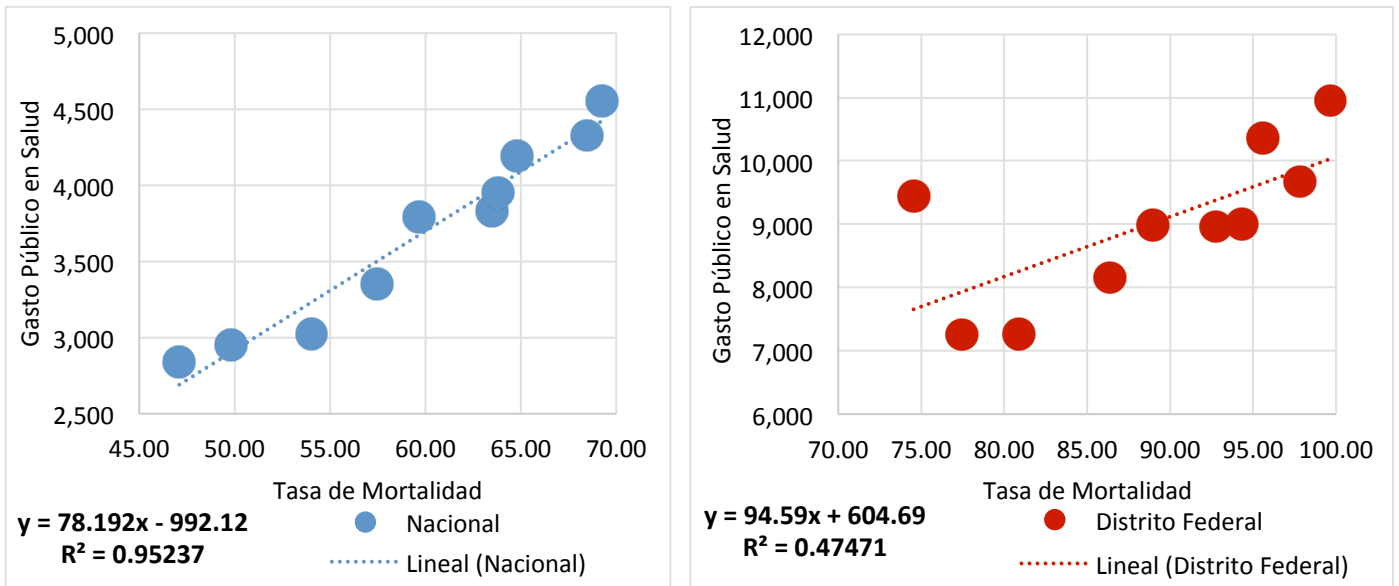


Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2018.

En esta misma gráfica se presentan los resultados de la relación lineal que se observan entre estos dos componentes. Por un lado, a nivel nacional se muestra que por cada diez unidades que se incrementó el índice de mortalidad, el monto destinado decreció en 210 pesos, mientras que para el Distrito Federal el monto destinado creció en 1551 pesos. Es decir, a nivel nacional se ha destinado una menor cantidad de recursos necesarios para hacer frente a la velocidad a la que crece la tasa de mortalidad.

La situación de la tasa de mortalidad por el padecimiento de la diabetes en el Distrito Federal pudo haberse deteriorado por la caída de manera importante en el gasto público en salud en el año 2001. A partir de esta caída, el gasto en el Distrito Federal creció de manera importante para atender el crecimiento vertiginoso en la tasa de mortalidad en la capital del país.

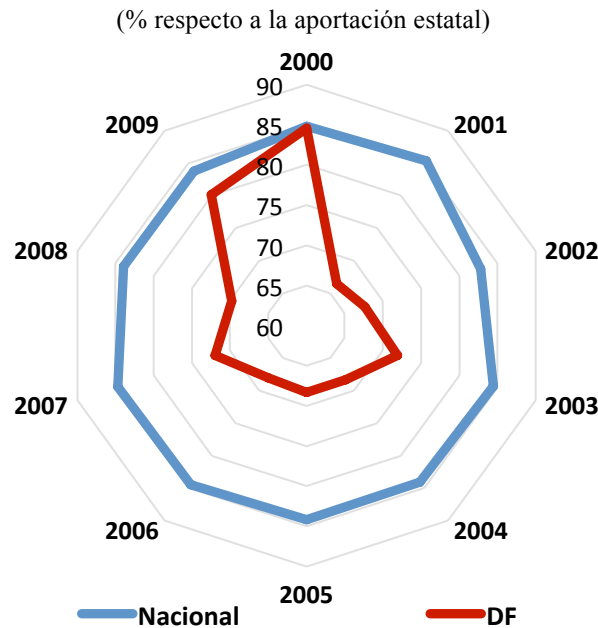
Gráfica No. 13
Relación entre Tasa de Mortalidad de la Diabetes y Gasto Público en Salud per cápita
2000-2009
 (Relación Lineal)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2018.

Finalmente, en el caso de las aportaciones federales a la población sin seguridad social destaca que para el Distrito Federal siempre han estado por debajo de las realizadas al resto del país.

Gráfica No. 14
Aportación Federal al Financiamiento de la Salud de la Población sin Seguridad Social
2000-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2018.

Toda esta situación graficada en este apartado corresponde a la situación a nivel Distrito Federal y su relación con los datos a nivel nacional. Se trata de dar una visión del comportamiento de las principales variables en el sector salud.

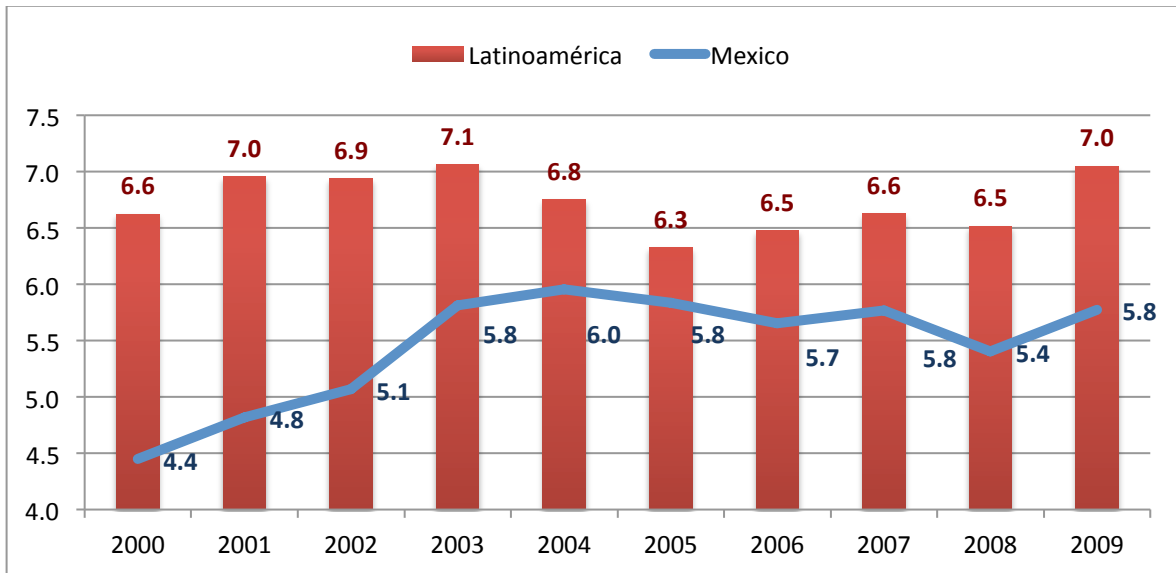
Una Visión Internacional

Adicionalmente se dará una revisión en un plano internacional, tomando en cuenta los agregados económicos que representan el sector salud, dicho estudio se hace tomando las principales economías de Latinoamérica como región, es importante mencionar que para esta parte del estudio se realizó con base a los datos obtenidos a partir de la Organización Mundial de la Salud.

Gasto total en salud como porcentaje del PIB.

Se considera el gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en Latinoamérica como el principal indicador; este gasto total en salud se define como la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

Gráfica No. 15
Gasto Total en Salud en Latinoamérica
2000-2009
 % PIB



Fuente: Elaboración propia con los datos de la Organización Mundial de la Salud. 2019.

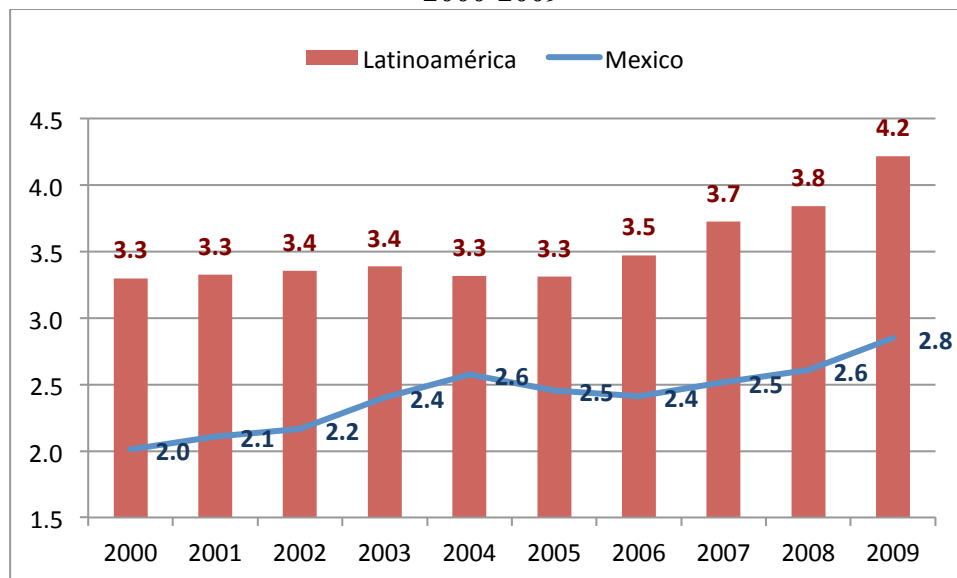
Como lo demuestra la gráfica número 15, el gasto que se destina para el sector salud y que corresponde a la participación en el Producto Interno Bruto, el promedio de los países de América Latina para el periodo en estudio, oscila entre los 6.5 puntos porcentuales, dándose un mayor despunte para el año de 2003 y 2009 que dicho promedio superó más de los 7.0 puntos porcentuales.

Para el caso mexicano, el porcentaje del sector salud con relación al PIB varía de los 4.5 hasta casi 6.0 puntos porcentuales, en el periodo entre los años 2000 y 2004 tuvo un ligero incremento, manteniéndose así por los siguientes cuatro años y aumentando para el año 2009 al igual que los demás países de Latinoamérica.

No obstante, como se ha reconocido México, está por debajo del promedio en relación con los países de la región, reconociendo que en el año 2000 existió una mayor brecha con el promedio de la región de casi un 2.0 puntos porcentuales, y para el año 2004 dicha brecha logro reducirse a casi un punto porcentual.

En la gráfica número 15 y 16, a nivel de America Latina, se puede analizar que el porcentaje mas alto con respecto al PIB es apenas superior al 10%, sin embargo, la mayoría de los países de la región en promedio apenas aportan el gasto en salud entre un 5 y 6%, lo que hace que el país que mas gasta en salud con respecto a su PIB es Uruguay, aunque al principio de este período y fue reduciendo dicho porcentaje seguido por Costa Rica pero a la inversa, es decir, fue aumentando su porcentaje de gasto hasta llegar en el año 2009 como el principal país con mayor gasto en salud. En el caso contrario países como Perú, Jamaica y Ecuador, con niveles mas o menos constantes, se encuentra en la parte baja como países con menor porcentaje del gasto social con respecto al PIB.

Gráfica No. 16
Gasto Publico en salud como % PIB en Latinoamérica
2000-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. 2019.

El gasto público con respecto al PIB, apenas supera los 3 puntos porcentuales, manteniéndose constante en la mayoría de los años del periodo estudiado, empero, a partir del año 2007, el promedio de los países de la región empieza a tener un crecimiento de manera constante, logrando un avance considerable, hasta llegar a los 4 puntos porcentuales.

La variación del México, con respecto del promedio de América Latina, oscila sobre el 27%, y la percepción de comportamiento está muy por debajo de la media con una declinación de los demás países en cuestión, de igual manera considerando el año 2009 con la mayor brecha.

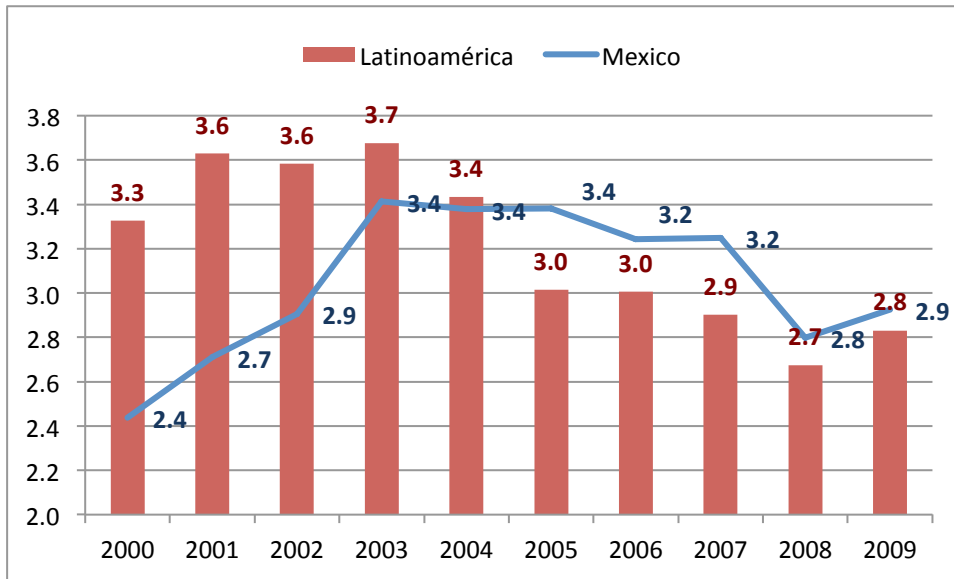
Para el año 2009 tiene un despunte tanto la región como el país, no obstante México, sigue quedando muy atrás del promedio de América Latina. Esto es, la participación del gasto público de México, se encuentra muy por debajo de los demás gobiernos de la región en estudio.

Asimismo, el porcentaje del gasto del Sector Público con respecto al PIB en los países de la región, es similar el comportamiento con respecto al periodo estudiado, empero, la participación del sector público mexicano con respecto a los demás países de América Latina en estudio, se encuentra en los últimos lugares muy por debajo de los principales y aún por debajo de países que en límite del promedio como es el caso de Brasil o Argentina.

Gastos de salud desembolsados por el paciente (% del gasto privado de salud)

Los gastos desembolsados por el paciente son cualquier erogación directa por parte de los hogares, incluidos las gratificaciones y los pagos en especie a los médicos y proveedores de fármacos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios destinados principalmente a contribuir a la restauración o la mejora del estado de salud de individuos o grupos de población. Es una parte del gasto privado en salud.

Gráfica No. 17
Gasto Privado en Salud a nivel Latinoamérica
% PIB
2000-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. 2019.

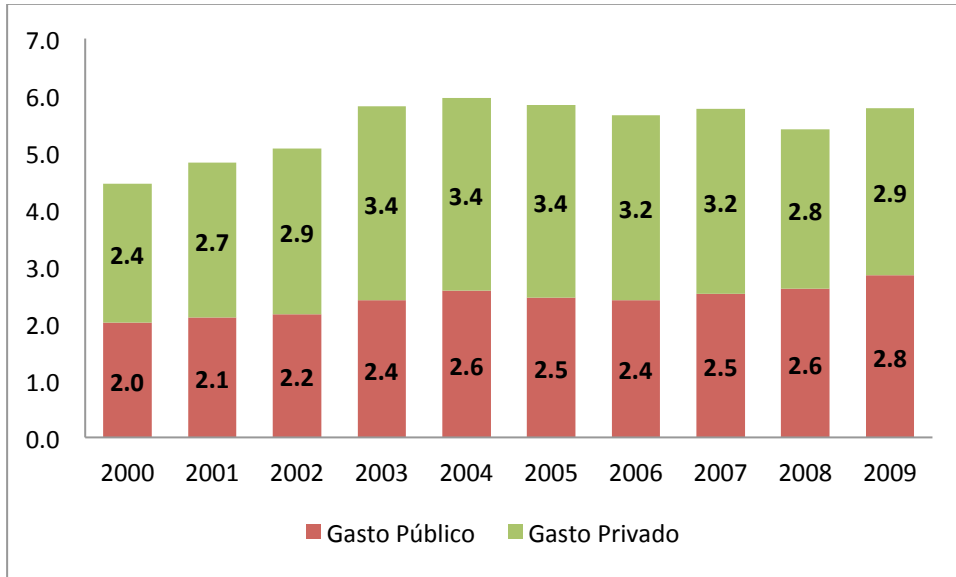
En relación con los gastos que hacen los pacientes de México con respecto a otros de la región, al principio del periodo, prácticamente el gasto a niveles muy inferiores, es decir, los pacientes han aumentado su gasto o el desembolso de los hogares mexicanos han aumentado a partir del año 2002, llegando a mantener dicha tendencia en los siguientes años.

En el año 2004, el gasto de las familias mexicanas, alcanza al promedio de las demás familias latinoamericanas, sin embargo, no fue tanto, sino más bien los países de América

Latina redujeron su promedio de gasto privado, siguiendo esa tendencia por los siguientes años.

Es importante considerar, que la diferencia que México tenía con respecto a América Latina, en el año 2000, era mucho más relevante, es decir cómo puede observarse en la gráfica anterior, dicha diferencia estaba muy por debajo de los gastos de los hogares. No obstante, el incremento en el gasto de los pacientes mexicanos para el año 2004 aumento significativamente, llegando a los niveles de la región.

Gráfica No. 18
Gasto Público y Privado en México
% PIB
2000-2009



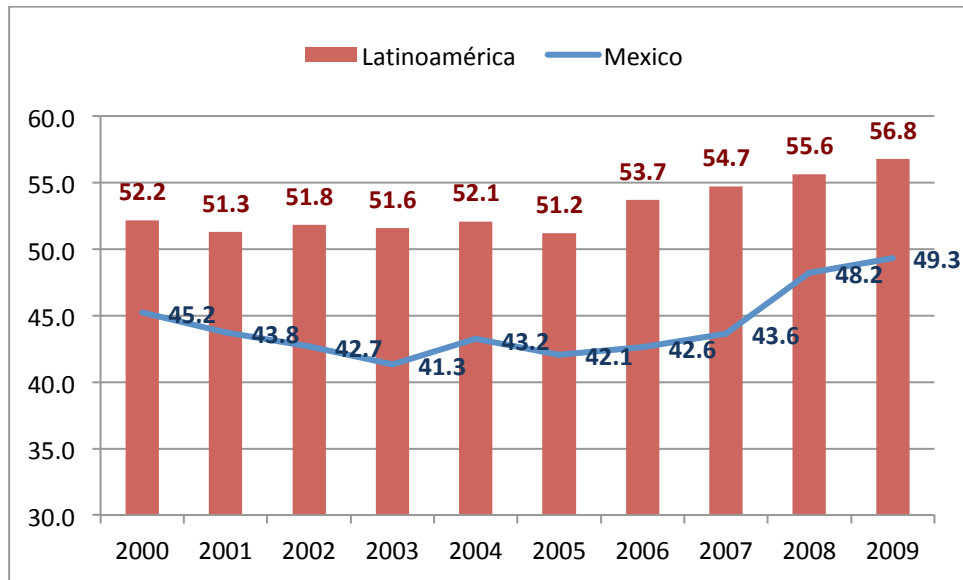
Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. 2019.

El gasto total en salud con relación al PIB como se explicó anteriormente, México mantuvo un crecimiento constante en cuanto a la relación con el PIB. La gráfica número 18 demuestra que la participación estatal, así como la parte del desembolso de las familias, tiene un comportamiento similar, pudiendo considerar que el gasto privado es ligeramente mayor, por parte de las familias en lugar de las instituciones de salud. El gasto privado es mayor casi un punto porcentual que el público en algunos años como 2003 a 2005 y para el año 2009 casi es a la par.

Gasto del sector público en salud como porcentaje del gasto total en salud

El gasto público en salud comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos públicos (central y locales), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud sociales (u obligatorios). El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

Gráfica No. 19
Gasto Público en Salud en Latinoamérica
% Gasto Total
2000-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. 2019.

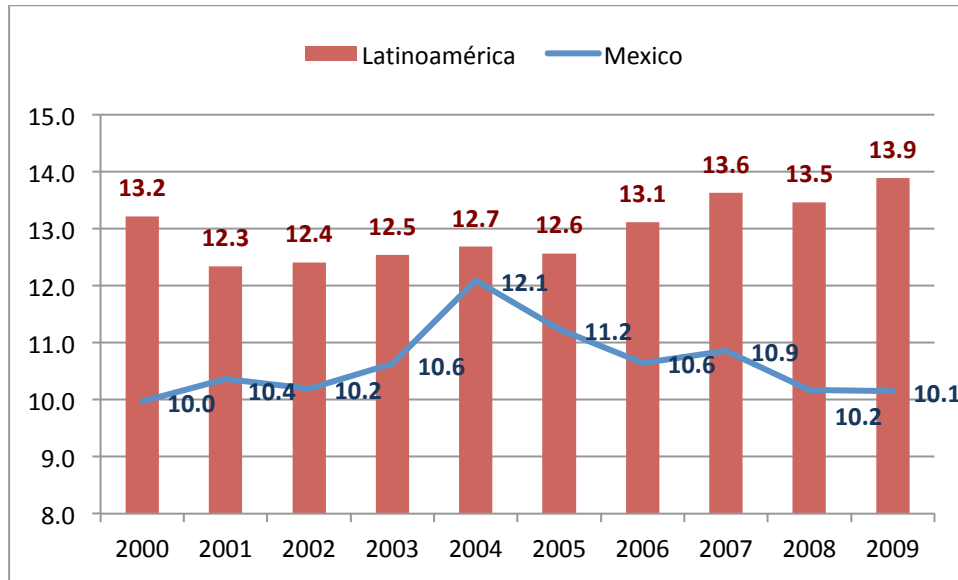
Con esta tendencia se demuestra una disminución en el primer quinquenio del este siglo en cuanto a la participación del sector público como parte del gasto total en salud y para el año 2009 volvió a repuntar llegando a niveles del 49% del gasto total en salud.

Obviamente, los resultados de este dato, tiene relación directa con el análisis anterior, lo que hace que prácticamente los comportamientos de las gráficas sean muy similares.

Cabe resaltar en este caso, la participación de Colombia como el país que el sector público con respecto al gasto total en salud, es mayor su porcentaje con respecto a los demás países de Latinoamérica. Esto prácticamente se nota en el promedio del gasto público ya que rebasa los 80 puntos porcentuales, muy superior y de igual manera muy lejano a países como República Dominicana y Ecuador que apenas cuentan con la participación de una tercera parte de la erogación pública.

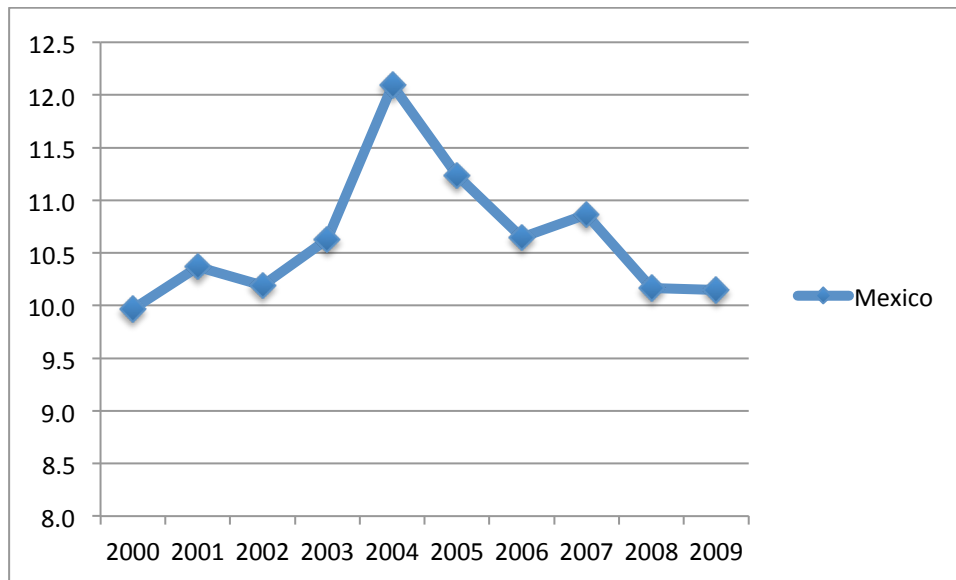
Lo sobresaliente del caso mexicano es que es un poco menos de la mitad, es decir, casi a la par con el gasto privado, y se puede considerar que en la década pasada su promedio estuvo cercano al 45%, tomando en consideración que en el año 2002 fue su nivel más bajo y subiendo al final de la década hasta un nivel del 48%, lo que casi llega a la paridad con respecto al privado.

Gráfica No. 20
Gastos de salud del Gobierno general como % del Gasto del gobierno general en
Latinoamérica
2000-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. 2019.

Gráfica No. 21
Gasto en Público en Salud % Gasto Total del Gobierno en México
2000-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. 2019.

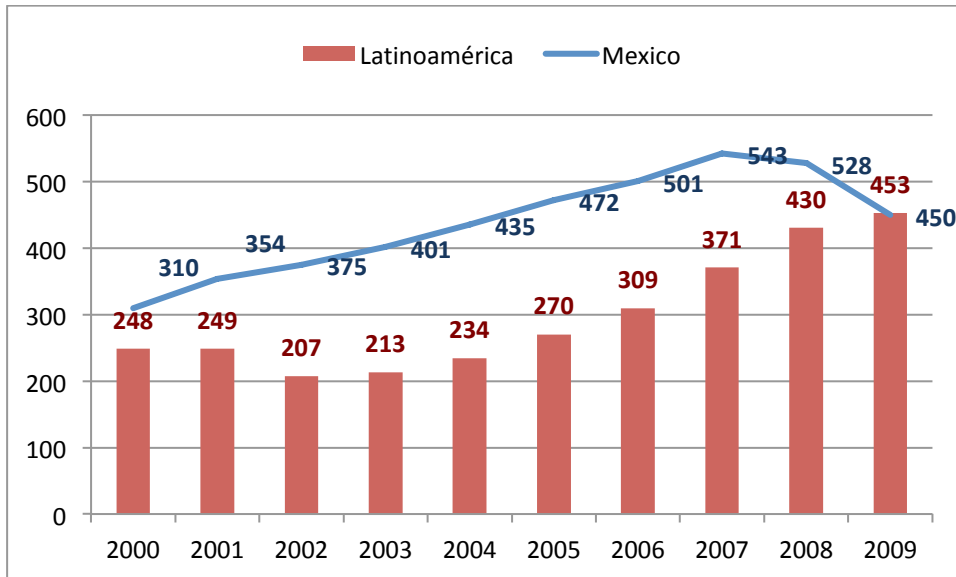
Cabe hacer la aclaración que no ha sido relevante el análisis comparativo con América Latina, debido a que no se tienen los datos en la base del Banco Mundial; sin embargo, entre los años 2008 y el 2009 hubo una importante caída en el gasto en salud por parte del gobierno mexicano. Es de relevancia, debido a que en los años anteriores en el estudio tuvo un comportamiento a nivel promedio muy similar.

Los primeros años de la década pasada el comportamiento de gasto público con respecto al gasto de gobierno en nuestro país, se mantuvo constante, solo variando casi dos puntos porcentuales en el año 2004, regresando a los niveles para el 2009

Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)

El gasto total en salud es la suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios. Datos en dólares US\$ a precios actuales.

Gráfica No. 22
Gasto en Salud en Latinoamérica
Per cápita (US\$)
2000-2009



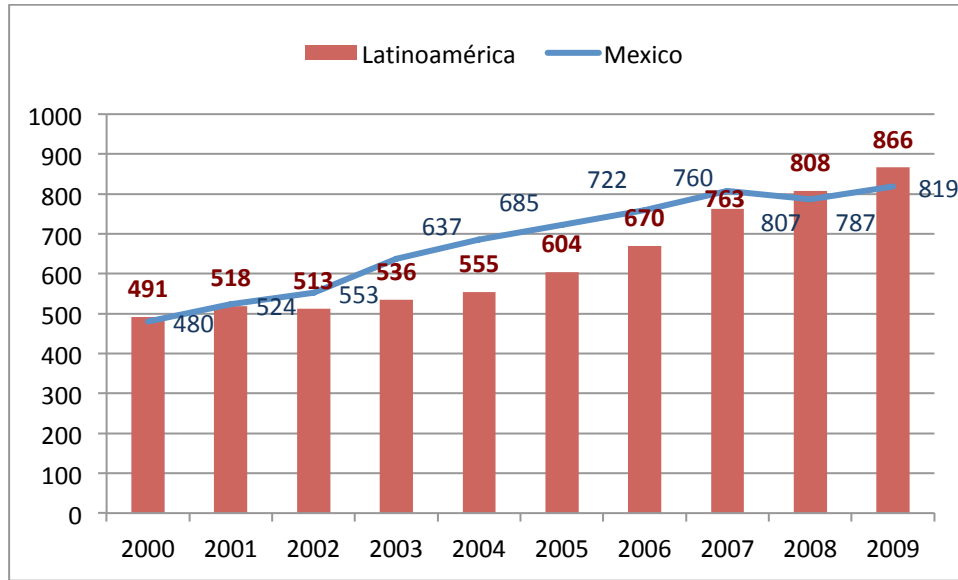
Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. 2019.

En términos reales, el gasto que se considera por cada paciente, es mayor en México en relación con América Latina. Según la gráfica, el gasto per cápita ha incrementado considerablemente, para el principio del ciclo de estudio estaba alrededor de los 300 dólares y logrando superar la barrera de los 500 dólares al final del período.

México, tuvo un incremento en los gastos per cápita, dicho incremento fue constante entre los años 2000 y 2005, para el año 2007 hubo una ligera disminución, para posteriormente tener una caída más considerable para el año 2008. En términos reales, el gasto per cápita

de México, con relación a la salud, creció casi al doble en menos de una década, para el año 2007, que ha sido el año con mayor gasto per cápita cercanos a los 528 dólares per cápita,

Gráfica 22
Gasto en Salud en Latinoamérica
Per cápita PPA
2000-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. 2019.

La paridad del poder adquisitivo (PPA) es el ajuste económico para comparar de una manera realista el nivel de vida entre distintos países, considerando al Producto Interno Bruto Per Cápita, en términos del costo de vida en cada país.

Cuando se quiere comparar el Producto Interno Bruto de diferentes países es necesario homogeneizar la información puesto que cada país mide su producto en su moneda local, para ello se han de traducir su PIB a una moneda común, a través de los tipos de cambio. La paridad del poder adquisitivo es una de las medidas más adecuadas para comparar los niveles de vida, con ventajas sobre el producto interno bruto *per cápita*, puesto que toma en cuenta las variaciones de precios. Este indicador elimina la ilusión monetaria ligada a la variación de los tipos de cambio, de tal manera que una apreciación o depreciación de una moneda no cambiará la paridad del poder adquisitivo de un país, puesto que los habitantes de ese país reciben sus salarios y hacen sus compras en la misma moneda.

En el caso de México, es superior su paridad de poder adquisitivo o incluso también se le conoce como Paridad de Poder de Compra.

En la menor brecha fue en el año 2009 y en la mayor diferencia 29% en 2004 y 2005. Se incrementó un 68% entre el último y el primer año. En resumen, la paridad es superior a los países de América Latina y ha aumentado el gasto per cápita hasta un 170% entre el último año y a principios del periodo en cuestión.

A medida de poner algunos de los datos oficiales, por parte del gobierno mexicano, para el Programa Nacional de Salud, México invierte un 6.5% del PIB para salud. Así mismo, considera también, que ha incrementado el gasto total en salud, de manera considerable en los últimos años, pasando de 5.6% en el año 2000 a 6.5% en el año 2005 y llegando al 7.0% para el 2010. El gasto per cápita de 3,664 a 4,981 pesos, (pesos constantes de 2004)

A pesar de estos incrementos, el porcentaje de su riqueza que México invierte en salud está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo del PIB que le dedican a la salud otros países de ingresos medio de América Latina, como Argentina (8.9%), Brasil (7.6%) Colombia (7.6%) y Uruguay (9.8%)

Estudio comparativo de las principales enfermedades o causas de muertes durante el periodo comprendido 1922 - 2009.

Como se ha mencionado previamente en el trabajo, la diabetes ha tenido un incremento muy acelerado en las últimas décadas, sobre todo en México, por lo que se puede explicar por muchos factores, un cambio de hábitos sobre todo se ha mencionado en cuestiones alimenticias, una disminución muy significativa en actividades, haciendo cada vez una vida más sedentaria, el abuso del consumo de alimentos o bebidas con un alto contenido calórico, un nivel muy bajo de autocuidado pero sobre todo la dificultad para tener acceso a los servicios de salud pública

Para el año de 2008, la OMS considera en función de los resultados de la clasificación de las causas de muerte por orden de frecuencia dependen de las categorías utilizadas. Cuanto más amplias son dichas categorías, más probable es que se encuentren entre las principales causas de muerte.

Desglosando estas categorías generales, las principales causas de muerte fueron las siguientes:

Cuadro No. 1.
Principales causas de muertes Mundial
2004

No.	Causa	N.º estimado de muertes (en millones)	Porcentaje del total de muertes
1	Cardiopatía isquémica	7.2	12.2
2	Afección cerebrovascular	5.7	9.7
3	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	4.2	7.1
4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3	5.1
5	Enfermedades diarreicas	2.2	3.7
6	VIH/SIDA	2	3.5
7	Tuberculosis	1.5	2.5
8	Cánceres de tráquea, bronquios o pulmón	1.3	2.3
9	Traumatismos por accidentes de tráfico	1.3	2.2
10	Prematuridad y peso bajo al nacer	1.2	2
11	Infecciones neonatales	1.1	1.9
12	Diabetes mellitus	1.1	1.9

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud

Es preciso hacer la aclaración de los datos que proporciona la Organización Mundial de la Salud, solamente muestra el dato del año 2004, pudiendo ser considerado como un año intermedio entre el periodo propuesto por este trabajo, recordando que este período es de los años 2000 al 2009.

Para el caso nacional, se tienen registros de casi un siglo de antelación, destacando datos del año 1922 y hasta el 2009.

En la tesina se considera tomar este rango sobre todo por hacer un poco más explícito el movimiento o la gran aceleración por parte de algunas enfermedades en las últimas décadas.

Esto es, que al principio de siglo pasado, la población mexicana se moría de ciertas causas y que a su vez, se debe de tomar en cuenta, la evolución de la medicina, así como de los fármacos (medicamentos).

Cuadro No. 2
Principales causas de muertes
México
Histórico 1922-2009

Orden	1922	1930	1940	1950	1960
1	Neumonía e influenza	Diarrea y enteritis	Diarreas y Enteritis	Gastroenteritis	Gastroenteritis y Colitis
2	Diarrea y enteritis	Neumonía e influenza	Neumonía e Influenza	Neumonía e Influenza	Neumonía e Influenza
3	Fiebre y Caquexia palúdica	Fiebre y Caquexia palúdica	Paludismo	Enfs. de la primera infancia	Enfs. propias de la infancia
4	Tos ferina	Tos ferina	Sarampión	Paludismo	Enfs. del corazón
5	Viruela	Viruela	Homicidios	Enfs. del corazón	Accidentes
6	Debilidad congénita y vicios de conformación	Sarampión	Bronquitis	Homicidios	Tumores malignos
7	Tuberculosis del aparato respiratorio	Debilidad congénita y vicios de conformación	Enfs. del Hígado y Cirrosis biliares	Accidentes	Homicidios
8	Muerte violenta (excepto suicidio)	Tuberculosis del aparato respiratorio	Debilidad congénita vicios de conformación congénitos	Tosferina	Bronquitis
9	Bronquitis	Muerte violenta (excepto suicidio)	Enfs. del corazón	Tuberculosis	Tuberculosis
10	Senilidad	Bronquitis	Tuberculosis pulmonar	Bronquitis	Cirrosis Hepática

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud-INEGI

Cuadro No. 2 (continuación)
Principales causas de muertes
México
Histórico 1922-2009

Orden	1970	1980	1990	2000*	2008*
1	Neumonía e Influenza	Accidentes	Enfs. del corazón	Enfs. del corazón	Enfs. del corazón
2	Enteritis y otras enfs. diarreicas	Enfs. Infecciosas intestinales	Tumores malignos	Tumores malignos	Diabetes mellitus
3	Accidentes	Neumonía e Influenza	Accidentes	Diabetes mellitus	Tumores malignos
4	Enfs. del corazón	Enfs. del corazón	Diabetes mellitus	Accidentes	Accidentes
5	Causas perinatales	Tumores malignos	Ciertas afecciones perinatales	Enfs. del Hígado	Enfs. del Hígado
6	Tumores malignos	Enfs. Cerebrovasculares	Neumonía e Influenza	Enfs. Cerebrovasculares	Enfs. Cerebrovasculares
7	Enfs. Cerebrovasculares	Cirrosis y otras Enfs. Crónicas del Hígado	Enfs. Infecciosas intestinales	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfs. Pulmonares obstructivas crónicas
8	Sarampión	Diabetes Mellitus	Enfs. Cerebrovasculares	Neumonía e Influenza	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
9	Cirrosis Hepática	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas	Cirrosis y otras Enfs. Crónicas del Hígado	Enfs. Pulmonares obstructivas crónicas	Agresiones (homicidios)
10	Tuberculosis todas sus formas	Bronquitis Crónica y la no especificada Enfisema y Asma	Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas	Agresiones (homicidios)	Neumonía e Influenza

Principales causas de muerte en el Distrito Federal

Cuadro No. 3
Principales causas de muertes
Distrito Federal
Histórico 1950-2009

Orden	1950	1960	1970	1980
1	Gripe y neumonía	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea de R.N.	Influenza y neumonía	Enfermedades del corazón
2	Gastroenteritis y colitis excepto la diarrea de R.N.	Enfermedades propias de la primera infancia	Enteritis y otras enfs. Diarreicas*	Neumonía e influenza
3	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Gripe y neumonía	Ciertas causas de la morbilidad y de la mortalidad perinatales	Tumores malignos
4	Cirrosis del hígado, colelitiasis y colecistitis	Cirrosis hepática	Enfermedades del corazón	Accidentes
5	Accidentes, envenenamientos y violencias	Tumores malignos incluyendo los de tejidos linfáticos y hematopoyéticos	Cirrosis hepática	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
6	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Enfermedad cerebrovascular
7	Tuberculosis de aparato respiratorio	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
8	Bronquitis	Bronquitis	Infecciones respiratorias agudas	Diabetes mellitus
9	Fiebres tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis	Homicidios	Accidentes	Enfermedades infecciosas intestinales
10	Sarampión	Tuberculosis de aparato respiratorio	Diabetes mellitus	Anomalías congénitas

Fuente: Elaboración propia con datos del Compendio Histórico. Estadísticas Vitales. 1909-2009. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Servicios de Salud del Distrito Federal. México, 2013

Cuadro No. 3. (Continuación)
Principales causas de muertes
Distrito Federal
Histórico 1950-2009

Orden	1990	2000	2007	2010
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Tumores malignos	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
3	Diabetes mellitus	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos
4	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
5	Cirrosis y otras enfs. crónicas del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Enfermedad cerebrovascular	Accidentes	Accidentes	Influenza y Neumonía
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Influenza y neumonía	Enfs. pulmonares obstructivas crónicas
8	Neumonía e influenza	Influenza y neumonía	Enfs. pulmonares obstructivas crónicas	Accidentes
9	Homicidio y lesiones causadas intencionalmente por otra persona	Enf. pulmonares obstructivas crónicas	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Insuficiencia renal
10	Anomalías congénitas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Insuficiencia renal	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal

Fuente: Elaboración propia con datos del Compendio Histórico. Estadísticas Vitales. 1909-2009. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Servicios de Salud del Distrito Federal. México, 2013

En este apartado, la intención es realizar una comparación de las principales causas de fallecimientos entre la población del Distrito Federal, dando particular énfasis, en como los malos hábitos alimenticios y una gran incidencia, carga genética repercuten en enfermedades como la Diabetes, misma que a principios del siglo pasado no formaba parte

de las principales causas de muerte, alcanzando preponderancia en la década de los setenta, por lo que a la fecha paso a ser la segunda causa de muerte en la población en la capital mexicana.

En el transcurso de los años, los costos directos e indirectos del sobrepeso y la obesidad han ido en aumento. El costo relacionado con la obesidad por el Programa del Adulto y el Anciano de la Secretaría de Salud Federal (3.6 millones de dólares en 1998) podría corresponder a 24.9% del gasto en salud pública nacional en México, y a 10.8% del gasto en salud nacional.

Los ahorros que se generaría al evitar la atención médica que demandan en el tratamiento si se llevara una alimentación correcta, serían de 325 millones de dólares en el caso de los hombres y de 330 en el caso de las mujeres.

El costo total del sobrepeso y la obesidad (suman del costo indirecto y directo) ha aumentado en (pesos de 2008) de 35,429 millones de pesos en el año 2000 al estimado de 67,345 millones de pesos en el 2008 (bajo el escenario base). La proyección es que para el año 2017, el costo total (bajo escenario base y en pesos de 2008) ascienda a 150,860 millones de pesos. Basándose en las cifras de las estimaciones recién mencionadas, el costo total del sobre peso y obesidad para el periodo 2000-2017 serían (en pesos de 2008 y bajo el escenario base) de 1.45 billones de pesos. Esto representaría un costo total anual promedio para el país de 80,826 millones de pesos de 2008 durante dicho periodo.

El ex Secretario de Salud del Gobierno Federal, el Dr. José Córdova Villalobos, ha reconocido en diferentes instancias, que para el año 2017, el costo para combatir esta morbilidad en el sector, llegaría a ser de 150 mdp, casi lo que se destina del presupuesto total al sector salud actualmente.

Las personas con diabetes, sus costos directos de la atención son en general de 2 a 3 veces mayores que para quienes no la padecen, y hasta de 4 a 8 veces mayores cuando hay complicaciones de la enfermedad. Los costos indirectos, son cada vez más importantes en países de bajos ingresos, cuando se consideran los gastos del traslado hacia clínicas y hospitales además de la pérdida de producción laboral; dicho sea de paso, se considera el mayor impacto en toda la familia.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más costosas y amenazantes de nuestros tiempos. Es un problema de salud pública que amenaza la expectativa de vida e incrementa la morbilidad, principalmente debido a las complicaciones que genera.

Su *prevalencia*⁸ continúa incrementándose de manera alarmante, con más de 10% de adultos mayores de 20 años de edad. De hecho, se ha proyectado que exista, 11.7 millones de mexicanos con diabetes en el año 2025.

También México es uno de los países que gasta más en Latinoamérica para combatir la diabetes.

Sin embargo, a pesar de estas y otras advertencias, el mensaje general es de optimismo, como lo han hecho notar las altas esferas de las organizaciones internacionales de la Salud, los mensajes de la mayoría de los propios Presidentes, y Secretarios de Salud de México. Todos los países, en todas las etapas de desarrollo, pueden adoptar medidas inmediatas para avanzar más rápidamente hacia la cobertura universal y mantener sus logros. Los países que adopten las políticas correctas, lograrían una mejora notable de la cobertura de los servicios y de la protección contra los riesgos financieros, para un nivel de gastos determinados.

Para el Distrito Federal, el incremento en la tasa de mortalidad a causa de la Diabetes Mellitus ha sido un cambio importante a través de los años; sin embargo, el incremento exponencial disparo de dicha en las últimas 3 décadas es lo que ha alarmado a las autoridades en materia de salud en el Distrito Federal, ahora Ciudad de México.

⁸ Prevalencia: La prevalencia de una enfermedad es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. La prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país.

Cuadro 4
Defunciones por Diabetes en el Distrito Federal
2000-2009

Año	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus (ambos sexos)	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus (hombres)	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus (mujeres)
2000	74.54	71.23	77.60
2001	77.43	72.95	81.58
2002	80.88	79.49	82.16
2003	86.38	82.77	89.69
2004	88.97	88.29	89.60
2005	92.76	93.95	91.67
2006	94.33	95.41	93.33
2007	95.59	97.11	94.18
2008	97.80	98.42	97.23
2009	99.66	103.73	95.91

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud-INEGI

Principal preocupación en el mundo en materia de salud.

Datos duros:

Sobrepeso y obesidad

- 2.6 millones de personas en el mundo mueren cada año por sobrepeso u obesidad
- En el mundo más de 300 millones de personas son obesos y de ellos 42 millones de niños menores de 5 años tienen sobrepeso
- El sobrepeso y la obesidad están relacionadas con más muertes a nivel mundial que la desnutrición o el bajo peso
- Mundialmente, 44% de las personas que padecen diabetes, 23% de las enfermedades isquémicas del corazón y 7.1% de ciertos cánceres, son atribuidos al sobrepeso y la obesidad.
- En 2007, 278 millones de muertes fueron causadas por enfermedades no transmisibles en países de medio y bajo ingreso, el 60% fue debido a enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes-

En México:

- El sobrepeso y la obesidad son el principal problema de salud pública
- Primer lugar mundial en niños con obesidad y sobrepeso y segundo en adultos
- El 72% de las mujeres mayores de 20 años (20.52 millones de personas) tiene obesidad o sobrepeso, 66% de los hombres mayores de 20 años (16.96 millones de personas), tienen obesidad o sobrepeso.
- El 26% de niños en edad escolar (5.54 millones de personas), tiene obesidad o sobre peso
- México gasta 7% del presupuesto destinado a salud para atender la obesidad, solo debajo de Estados Unidos que invierte el 9%

En el Distrito Federal por arriba de la media:

- 75.4% de mujeres mayores de 20 años (2.2 millones) tienen obesidad o sobre peso
- El 69.8% de hombres mayores de 20 años (1.8 millones)
- El 35% de niños en edad escolar (481 mil)

Impactos en la salud

- Mortalidad 12 veces mayor en jóvenes de 25 a 35 años
- Gastos de entre 22 y 34% superiores en el ingreso familiar
- 25% de las incapacidades laborales son por padecimientos relacionado con la obesidad
- Tres de cada cuatro camas de hospital las ocupan los pacientes con enfermedades relacionadas con la obesidad
- La perspectiva de vida es menor
- Reducción de productividad
- Incrementa el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas (son las principales causas de mortalidad, discapacidad, mortalidad prematura)
- Debilita el desarrollo de una nación, ya que disminuye la capacidad laboral de las personas y se orienta mayores recursos al cuidado de la salud.

Se estima que el 90% de los casos de Diabetes Mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y obesidad, según datos oficiales (Secretaría de Salud, 2010)

De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, en particular en la población adulta: 39.5% de los hombres y mujeres tienen sobrepeso y 31% obesidad. Es decir, aproximadamente del 70% de la población adulta tiene una masa corporal inadecuada. Adicionalmente, esta epidemia registra una elevada tasa de crecimiento entre la población infantil, lo que se ha traducido también en una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población escolar de preescolar y primaria de todo el país (entre 5 y 11 años) y adolescentes.

El impacto económico de la diabetes que se observa de forma más directa es la presión que genera sobre el gasto en atención médica. Sin embargo, el impacto económico va más allá de las finanzas del sistema de salud. Los pacientes diabéticos mueren prematuramente o viven día con día con esta enfermedad y sus complicaciones, lo que no sólo determina su demanda por servicios de salud, sino también su capacidad para trabajar y su nivel de productividad. Esto afecta el nivel de ingreso familiar y la contribución de los trabajadores a la producción del país.

Morir anticipadamente o vivir enfermo como resultado de un padecimiento crónico tiene consecuencias económicas importantes, que representan un costo social. Este costo social incluye no sólo el costo privado que enfrentan las personas de forma inmediata, sino el de las externalidades originadas por el hecho de que la población no adopte medidas para prevenir o controlar mejor la enfermedad, es decir el costo para las personas en largo plazo, así como el riesgo de que se dé una falla en la transmisión intergeneracional de buenos hábitos alimenticios y actividad física que permitiría la prevención de la DM II en las nuevas generaciones.

Los Costos Directos e Indirectos de la Diabetes

La carga económica de una enfermedad crónica engloba los costos directos asociados al gasto en atención médica (incluyendo servicios médicos y medicamentos), y los costos indirectos de la enfermedad, es decir, aquéllos relacionados con el efecto que tienen la mortalidad prematura y la discapacidad en la capacidad de participación de una persona en el mercado laboral y su desempeño en el mismo. La carga económica incide en los resultados que tiene un país en términos de desarrollo económico y humano, y de la capacidad de su fuerza de trabajo, así como en las condiciones de equidad y pobreza.

Dicha carga puede abordarse bajo diferentes perspectivas dependiendo de la unidad de análisis o el actor en el proceso: i) la de los hogares; ii) la del Estado, en su doble papel: como financiador y prestador de servicios de salud, y como instancia de seguridad social que cubre a los trabajadores ante el riesgo de ver mermado su ingreso por contingencias como enfermedad e invalidez; y iii) la del sector productivo o los empleadores.

En el caso de los costos directos, las dos perspectivas relevantes son la de los hogares y la del Estado. La primera corresponde a los costos que enfrentan los hogares y los individuos quienes, con independencia de su afiliación a algún esquema de aseguramiento público en salud, incurren en gastos de bolsillo para atender médicamente la diabetes y sus complicaciones. Esto es particularmente relevante en un país como México, donde el 49.4% del gasto total en salud es gasto privado, principalmente gasto de bolsillo.

La perspectiva del Estado es relevante como instancia que financia y presta servicios de salud a través de las diferentes instituciones públicas, y porque las enfermedades crónicas requieren de atención médica durante varios años, representando así un costo importante para el sistema de salud. Algunas de estas enfermedades, como es el caso de la diabetes, con frecuencia son más caras de tratar porque requieren de un manejo regular del paciente a través de medicamentos, revisiones periódicas, y de hospitalizaciones y otras intervenciones para atender las complicaciones asociadas. La frecuencia de interacciones con el sistema de salud impone la necesidad de asegurar la disponibilidad de recursos humanos, tratamientos y condiciones de acceso a los servicios, agudizando así los desafíos financieros que, de por sí, ya enfrentan los sistemas de salud.

En el caso de los costos indirectos, desde la perspectiva de los hogares estos costos se traducen en la pérdida o reducción del ingreso como resultado de la muerte prematura o incapacidad, o bien por una menor (o menos productiva) participación en el mercado laboral tanto del paciente o de la persona que lo cuida. Esta última se da ante la incapacidad de una persona para trabajar, ya sea porque está demasiado enferma o porque tiene que cuidar a un familiar enfermo. Desde la perspectiva de los hogares, un aumento inesperado en el gasto de bolsillo en salud aunado a una reducción de sus ingresos puede resultar en una catástrofe financiera, y eventualmente en su empobrecimiento. Para hacer frente al costo de atender la enfermedad, los hogares pueden verse obligados a reducir su gasto en otros bienes y servicios o a adquirir deuda y modificar patrones de consumo e inversión.

La magnitud de esta carga financiera varía dependiendo del acceso del hogar a mecanismos de protección social que incluyan el aseguramiento médico y/o una serie de prestaciones económicas para resarcir la pérdida de ingreso en caso de incapacidad, invalidez y muerte.

Además de reducir el ingreso de un hogar, las enfermedades crónicas pueden resultar en pérdidas de ahorros y capital, y endeudamiento, así como en la disminución de las oportunidades de educación. Las personas que enferman, y los miembros del hogar que dedican tiempo al cuidado de una persona diabética, están en mayor riesgo de enfrentar una reducción en su habilidad de obtener un sueldo fijo o de participar en la educación formal. En general, el resultado es una merma en el capital humano la cual tendrá un efecto en la producción y riqueza nacional.

Al mismo tiempo, una parte importante de la carga económica indirecta corre a cargo del Estado, el cual –a través de las instituciones de seguridad social– cubre al trabajador por estas pérdidas en el ingreso, es decir, lo cubre ante una serie de contingencias que incluyen los casos de incapacidad e invalidez por enfermedad no laboral. Así, el pago de subsidios por incapacidad y pensiones de invalidez a cargo de la seguridad social también forma parte de la carga económica de la enfermedad en estudio. Este tipo de protección se financia a través de las cuotas que pagan los empleadores, los trabajadores y el propio Estado.

Bajo la perspectiva del sector productivo o los empleadores, la carga económica de la diabetes se traduce en pérdidas de productividad entre los trabajadores enfermos, el pago a otro.

Existen distintos métodos para estimar el impacto económico de las enfermedades. Entre los más utilizados se encuentra el enfoque del costo de la enfermedad, el cual mide la carga económica como la suma de los costos directos e indirectos.

Los costos directos se refieren al gasto en la atención médica de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Esto incluye el costo del tratamiento y manejo de la diabetes, y de sus complicaciones. En esta estimación se considera tanto la perspectiva del sector público, es decir de las instituciones públicas de salud, como la perspectiva del sector privado. Esta última se incluye de forma parcial a través del gasto privado –conformado principalmente por el gasto de bolsillo de los hogares–, asociado al tratamiento ambulatorio (medicamentos, consultas de atención ambulatoria y pruebas de laboratorio), y al costo de transporte para acudir a las consultas médicas y pruebas de laboratorio.

Los costos indirectos se refieren a la pérdida de ingreso de los hogares como resultado de la muerte prematura por la diabetes, y de una menor participación y desempeño en el trabajo como resultado de la discapacidad.

En la estimación de los costos indirectos se consideran tres perspectivas: la de los hogares, la del sector público como prestador beneficios de la seguridad social, y la de los empleadores. En sentido estricto, en la literatura no se considera la carga económica desde la perspectiva de la seguridad social como un costo como tal, pues los subsidios y pensiones por incapacidad e invalidez son financiados principalmente con las cuotas de trabajadores y empleadores, y en menor medida con las del Estado que provienen a su vez de los ingresos tributarios. Sin embargo, identificar la carga bajo esta perspectiva es útil para ver cómo se distribuye entre la sociedad la carga económica asociada a la incapacidad e invalidez. Esto es particularmente relevante en un país como México donde aproximadamente el 61.8% de la población ocupada de 20 años y más no cotiza a ninguna institución de seguridad social. La perspectiva del empleador es relevante para captar el efecto de la enfermedad en la productividad de los trabajadores y, por lo tanto, como una primera aproximación al impacto sobre la generación de riqueza del país.

Componentes de los costos directos

El gasto en la atención médica de la población con diabetes deberá de considerar dos grandes rubros: la atención médica ambulatoria relacionada con la diabetes como tal, y la atención médica de las complicaciones de la diabetes.

Atención médica ambulatoria asociada al tratamiento:

En este componente se refiere al gasto correspondiente a:

- · Medicamentos comúnmente usados para el tratamiento de la diabetes,
- · consultas médicas y pruebas de laboratorio, y
- · transporte del paciente para asistir a consulta o a exámenes de laboratorio.

Los principales medicamentos son los hipoglucemiantes orales, insulinas o ambos.

En el rubro de consultas médicas y pruebas de diagnóstico, éstas constituyen el manejo médico del paciente diabético como tal, es decir para controlar la enfermedad y por lo tanto en este rubro no se incluyen aquellas relacionadas con las complicaciones de la diabetes.

Se debe considerar la frecuencia promedio anual, número de consultas anuales, así como las pruebas de diagnóstico. También las visitas a urgencias.

Se debe considerar los gastos en transporte del paciente para acudir a consultas médicas y pruebas de laboratorio.

Tanto las consultas como las pruebas de laboratorio se pueden considerar como eventos excluyentes, es decir, considerar el supuesto de que trasladarse a una consulta o a un examen de laboratorio se da en traslados diferentes.

Atención médica de las complicaciones de la diabetes

Para estimar el costo de atender las complicaciones de la diabetes, se seleccionaron las complicaciones más relevantes con base en aquéllas reportadas en la ENSANUT 2012 y en la guía clínica para el manejo de la enfermedad de la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association, ADA).

A continuación, se listan las complicaciones incluidas en la estimación de los costos directos:

1. Neuropatía, incluyendo úlceras en los pies (pie diabético)
2. Amputación, como un evento separado, pero como consecuencia de las fases más severas de la neuropatía diabética
3. Complicaciones oftalmológicas, que incluyen por separado:
 - Retinopatía que comprende daño en retina o edema macular y pérdida de la vista
 - Catarata
 - Glaucoma
4. Complicaciones metabólicas agudas, que incluyen por separado:
 - Hipoglicemia sin coma diabético
 - Coma diabético, que comprende los casos de hipoglicemia, cetoacidosis y síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico
5. Nefropatía, que se desagregó en cinco etapas, incluyendo insuficiencia renal crónica en la etapa de mayor severidad
6. Accidente cerebrovascular e infarto cerebral
7. Infarto agudo al miocardio

Componentes de los costos indirectos

Los costos indirectos miden la pérdida de ingresos como resultado de eventos asociados a la diabetes que generan pérdida de productividad o limitan la participación en el mercado laboral, a través de cinco componentes:

1. Mortalidad prematura,
2. Ausentismo laboral,
3. Incapacidad laboral,
4. Invalidez y
5. Presentismo laboral.

Por mortalidad prematura se entiende el número de años de vida que pierde una persona con diabetes por el hecho de morir antes de la edad que –en promedio– vive la población.

Los componentes de ausentismo, incapacidad laboral e invalidez se definen en función del tiempo que el trabajador se ausenta del trabajo o deja de hacer las actividades que le generan un ingreso, como resultado de la diabetes o alguna de sus complicaciones. En el ausentismo laboral la ausencia es por unos pocos días, mientras que en la incapacidad el trabajador se ausenta por un periodo de tiempo mayor. En el caso de invalidez, el trabajador se verá obligado, de forma definitiva, a dejar de trabajar o realizar una actividad que le genere un ingreso. Finalmente, un trabajador con diabetes puede participar en una actividad remunerada o que le genere un ingreso sin ausentarse, pero puede ser menos productivo en sus labores como resultado de la enfermedad. El presentismo laboral se refiere a esta pérdida de productividad.

Para analizar estos componentes se deben considerar tres perspectivas: la de los hogares, la del sector público en su papel de prestador de beneficios de la seguridad social, y la del sector productivo o los empleadores.

La perspectiva de los hogares mide la pérdida en el ingreso familiar y es considerada en todos los componentes excepto en el de presentismo. En este último, solamente se considera la perspectiva del empleador pues es quien enfrenta de forma inmediata la reducción en la productividad del trabajador, bajo el supuesto de que el salario o ingreso del trabajador no se ve inmediatamente afectado por una menor productividad.

La perspectiva del sector público refleja el gasto de las instituciones de seguridad social a través de las prestaciones económicas que otorga a la población trabajadora en los casos de incapacidad e invalidez laboral. Estas prestaciones, que se dan como subsidio al salario y pensiones, respectivamente, buscan precisamente resarcir al trabajador por la pérdida de ingresos ante contingencias de salud. Aunque estas prestaciones económicas se financian principalmente mediante las aportaciones del trabajador y del empleador, es importante considerarlas desde una perspectiva distinta a la de los hogares y del empleador, precisamente por su papel como mecanismo de protección del ingreso y como fuente de presión para el gasto de las instituciones de seguridad social.

La metodología que se puede emplear para medir los costos indirectos se debe centra principalmente en la población económicamente activa, y de forma específica en la población ocupada. Esto no significa que para la población no ocupada o para la población no económicamente activa que padece diabetes no existan costos indirectos. El simple hecho de morir prematuramente o dejar de realizar actividades debido a la enfermedad, aunque no haya de por medio una remuneración explícita o un ingreso monetario, representa un costo social muy importante.

Estimación por componente

Mortalidad prematura, se puede estimar los años de vida perdidos por una muerte anticipada sobre todo en años laborales o productivos.

Ausentismo e incapacidad laboral, e invalidez

El ausentismo laboral es la pérdida económica resultado de los días que no asiste un trabajador. Se define como el periodo de ausencia en el trabajo por enfermedad no laboral que va de uno a cuatro días con base en lo establecido en la Ley del Seguro Social , es decir, previo a obtener el certificado de incapacidad y el subsidio correspondiente.

El costo asociado al ausentismo laboral de un trabajador con diabetes se estimó bajo la perspectiva del hogar, bajo el supuesto de que los días que falta al trabajo o se ausenta de la actividad que le genera algún ingreso, repercuten de forma directa en el ingreso familiar.

Cuando el trabajador se ausenta de su trabajo por enfermedad no relacionada con el empleo por un periodo de uno a cuatro días, el empleador no tiene la obligación de pagar el salario

de estos días de acuerdo con lo establecido en el artículo 42 de la Ley Federal del Trabajo (LFT). Asimismo, no hay ningún tipo de prestación económica de la seguridad social.

La estimación considera que el 100% de la pérdida económica por ausentismo recae sobre el hogar, pero es factible pensar que esta carga se distribuye entre hogares y entre aquellos patrones que no descuentan al trabajador los días perdidos por ausencia.

Por incapacidad se entiende la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita temporalmente a una persona para desempeñar su trabajo, como resultado de la diabetes y/o alguna de las principales complicaciones asociadas. Esta definición es consistente con la definición de incapacidad temporal incluida en el artículo 478 de la Ley Federal del Trabajo.

El costo por concepto de incapacidad es la pérdida económica resultado del día que falta el trabajador una vez obtenido el certificado de incapacidad y el subsidio correspondiente.

Esto implica que, por un lado, el hogar tiene una pérdida neta del 40% del salario diario promedio por los días de incapacidad autorizados por enfermedad no laboral a alguno de sus miembros, mientras que la seguridad social asume el costo del 60% del salario diario promedio por concepto de subsidio por incapacidad. En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social esto se realiza en estos términos con cargo al Seguro de Enfermedades y Maternidad.

En el caso de la población ocupada sin seguridad social, al igual que en la estimación del costo del ausentismo laboral, en el escenario base el costo total del componente de incapacidad laboral impacta únicamente sobre el ingreso familiar, de tal forma que el hogar absorbe toda la carga económica asociada.

Por otra parte, se debe considerar también la perspectiva del empleador. Se supone que el empleador debe pagar a otra persona para que cubra las funciones del trabajador enfermo mientras dure su incapacidad. Así, se hace el supuesto de que el empleador paga al reemplazo el mismo salario diario durante los días de incapacidad autorizados. Este supuesto podría también ser que el empleador paga al reemplazo el mismo salario por hacer su labor original más la del trabajador ausente, lo que podría llevar a una disminución de su productividad y generando una externalidad negativa por el empleado enfermo ausente.

La invalidez se entiende la imposibilidad por parte del trabajador de procurarse mediante algún trabajo igual, una remuneración superior al 50% de la remuneración promedio

percibida durante el último año de trabajo; que esta imposibilidad derive de la diabetes y/o alguna de las complicaciones asociadas y que haya sido declarada como tal por parte de la institución de seguridad social. Así, el costo por concepto de invalidez mide la pérdida económica resultado de la salida del mercado laboral de los trabajadores como resultado de la enfermedad o alguna de sus principales complicaciones, una vez que se recibe un dictamen de invalidez y la pensión correspondiente.

Esto implica que el hogar tiene una pérdida neta del 65% del salario promedio mensual a partir del momento en que la invalidez sea dictaminada por el médico general, mientras que la seguridad social asume el costo del 35% del salario promedio mensual por concepto de pensión por invalidez, con cargo al Seguro de Invalidez y Vida (SIV). De tal forma que el costo del componente de invalidez de un trabajador con seguridad social para el hogar y el sector público corresponde a la pérdida del salario mensual por siete meses, en promedio.

Para los trabajadores sin seguridad social el costo es directamente proporcional al 100% al hogar, y considerando el salario promedio mensual de la población ocupada sin seguridad social.

Por otra parte, ante la invalidez de uno de sus trabajadores, tenga o no seguridad social, el empleador sustituirá al trabajador, probablemente con el mismo salario. Sin embargo, en este caso se supone que el empleador es quien asume el costo de reemplazo. Para un escenario base se puede considerar un costo de reemplazo equivalente a 20% del salario promedio mensual, por concepto de búsqueda, reclutamiento y capacitación del nuevo trabajador.

El presentismo mide la pérdida de productividad laboral cuando un trabajador asiste al trabajo con una enfermedad.

La Versión Oficial de los Costos por Sobrepeso y Obesidad que Influyen en Diabetes

Costos económicos y sociales que se presentaron por las autoridades oficiales en salud y de una manera más agregada, se expresan en este apartado con el fin de manifestar la perspectiva oficial. (Secretaría de Salud, 2010)

El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008 (valor presente), al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos.

Para el 2017, se estima que dicho gasto alcance los 77,919 millones (en pesos de 2008). El costo para 2008 represento el 33% del gasto público federal en servicios de salud a la persona, presupuestado en ese ejercicio fiscal.

El costo indirecto por la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 9,146 millones de pesos en 2000 (valor presente) a 25, 099 millones de pesos en el 2008. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51%

Tan solo en 2008 este costo indirecto afecto a 45,504 familias, las cuales probablemente enfrentarán una situación de gastos crecientes y empobrecimiento por motivos de salud. Se estima que para el 2017 este costo indirecto alcanzará 72,951 millones (en pesos de 2008) con gastos catastróficos. El costo total del sobrepeso y la obesidad (suma del costo indirecto y directo) ha aumentado (en pesos de 2008), de 35,429 millones de pesos en 2000 al estimado de 67,345 millones de pesos en 2008. La proyección es que para el 2017 el costo total ascienda a los 150,860 millones de pesos

Para cualquier sistema de salud pública, la carga económica que estos costos representan se puede considerar de un alto riesgo y así mismo se pone en riesgo la sustentabilidad. Y directamente se verá afectado el gasto de los hogares de las personas con dicho padecimiento.

El sobrepeso y la obesidad son causa de empobrecimiento, como se ha dicho anteriormente, porque disminuyen la productividad laboral y provoca gastos “catastróficos” en salud relacionados con enfermedades crónicas, por ejemplo, actualmente 12% de la población que vive en pobreza tienen diabetes y 90% de esos casos se pueden atribuir a sobrepesos y obesidad.

Es de relevancia, un aspecto que para muchos puede ser confuso, sobre todo porque puede llegar a parecer discordante, pero diversos estudios han demostrado que el sobrepeso y la obesidad pueden presentarse como secuelas de la desnutrición en las etapas tempranas de la vida. Caso concreto como suele ocurrir en situaciones de pobreza, Por ejemplo, los niños que crecen en desnutrición, almacenan más grasas con respecto a las proteínas, lo que tiende a aumentar el sobrepeso y obesidad.

CONCLUSIÓN

En la constitución de la Organización Mundial de la Salud se establece que: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2017)

Derivado de este planteamiento plasmado, cualquier individuo busca su bienestar. Por lo que lleva al 2º. Teorema de Pareto: toda asignación de los recursos eficientes en el sentido de Pareto puede alcanzarse por medio de un mecanismo competitivo con la debida distribución inicial.

Cabe mencionar que muchos de los esfuerzos no valdrán la pena si realmente no se concientiza a la población, incluso a educar, para adquirir y transmitir buenos hábitos alimenticios.

Esto conlleva a afectaciones de tipo fisiológico y emocionales, por otro lado, no dejar de mencionar los impactos que puede tener el aspecto físico –estética corporal- en la perspectiva personal, social y laboral.

Debido a la velocidad en la que creció dicho problema ha hecho que todos los servicios de salud a nivel, mundial, nacional local incluso personal, han sido rebasados ampliamente.

Como mucho de lo que se expuso en el capítulo 3, de una manera simple, los gastos de cada familia aumentan, el gasto del sector publico aumenta, el gasto a nivel social aumenta, la carga social aumenta. Dicha afectación provocará un incremento en los ajustes a otros sectores, pudiendo generar un efecto domino hacia otros sectores o subsectores como podría ser el farmacéutico, químico farmacéuticos y alimenticios.

No se debe de dejar de tomar en cuenta que la Diabetes es una enfermedad de atención prioritaria al ser una de las causas principales de carga de la enfermedad en nuestro país.

Es una enfermedad compleja de abordar no sólo por la falta de detección oportuna y las múltiples complicaciones que genera, sino porque atender sus causas y reducir sus factores de riesgo va más allá de los límites tradicionales del sistema de salud.

Mucho se habla de modificar los hábitos y las conductas de la población para evitar que la enfermedad se presente o se complique, pero esto implica que la población adopte como alta prioridad, un mayor grado de responsabilidad en el autocuidado de su salud y en su papel como paciente, y ello requiere de acciones que no se limitan exclusivamente al

campo de la atención médica, debe considerar todo el entorno familiar, social, laboral incluso.

Aunque no es muy clara aún las causas que originan la diabetes, empero, se puede considerar como una enfermedad en buena medida evitable y controlable, a través de la adopción de hábitos de vida saludable de la población adulta y de la transmisión intergeneracional de estos hábitos a las nuevas generaciones.

Hasta que la población conozca el impacto económico de la enfermedad, podrá tener un mayor grado de conciencia.

Por ello, difundir la evidencia sobre la carga económica y generar mayor conciencia entre la población y entre otros tomadores de decisiones fuera del sector salud es indispensable. Solamente así, será posible sumar los esfuerzos de todos los sectores de la sociedad para evitar y mitigar los daños ocasionados por esta enfermedad.

La carga económica de la enfermedad es la suma de los costos directos, o de atención médica, y de los costos indirectos, o aquellos que resultan de la pérdida de productividad relacionada muerte prematura, y con la participación y el desempeño en el mercado laboral de una persona enferma. Los costos de atención médica comprenden la atención ambulatoria de los pacientes con diabetes, incluyendo el gasto en medicamentos y la atención por complicaciones. Los costos indirectos incluyen muerte prematura, ausentismo laboral, incapacidad laboral, invalidez y presentismo laboral. El impacto de estos costos puede analizarse bajo tres perspectivas: hogar, seguridad social y empleador (Fundación Mexicana para la Salud, 2013).

La mitad de la carga económica de la diabetes está asociada a los costos de la atención médica y la otra mitad corresponde a los costos derivados de la pérdida de ingresos por salir del mercado laboral o tener un menor desempeño en el trabajo. El costo de atender sus complicaciones y la pérdida de ingresos por muerte prematura representan el 80% de la carga total.

El impacto económico de la diabetes debe ser también del interés de los empleadores. Los costos asociados al ausentismo, la incapacidad, la invalidez y el presentismo son significativos. Reducir la carga asociada a estos costos incidiría de manera positiva en el

desempeño laboral y la productividad, y por ello reducir esta carga no es sólo responsabilidad del sistema de salud.

Por otra parte, documentar la magnitud del impacto económico de la diabetes también es importante para apoyar la inversión en estrategias de prevención y tratamiento médico que no sólo eviten muertes, sino que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas, ayudando al mismo tiempo a mejorar el desempeño económico del país.

Desde la perspectiva del sector público, alrededor de 40% de la carga económica total recae sobre el sistema de salud, es decir en los costos del tratamiento y sus complicaciones, y sobre las instituciones de seguridad social en lo referente al pago de prestaciones económicas. Este papel dual del sector público, como protector de la salud y como protector del ingreso, requiere que el abordaje del problema de la diabetes se vea en conjunto y que al interior del sector público se fortalezca el trabajo coordinado para apoyar a los hogares desde ambas trincheras: salud y seguridad social (componentes no salud).

El costo para el sector público sería mayor en caso de considerarse el pago de prestaciones económicas para la población ocupada que no cotiza a la seguridad social. Si la población expuesta a la diabetes continúa creciendo a un ritmo continuo, además de un aumento sostenido en el presupuesto dedicado a salud será necesario adaptar la forma en que se prestan los servicios y la organización del modelo de atención médica en lo general, a fin de acomodar a un número creciente de pacientes.

No obstante, tratar la diabetes en pacientes que cuentan con un buen control y que no presentan complicaciones no implica un costo de atención por paciente mucho mayor que el de otras enfermedades. Por ejemplo, el costo promedio anual del tratamiento ambulatorio de un paciente con diabetes con buen control y sin complicaciones va de mil a ocho mil pesos dependiendo del lugar de atención, mientras que el costo promedio anual por tratamiento de un paciente con VIH se estima en cerca de 45 mil pesos en 2013, por tomar este ejemplo como una referencia.

La verdadera carga en términos del gasto en atención médica se da por las complicaciones. Por ello, detectar a tiempo y sobre todo mantener a los pacientes debidamente controlados más que un buen deseo, es una necesidad.

Se debe promover la concientización y educación de la población para motivarles a mantenerse bajo control, ya que mejorar el control de los niveles de la comúnmente

llamada azúcar o glucosa en la sangre, no sólo depende del uso adecuado de los medicamentos para diabetes, sino también de hábitos saludables.

Existen muchas recomendaciones, en cualquier nivel, desde los más básicos hasta los altamente especializados, sin embargo, mucho de ellos son semejantes y consistentes como la mejor opción. La diversidad de recomendaciones y en diferentes foros, pero aquellas plataformas digitales hacen una mayor facilidad de accesibilidad,

Básicamente nos concentraremos en las recomendaciones que, aunque existan en diferentes lugares, son las que concuerdan con el autor de esta tesina, mismas que se presentan.

- Concientizar a los distintos sectores de la sociedad sobre la carga sobre su salud y su fuerte impacto a nivel económico de la diabetes.
- Promover de forma permanente el papel del autocuidado en la prevención y control de la diabetes mediante campañas conjuntas impulsadas por el sector público, privado y social.
- Promover una mayor inversión pública y privada en la prevención de la diabetes en entornos de atención médica, pero sobre todo en entornos laborales y en escuelas.
- Explorar esquemas de incentivos para modificar factores de riesgo e inducir a las personas a modificar su conducta o mantener niveles de control adecuados de la diabetes en el ámbito laboral.
- Promover el uso de la medición periódica de los niveles de hemoglobina glucosilada como instrumento de control entre la población y los profesionales de la salud.
- Incorporar el concepto de carga económica como parte de una medición periódica del costo de las enfermedades crónico-degenerativas, mediante la incorporación de variables clave en encuestas y la mejora de los registros administrativos de la seguridad social.
- Promover la investigación de intervenciones costo-efectivas para reducir los factores de riesgo.

La constante investigación sobre el combate a dicha enfermedad, debería estar considerada en los programas presupuestales no solo a nivel salud, sino que también a nivel social, derivado de la importancia, pero sobre todo de un alto nivel de la prevalencia.

Un trabajo en coordinación con industrias que afectan directamente en la generación o en el desarrollo de la enfermedad, tal es el caso, con la industria alimenticia, específicamente con las industrias que inciden en la enfermedad como la refresquera y tabacalera. Esto pudiera ser reflejado en políticas intersectoriales o medidas regulatorias.

Se habla mucho, también, en este sentido, de subir a rango de ley todas estas medidas que regulen, incluso sancionen, a todos aquellos actores que intervienen en la prevención y atención de la diabetes y en tanto, derive en una correcta asignación de los recursos y por ende su evaluación.

La diabetes va altamente relacionada con el sobrepeso y la obesidad, no olvidemos que nuestro país cuenta con el no honroso segundo puesto a nivel internacional con obesidad infantil. Es por ello, que mucho de los esfuerzos preventivos y con ello el retraso de la aparición de la enfermedad o incluso, ya cuando se presente, va ligado con los malos hábitos alimenticios por lo que mucho, también dependerá del combate a este tema.

Educación y promoción de la salud, con el desarrollo de campañas nacionales de prevención y orientación alimentaria en medios de comunicación masiva, sobre todo en escuelas (donde si existe la intervención del Estado) y lugares de trabajo que permitan informar y orientar al público sobre las medidas necesarias para prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad.

Planes y programas de educación, para promover desde el salón de clases que la salud es un resultado de un equilibrio en el entorno social, alimentarios, cultural, deportivo, etc.

Fortalecimiento de medidas fiscales, tanto impuestos como subsidios para desincentivar el consumo de alimentos y bebidas que no favorezcan la salud de la población en general y facilitar el acceso a alimentos nutritivos. Tales medidas fiscales incluyen por ejemplo el impuesto a refrescos y otras bebidas azucaradas para disminuir el consumo, y subsidios a frutas, verduras y otros alimentos de alto valor nutricional, especialmente, en zonas marginadas con acceso limitado a estos alimentos.

El desarrollo de un programa de capacitación para las personas de atención a la salud, sin embargo, también deberá ser dirigido a otros actores de la sociedad como directores, maestros y padres de familia con el fin de orientar a la comunidad escolar.

La generación de acuerdos para regular la venta de alimentos no saludables en el perímetro escolar, entre la Secretaría de Educación Pública -como rector del sector- y las autoridades municipales o delegacionales, ahora denominadas alcaldías, para que en un amplio perímetro del entorno escolar se impida la venta de los alimentos restringidos al interior de las escuelas.

Continuar con los diferentes programas que promuevan la activación física, por mencionar algún ejemplo, los denominados “Ciclotón” o aquellas actividades sobre el cierre de vialidades para ser ocupada para actividades físicas, sobre todo en días no laborales. Mucho de este mecanismo, se ve con mayor replicación en las capitales de los estados de la República. Se debe insistir que no es el único, es por ello que se debe investigar en nuevos mecanismos de igual o inclusive en un mayor impacto, que mucho deberá recaer en los institutos del deporte estatales.

A pesar de estas y otras advertencias, el mensaje general es de optimismo, como lo ha hecho notar las altas esferas de las organizaciones internacionales de la Salud, los mensajes de la mayoría de los propios Presidentes, y Secretarios de Salud de México. Todos los países, en todas las etapas de desarrollo, pueden adoptar medidas inmediatas para avanzar más rápidamente hacia la cobertura universal y mantener sus logros. Los países que adopten las políticas correctas puedan lograr una mejora notable de la cobertura de los servicios y de la protección contra los riesgos financieros, para un nivel de gastos determinados.

Por todo ello, la existencia de fallos tanto en la organización pública como en la privada del sector hospitalario conduce a buscar políticas de equilibrio entre el mercado y la gestión pública de los servicios.

El autor de esta tesina concluye refiriendo que podríamos estar siendo testigos de la primera generación que, en lugar de tener un aumento en la esperanza de vida, tendrá una reducción de muertes precoces secundaria a estas enfermedades. No es un tema menor, es sin duda, la principal o la más importante pandemia del siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Ayala, J. (2003). *Estado y desarrollo. La formación de la economía mixta mexicana en el siglo XX*, México, UNAM, Segunda edición.
- _____ (2002). *Fundamentos institucionales del mercado*, México, UNAM.
- _____ (2001). *Estado y Desarrollo*, México, UNAM.
- _____ (1999). *Economía del sector público mexicano*, México, UNAM, 1ª Edición.
- _____ (1997). *Economía pública, una guía para entender al Estado. Diccionario*, México, Litoarte, 1ª Edición.
- _____ (1996). *Diccionario de economía pública moderna*, México, UNAM.
- Corugedo, I., Hidalgo, A. & Del Llano, J. (2000). *Economía de la Salud*, Madrid, Pirámide.
- De la Fuente, Juan R. y Pablo Kuri, *Temas de Salud global con impacto local*, Ed. UNAM, México, 2011
- De la Fuente, J (1994). *Salud y Seguridad Social. Retos y propuestas*, México, Fundación Mexicana Cambio XXI.
- Diario Oficial de la Federación (1984, 7 de febrero). Ley General de Salud, México, Secretaría de Gobernación.
- Fundación Mexicana para la Salud (2013). *Carga Económica de la Diabetes Mellitus en México*, México, Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2011, 7 de julio). Reglamento de Salud, México, Distrito Federal.
- Hidalgo, A. (2000). *Economía de la Salud, Madrid*, Pirámide.
- INDESOL (2020). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Gobierno Federal. Disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/562405/CPEUM_08-05-2020.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Artículo Especial*, México, Vol.50, Núm. 6, noviembre-diciembre, INSP.

- Muñoz Onofre y colab. *Economía de la Salud*. México, 2003, 1ª. Edición.
- Nussbaum, M. Y Sen. A. (1996). *La calidad de vida*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Organización de las Naciones Unidas México (2000), *Los Objetivos del Desarrollo del Milenio*, México.
Disponible en
<https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>
- Organización de las Naciones Unidas (2015), *Objetivos del Desarrollo Sostenible*, Nueva York, ONU.
Disponible en
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, Nueva York, OMS.
- _____ (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, Nueva York, OMS.
- _____ (2017). *La salud es un derecho humano fundamental*, Nueva York, OMS.
Disponible en:
<https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- _____ (2019). *Diabetes*, Nueva York, OMS.
Disponible en
https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- _____ (2019). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, Nueva York, OMS.
Disponible en
https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/
- Secretaría de Salud (2007). *Plan Nacional de Salud, 2007-2012*, México, Gobierno Federal.
- _____ (2010), *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*, México, Gobierno Federal
- Pereznieto, L. (2016). *Estado, Sociedad y Derecho*, México, Limusa.

- Secretaría de Salud (2020). *Ley General de Salud*, México, Gobierno Federal. Disponible en http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Servicios de Salud Distrito Federal (2009). *Compendio Histórico. Estadísticas Vitales 1909-2009*, México, Distrito Federal.
- Stiglitz, J. (2000). *La economía del sector público*, Madrid, Editorial Antoni Bosch, 3ª Edición.
- Tello, C. (2014). *Estado y Desarrollo Económico: México 1920-2006*, México, UNAM.

Gobierno

- Ley de Salud del Distrito Federal, Gaceta Oficial, 17 de septiembre de 2009
- Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal. Gaceta Oficial. 7 de julio de 2011
- Programa General de Desarrollo 2007-2012, Gobierno del Distrito Federal,
- Programa de Acción Específica 2007-2012. Diabetes Mellitus, Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. 1ª. edición. 2007
- Compendio Histórico. Estadísticas Vitales. 1909-2009. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Servicios de Salud del Distrito Federal. México, 2009
- Compendio Histórico. Estadísticas Vitales. 1909-2009. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Servicios de Salud del Distrito Federal. México, 2013

Artículos

- Carga Económica de la Diabetes Mellitus en México, Fundación Mexicana para la Salud, A.C. 2013
- Osorio, Alcalde, J.C. (2016). Libro: La calidad de vida, Revista Elauuthen. 14, 129-132.

Artículos en Periódicos

- “El sector salud podría colapsarse por los gastos en atender diabetes: Ssa”, en *Jornada*, 6 de abril de 2009, p.37
- “En 2017, todo el gasto de salud para obesidad”, en *El Universal*, México, 11 de agosto de 2011,
- “Es más caro ser obeso que delgado”, en *Expansión*, edición 1071, México, mayo 2011

Fuentes electrónicas

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/es/index.html>

http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf

http://www2.ine.mx/documentos/DECEYEC/gobiernos_y_democracia.htm

<https://www.fundaciondiabetes.org>

http://redangel.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=5

4

ANEXOS

Anexo No. 1
México
2000-2009

Año	Producto Interno Bruto (Miles de pesos)	Gasto Total en Salud	Gasto Público Total en Salud (Miles de pesos)	Gasto Privado Total en Salud (Miles de pesos)
2000	\$5,491,708,401.00	\$325,159,180.68	\$142,155,362.96	\$183,003,817.72
2001	\$5,809,688,192.00	\$368,443,015.96	\$155,194,404.51	\$213,248,611.45
2002	\$6,263,136,643.00	\$408,021,510.53	\$169,149,269.27	\$238,872,241.26
2003	\$7,868,809,553.00	\$463,443,774.66	\$195,812,894.19	\$267,630,880.47
2004	\$8,828,367,434.00	\$531,012,760.21	\$233,809,547.30	\$297,203,212.91
2005	\$9,562,648,113.00	\$569,652,226.53	\$247,281,439.67	\$322,370,786.86
2006	\$10,630,939,426.00	\$613,591,387.12	\$269,864,017.05	\$343,727,370.07
2007	\$11,504,075,512.00	\$674,351,681.61	\$301,655,815.48	\$372,695,866.13
2008	\$12,353,845,281.00	\$683,663,069.45	\$339,035,935.95	\$344,627,133.50
2009	\$12,162,762,846.00	\$729,341,322.77	\$374,834,012.01	\$354,507,310.76

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud

Anexo No. 2
México
2000-2009

Año	Gasto público total en salud como % del PIB	Gasto total en salud como % del PIB	Gasto público total en salud como % del gasto total en salud	Gasto público total en salud como % del gasto público total
2000	2.59	5.92	43.72	16.62
2001	2.67	6.34	42.12	16.56
2002	2.70	6.51	41.46	15.68
2003	2.49	5.89	42.25	15.77
2004	2.65	6.01	44.03	17.62
2005	2.59	5.96	43.41	16.74
2006	2.54	5.77	43.98	16.15
2007	2.62	5.86	44.73	15.78
2008	2.74	5.53	49.59	15.21
2009	3.08	6.00	51.39	15.24

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud

Anexo No. 3
México
2000-2009

Año	Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social	Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social	Gasto público en salud per cápita total	Aportación federal al financiamiento de la salud de la población sin seguridad social (%)	Gasto privado en salud per cápita
2000	1,942	896	1,409	84.79	1,814
2001	2,112	970	1,520	85.39	2,088
2002	2,287	1,052	1,636	82.82	2,310
2003	2,673	1,174	1,870	84.46	2,556
2004	3,236	1,344	2,207	84.07	2,805
2005	3,169	1,608	2,308	84.16	3,009
2006	3,311	1,821	2,489	84.49	3,171
2007	3,561	2,085	2,748	84.67	3,395
2008	3,686	2,519	3,046	83.92	3,096
2009	3,997	2,771	3,321	83.76	3,141

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud

Anexo No. 4
Distrito Federal
2000-2009

Año	Producto Interno Bruto (Miles de pesos)	Gasto Total en Salud	Gasto Público Total en Salud (Miles de pesos)	Gasto Privado Total en Salud 16 (Miles de pesos)
2000	\$1,121,855,818.00	n.d.	\$42,935,676.02	n.d.
2001	\$1,176,371,821.00	n.d.	\$36,841,082.27	n.d.
2002	\$1,331,089,413.00	n.d.	\$38,880,649.27	n.d.
2003	\$1,379,467,784.00	n.d.	\$45,256,676.31	n.d.
2004	\$1,519,472,541.00	n.d.	\$52,410,572.74	n.d.
2005	\$1,647,432,799.00	n.d.	\$52,999,283.22	n.d.
2006	\$1,804,728,049.00	n.d.	\$55,285,404.57	n.d.
2007	\$1,925,779,648.00	n.d.	\$65,662,295.38	n.d.
2008	\$2,052,359,403.00	n.d.	\$65,823,770.88	n.d.
2009	\$2,084,223,853.00	n.d.	\$75,815,598.79	n.d.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud

Anexo No. 5
Distrito Federal
2000-2009

Año	Gasto público total en salud como % del PIB	Gasto total en salud como % del PIB	Gasto público total en salud como % del gasto total en salud	Gasto público total en salud como % del gasto público total
2000	3.83	n.d.	n.d.	18.69
2001	3.13	n.d.	n.d.	14.98
2002	2.92	n.d.	49.33	9.74
2003	3.28	n.d.	n.d.	9.94
2004	3.45	n.d.	n.d.	11.04
2005	3.22	n.d.	n.d.	9.76
2006	3.06	n.d.	n.d.	8.85
2007	3.41	n.d.	n.d.	8.96
2008	3.21	n.d.	n.d.	9.76
2009	3.64	n.d.	n.d.	10.30

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud

Anexo No. 6
Distrito Federal
2000-2009

Año	Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social	Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social	Gasto público en salud per cápita total	Aportación federal al financiamiento de la salud de la población sin seguridad social (%)	Gasto privado en salud per cápita
2000	5017	4434	4800	84.56	n.d.
2001	5204	2375	4111	66.42	n.d.
2002	5637	2382	4333	67.64	4534
2003	6777	2584	5038	71.92	n.d.
2004	8300	2543	5835	68.35	n.d.
2005	8270	2909	5902	68.32	n.d.
2006	8594	3097	6158	68.06	n.d.
2007	10070	3879	7317	71.94	n.d.
2008	10104	3774	7339	69.81	n.d.
2009	10757	5514	8460	80.15	n.d.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud

Anexo No. 7
Comparativo
2000-2009

Entidad Federativa	Año	Producto Interno Bruto (Miles de pesos)	Gasto Total en Salud	Gasto Público Total en Salud (Miles de pesos)	Gasto Privado Total en Salud (Miles de pesos)
Estados Unidos Mexicanos	2000	\$5,491,708,401.00	\$325,159,180.68	\$142,155,362.96	\$183,003,817.72
Distrito Federal	2000	\$1,121,855,818.00	n.d.	\$42,935,676.02	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2001	\$5,809,688,192.00	\$368,443,015.96	\$155,194,404.51	\$213,248,611.45
Distrito Federal	2001	\$1,176,371,821.00	n.d.	\$36,841,082.27	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2002	\$6,263,136,643.00	\$408,021,510.53	\$169,149,269.27	\$238,872,241.26
Distrito Federal	2002	\$1,331,089,413.00	n.d.	\$38,880,649.27	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2003	\$7,868,809,553.00	\$463,443,774.66	\$195,812,894.19	\$267,630,880.47
Distrito Federal	2003	\$1,379,467,784.00	n.d.	\$45,256,676.31	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2004	\$8,828,367,434.00	\$531,012,760.21	\$233,809,547.30	\$297,203,212.91
Distrito Federal	2004	\$1,519,472,541.00	n.d.	\$52,410,572.74	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2005	\$9,562,648,113.00	\$569,652,226.53	\$247,281,439.67	\$322,370,786.86
Distrito Federal	2005	\$1,647,432,799.00	n.d.	\$52,999,283.22	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2006	\$10,630,939,426.00	\$613,591,387.12	\$269,864,017.05	\$343,727,370.07
Distrito Federal	2006	\$1,804,728,049.00	n.d.	\$55,285,404.57	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2007	\$11,504,075,512.00	\$674,351,681.61	\$301,655,815.48	\$372,695,866.13
Distrito Federal	2007	\$1,925,779,648.00	n.d.	\$65,662,295.38	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2008	\$12,353,845,281.00	\$683,663,069.45	\$339,035,935.95	\$344,627,133.50
Distrito Federal	2008	\$2,052,359,403.00	n.d.	\$65,823,770.88	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2009	\$12,162,762,846.00	\$729,341,322.77	\$374,834,012.01	\$354,507,310.76
Distrito Federal	2009	\$2,084,223,853.00	n.d.	\$75,815,598.79	n.d.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud

**Anexo No. 8
Comparativo
2000-2009**

Entidad Federativa	Año	Gasto público total en salud como % del PIB	Gasto total en salud como % del PIB	Gasto público total en salud como % del gasto total en salud	Gasto público total en salud como % del gasto público total
Estados Unidos Mexicanos	2000	2.59	5.92	43.72	16.62
Distrito Federal	2000	3.83	n.d.	n.d.	18.69
Estados Unidos Mexicanos	2001	2.67	6.34	42.12	16.56
Distrito Federal	2001	3.13	n.d.	n.d.	14.98
Estados Unidos Mexicanos	2002	2.70	6.51	41.46	15.68
Distrito Federal	2002	2.92	n.d.	49.33	9.74
Estados Unidos Mexicanos	2003	2.49	5.89	42.25	15.77
Distrito Federal	2003	3.28	n.d.	n.d.	9.94
Estados Unidos Mexicanos	2004	2.65	6.01	44.03	17.62
Distrito Federal	2004	3.45	n.d.	n.d.	11.04
Estados Unidos Mexicanos	2005	2.59	5.96	43.41	16.74
Distrito Federal	2005	3.22	n.d.	n.d.	9.76
Estados Unidos Mexicanos	2006	2.54	5.77	43.98	16.15
Distrito Federal	2006	3.06	n.d.	n.d.	8.85
Estados Unidos Mexicanos	2007	2.62	5.86	44.73	15.78
Distrito Federal	2007	3.41	n.d.	n.d.	8.96
Estados Unidos Mexicanos	2008	2.74	5.53	49.59	15.21
Distrito Federal	2008	3.21	n.d.	n.d.	9.76
Estados Unidos Mexicanos	2009	3.08	6.00	51.39	15.24
Distrito Federal	2009	3.64	n.d.	n.d.	10.30

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud

**Anexo No. 9
Comparativo
2000-2009**

Entidad Federativa	Año	Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social	Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social	Gasto público en salud per cápita total	Aportación federal al financiamiento de la salud de la población sin seguridad social (%)	Gasto privado en salud per cápita
Estados Unidos Mexicanos	2000	1942.16	896.32	1408.93	84.79	1813.79
Distrito Federal	2000	5016.66	4433.85	4800.00	84.56	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2001	2112.03	970.13	1519.69	85.39	2088.17
Distrito Federal	2001	5204.05	2375.42	4111.21	66.42	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2002	2287.25	1051.61	1635.59	82.82	2309.78
Distrito Federal	2002	5636.60	2382.25	4332.81	67.64	4533.96
Estados Unidos Mexicanos	2003	2672.93	1174.08	1869.87	84.46	2555.68
Distrito Federal	2003	6776.87	2584.09	5038.48	71.92	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2004	3235.63	1344.20	2206.76	84.07	2805.08
Distrito Federal	2004	8300.43	2543.40	5834.51	68.35	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2005	3168.89	1608.48	2307.78	84.16	3008.57
Distrito Federal	2005	8270.20	2909.41	5901.65	68.32	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2006	3310.59	1820.91	2489.32	84.49	3170.66
Distrito Federal	2006	8593.50	3097.07	6157.91	68.06	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2007	3560.66	2085.03	2747.64	84.67	3394.71
Distrito Federal	2007	10069.63	3878.61	7317.40	71.94	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2008	3686.24	2518.80	3046.17	83.92	3096.41
Distrito Federal	2008	10104.13	3773.61	7338.69	69.81	n.d.
Estados Unidos Mexicanos	2009	3997.09	2771.00	3321.45	83.76	3141.33
Distrito Federal	2009	10757.26	5513.51	8460.06	80.15	n.d.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud

Anexo No. 10
Defunciones por sexo por entidad
2000-2009

Año	Entidad Federativa	Hombre	Mujer	NE	Total
2000	Nacional	242,781	192,593	112	435,486
2000	D.F.	23,574	22,447	8	46,029
2001	Nacional	244,606	196,058	340	441,004
2001	D.F.	23,886	22,728	13	46,627
2002	Nacional	254,112	203,252	316	457,680
2002	D.F.	23,987	22,988	9	46,984
2003	Nacional	260,657	209,673	362	470,692
2003	D.F.	24,972	23,605	9	48,586
2004	Nacional	261,078	210,991	204	472,273
2004	D.F.	24,919	24,018	13	48,950
2005	Nacional	272,236	221,575	146	493,957
2005	D.F.	25,428	24,443	11	49,882
2006	Nacional	273,276	219,880	140	493,296
2006	D.F.	25,472	24,407	15	49,894
2007	Nacional	284,012	228,936	174	513,122
2007	D.F.	26,188	25,262	15	51,465
2008	Nacional	299,968	238,150	170	538,288
2008	D.F.	26,781	25,610	13	52,404
2009	Nacional	315,254	248,020	242	563,516
2009	D.F.	27,424	26,368	9	53,801

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud-INEGI

Anexo No. 11
Defunciones por Diabetes Mellitus en el Distrito Federal
en comparación con el Total del País.
2000-2009

Año	Entidad Federativa	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus (ambos sexos)	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus (hombres)	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus (mujeres)
2000	Nacional	47.1	42.87	51.18
2000	D.F.	74.54	71.23	77.6
2001	Nacional	49.8	45.38	54.02
2001	D.F.	77.43	72.95	81.58
2002	Nacional	54.02	50.49	57.4
2002	D.F.	80.88	79.49	82.16
2003	Nacional	57.46	52.99	61.69
2003	D.F.	86.38	82.77	89.69
2004	Nacional	59.65	55.53	63.6
2004	D.F.	88.97	88.29	89.6
2005	Nacional	63.49	59.62	67.2
2005	D.F.	92.76	93.95	91.67
2006	Nacional	63.79	60.77	66.67
2006	D.F.	94.33	95.41	93.33
2007	Nacional	64.79	62.53	66.94
2007	D.F.	95.59	97.11	94.18
2008	Nacional	68.45	66.02	70.78
2008	D.F.	97.8	98.42	97.23
2009	Nacional	69.25	67.37	71.04
2009	D.F.	99.66	103.73	95.91

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud-INEGI