



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN**

**“OBESIDAD: SU IMPACTO EN EL GASTO POR MOTIVO DE CONSULTAS
EN EL IMSS EN EL D.F., DEL 2001 AL 2007”**

SEMINARIO CURRICULAR

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ECONOMÍA**

PRESENTA

JUAN CARLOS SALGADO HERNÁNDEZ

Asesor: MTRA. ISELA CLAUDIA VALDÉZ SÁNCHEZ

Santa Cruz Acatlán, Estado de México

Septiembre 2009



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.

DEDICATORIAS

A mi familia

A mis amigos

A mi Universidad y sus profesores

Al arte rebelde

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: ¿POR QUÉ EL ESTADO DEBE DE BRINDAR SERVICIOS DE SALUD?	
1. Contexto y marco teórico y marco teórico	
1.1 La obesidad la “epidemia global”	17
1.2 Marco teórico: ¿Por qué el Estado debe de encargarse de Brindar servicios de salud?	21
1.2.1 Las fallas del mercado	23
1.2.2 La justificación de la intervención del Estado en la economía	26
1.2.3 Los bienes públicos	29
1.3 Neoinstitucionalismo económico	31
1.4 La Teoría del Estado de Hermenn Heller y la Teoría política del Estado de Bienestar de Niklas Luhmann	35
1. 5 Funciones del Estado	38
1.6 ¿Por qué es Estado debe de brindar servicios de salud?, el caso de las consultas otorgadas por obesidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el D.F., del 2001 al 2007	41
CAPÍTULO II: SECTOR Y GASTO PÚBLICO EN SALUD	
2.1 El sector público y el gasto público	45
2.1.1 Sector público	45
2.1.2 Gasto público	49
2.2 Sector Salud y gasto público en salud	53
2.2.1 Sistema Nacional de Salud	53

2.2.2 El gasto público en salud	60
2.2.3 Gasto en salud público por ramo	66
2.4 El Instituto Mexicano del Seguro Social	69
2.4.1 El IMSS en el Distrito Federal	73
CAPÍTULO III: “OBESIDAD: SU IMPACTO EN EL GASTO POR MOTIVO DE CONSULTAS EN EL IMSS EN EL D.F., DEL 2001 AL 2007”	
3.1 La obesidad como problema de salud pública	76
3.2 La obesidad como tema de análisis económico	79
3.3 La obesidad en México	81
3.4 Posibles causas de la obesidad en México	83
3.4.1 La obesidad y lo urbano: el caso del D.F.	84
3.4.2 La comida chatarra	90
3.5 Obesidad: consultas en Medicina Familiar y Especialidades en el IMSS	95
3.5.1 Consultas otorgadas por obesidad en Medicina Familiar del IMSS en el D.F., 2001 al 2007	98
3.5.2 Consultas otorgadas por obesidad en Especialidades del IMSS en el D.F., 2001 al 2007	104
3.6 Obesidad: su impacto en la asignación del gasto por motivo de consultas en el IMSS en el D.F., del 2001 al 2007	108

CAPÍTULO IV: UNA POLÍTICA PÚBLICA INTEGRAL CONTRA LA OBESIDAD

4.1 La salud como tema de análisis económico	114
4.2 La salud y el Estado	116
4.3 La política pública del Estado Mexicano contra la obesidad	118
4.3.1 Programa Nacional de Salud 2007-2012	119
4.3. 2 El deporte contra la obesidad	124
4.3. 3 La educación contra la obesidad	126
4.4 PREVENIMSS	128
4.4.1 Vamos por un millón de kilos	130
4.5 Hacia una política pública integral contra la obesidad	132
CONCLUSIÓN	139

ANEXO

I ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO I: ¿POR QUÉ EL ESTADO DEBE DE BRINDAR SERVICIOS DE SALUD?

Cuadro 1.1 <i>Supuestos neoclásicos de la competencia perfecta</i>	24
Cuadro 1.2 <i>Teoremas de la economía del bienestar</i>	25
Cuadro 1.3 <i>Fallos del mercado</i>	26
Cuadro 1.4 <i>Intervención del Estado ante los fallos del mercado</i>	27
Cuadro 1.5 <i>Desempeño económico según enfoque teórico</i>	32
Cuadro 1.6 <i>Funciones del Estado</i>	39
Cuadro 1.7 <i>Redistribución del producto nacional</i>	40

CAPÍTULO II: SECTOR Y GASTO PÚBLICO EN SALUD

Cuadro 2.1	<i>Principales tareas del sector público</i>	46
Cuadro 2.2	<i>Organización del sector público en México</i>	49
Cuadro 2.3	<i>Principales usos del gasto público</i>	51
Cuadro 2.4	<i>División del gasto público según clasificación funcional</i>	52
Cuadro 2.5	<i>Funciones básicas del sistema de salud</i>	55
Cuadro 2.6	<i>Sector público en salud en México</i>	57
Cuadro 2.7	<i>Población asegurada en instituciones públicas de salud</i>	59
Cuadro 2.8	<i>División del gasto público en salud en México</i>	64
Cuadro 2.9	<i>Distribución del gasto en salud por institución</i>	66
Cuadro 2.10	<i>Prestaciones del IMSS</i>	70
Cuadro 2.11	<i>División de las Unidades de Atención Médica (UAM)</i>	71
CAPÍTULO III: “OBESIDAD: SU IMPACTO EN EL GASTO POR MOTIVO DE CONSULTAS EN EL IMSS EN EL D.F., DEL 2001 AL 2007”		
Cuadro 3.1	<i>Razón de riesgo de enfermedades asociadas a la obesidad de acuerdo con el IMC (porcentajes)</i>	77
Cuadro 3.2	<i>Prevalencia de sobrepeso y obesidad. D.F., Nuevo León y Estado de México, ENSANUT 2006</i>	86
Cuadro 3.3	<i>Prevalencia de sobrepeso y obesidad Nacional y D.F., ENSANUT 2006</i>	87
Cuadro 3.4	<i>Factores que fomentan el sedentarismo en el D.F.</i>	88

Cuadro 3.5 Factores que han contribuido a un mayor consumo de comida chatarra	92
Cuadro 3.6 Gasto por motivo de consulta en medicina familiar	101
Cuadro 3.7 Gasto por consulta en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007	106
Cuadro 3.8 Gasto total por concepto de consultas en medicina familiar y especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007	108
CAPÍTULO IV: UNA POLÍTICA PÚBLICA INTEGRAL CONTRA LA OBESIDAD	
Cuadro 4.1 Estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012	120
Cuadro 4.2 Medidas implementadas para el combate de la obesidad	123
Cuadro 4.3 PREVENIMSS: acciones y grupos de atención	129
Cuadro 4.4 Medidas para una política pública integral contra la Obesidad	137
II ÍNDICE DE GRÁFICAS	
CAPÍTULO II: SECTOR Y GASTO PÚBLICO EN SALUD	
Gráfica 2.1 Gasto en salud en México como proporción del PIB, 2000-2005	61
Gráfica 2.2 Crecimiento porcentual del gasto público en salud 1994-2007	63
Gráfica 2.3 División del gasto público en salud para la población asegurada a nivel nacional, 2007	65

Gráfica 2.4 <i>Distribución como porcentaje del gasto público en salud México 2001-2007</i>	67
CAPÍTULO III: “OBESIDAD: SU IMPACTO EN EL GASTO POR MOTIVO DE CONSULTAS EN EL IMSS EN EL D.F., DEL 2001 AL 2007”	
Gráfica 3.1 <i>Consultas en medicina familiar y especialidades generadas por obesidad en el IMSS de 2001 al 2007</i>	96
Gráfica 3.2 <i>Entidades federativas con mayor demanda de consultas generadas por obesidad como % del total nacional en el IMSS, 2001-2007</i>	97
Gráfica 3.3 <i>Consultas en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001- 2007</i>	99
Gráfica 3.4 <i>Gasto por consulta en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007</i>	101
Gráfica 3.5 <i>Ponderación y tasa de crecimiento del gasto por consulta en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007</i>	103
Gráfica 3.6 <i>Consultas en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001- 2007</i>	105
Gráfica 3.7 <i>Gasto por consulta en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007</i>	107
Gráfica 3.8 <i>Ponderación y tasa de crecimiento del gasto total por consultas otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F. 2001-2007</i>	109
Gráfica 3.9 <i>Gasto total por consultas otorgadas por obesidad</i>	

<i>en el IMSS en el D.F. 2001-2007 (miles de pesos)</i>	110
III FUENTES DE INFORMACIÓN	144
a) Bibliografía	144
b) Hemerografía	148
c) Cibergrafía	151
IV ANEXO: Cálculo de los costos de consultas familiares y de Especialidades en el IMSS	154

INTRODUCCIÓN

Estudios recientes revelan que en México un poco más del 60 % de la población tiene problemas de sobrepeso u obesidad. Mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), prevé que de seguir esta tendencia, dentro de diez años, México será el país con el mayor número de habitantes con problemas de exceso de peso en todo el mundo; pronóstico nada errado dado, ya que actualmente ocupa el primer lugar en obesidad infantil.

La obesidad hoy en día es un problema de salud pública, ya que además de ser una enfermedad en sí, es un gran factor de riesgo para desarrollar otras más graves, tales como la diabetes o las cardiovasculares, que actualmente alcanzan los primeros lugares de mortalidad nacional. Por ejemplo, para 2002 en México, alrededor de 200 mil muertes fueron relacionadas con la obesidad, mientras que en Estados Unidos aproximadamente 300 mil muertes fueron atribuidas a la misma causa (Córdova y Palencia, 2004: pág. 44-53) Por otra parte la Organización Mundial de la Salud en Europa, señala que entre el 10 y 13% de las muertes en la región, tienen como responsable a la obesidad (OMS, 2008).

Las altas prevalencias de obesidad alrededor de todo el mundo, aunado a sus efectos negativos sobre la calidad de vida de las personas, ha llevado a que desde la óptica médica, se reconozca como un problema de salud pública, producto de una extensa literatura médica que documenta el comportamiento de esta enfermedad.

En el caso del estudio económico de la obesidad en México, está se encuentra con una serie de problemas en su avance. Por ejemplo, es con la

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, que se dispone por primera vez de una estadística de sobrepeso y obesidad, válido para hombres y mujeres de todos los segmentos de edad, tanto a nivel nacional como para cada entidad federativa; por lo que es una tarea difícil, elaborar cálculos sobre la evolución de la obesidad, ya que las anteriores encuestas de salud, sólo se enfocan a determinados grupos de edad, además de sólo ser válidos a nivel nacional.

El panorama en las cuentas e indicadores en salud es muy similar, ya que a excepción de los tradicionales indicadores como el gasto en salud como porcentaje del PIB, esperanza de vida al nacer o número de camas por un determinado número de habitantes; resulta complicado acceder a datos más desagregados como divisiones específicas del gasto o la estadística de los servicios médicos para una enfermedad en particular.

A partir del 2001 con la creación del El Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (**SICUENTAS**), que comenzó a estandarizar las cuentas en salud y hacerlas compatibles con algunos indicadores de la Organización Mundial de la Salud; además de las peticiones ciudadanas a al sector público en general; resulta más factible disponer y acceder a más estadísticas del sector salud, y en específico para esta investigación, de estadísticas de servicios médicos generadas por obesidad.

Ya con el soporte estadístico para el estudio económico de la obesidad, es importante definir, si éste enfocará el análisis de la obesidad, en definir sus *causas* o sus *consecuencias* (efectos). Las opciones para ambos casos son muy variadas; entre las *causas* económicas que explican la obesidad, resalta el papel que ha tenido el ingreso de las personas, ya que éste es factor clave

para definir a que tipos de alimentos puede accederse. Mientras que entre las *consecuencias* económicas por la obesidad, puede estar el impacto negativo en el rendimiento laboral de alguien que padece esta enfermedad o los mayores gastos económicos generados por una mayor demanda de servicios de salud.

Para el caso particular del ingreso (*causa* que explica la obesidad) en México, en lo que va de la actual administración; éste ha perdido 45% de su poder adquisitivo respecto al de hace diez años, incapacitando a más de 2 millones de mexicanos y sus respectivas familias (que ganan entre uno y cuatro salarios mínimos) a disponer de una dieta balanceada (que ronda entre cuatro y cinco salarios mínimos) (Turati, 2008, pág. 34), condicionado su consumo a alimentos con presencia masiva, como lo son los alimentos chatarra.

El ingreso representa un condicionante para definir los tipos de alimentos que explican la obesidad, ya que mientras una persona con bajos recursos, presentará una obesidad, producto de un “subconsumo” de alimentos elevados en harinas (tortas, tamales, pastas); la obesidad de una persona con ingresos altos, se explicará por el “sobreconsumo” de alimentos de mayor precio, como carnes rojas, pizzas y hamburguesas¹.

Para la actual investigación, las *causas* que explican la obesidad tendrán más un fin ilustrativo y de contexto, pues el estudio más importante de la obesidad en este trabajo, es desde una perspectiva económica de *consecuencia*, ya que la investigación está enfocada a analizar el impacto económico, que ha tenido esta enfermedad, por motivo del incremento dado

¹ “Entrevista al Dr. Felipe Torres Torres”, 26 de agosto de 2008, Instituto de Investigaciones Económicas, Ciudad Universitaria, Ciudad de México.

por consultas en medicina familiar y especialidades, sobre el gasto del IMSS en el D.F. en el periodo 2001- 2007.

La hipótesis planteada en este trabajo, es que los altos niveles de prevalencia de obesidad, han generado un incremento en la demanda de consultas para su atención, lo que provoca que una mayor proporción de recursos se enfoque al tratamiento de esta enfermedad, convirtiendo a la obesidad en un problema de salud pública y en un problema económico para el IMSS.

La investigación está compuesta de cuatro capítulos, en los que se revisa y analiza teóricamente la relevancia del Estado como proveedor de servicios de salud; posteriormente y a manera de ejemplo existe una revisión del caso en específico del sector salud en México. Con las desagregaciones pertinentes, el estudio aterriza en el gasto del IMSS, en particular en el D.F., ya que ahí es en donde el IMSS registra la más alta cantidad de consultas por obesidad. La periodicidad de la investigación abarca del 2001 al 2007, para sincronizar este trabajo con la entrada en funcionamiento del (SICUENTAS) y disponer de manera estandarizada de estadística en salud para estos años.

Ya con los resultados sobre el impacto económico de la obesidad del 2001 al 2007; es retomada la relevancia del Estado como diseñador y ejecutante de políticas públicas que combatan la obesidad, y a manera de ilustración son revisadas los casos que actualmente están, ya sea en marcha o elaboración en nuestro país. En general, el objetivo principal de esta investigación es contabilizar el gasto monetario en que ha incurrido el IMSS por

motivo de consultas otorgadas por obesidad y analizar cuál ha sido su impacto para el caso del D.F., en el periodo ya mencionado.

De forma particular, el capítulo I titulado “¿Por qué el Estado debe de brindar servicios de salud?”, contiene una revisión de las Teorías de los Fallos del Mercado y el Neoinstitucionalismo Económico, que hacen un estudio del Estado desde una perspectiva de carácter económico. Por ejemplo, la teoría de los Fallos del Mercado reconoce y justifica la intervención del Estado, dado que las asignaciones del mercado pueden ser eficientes, pero no socialmente equitativas. Por su parte la teoría del Neoinstitucionalismo Económico revisa el desempeño y políticas de las instituciones del Estado, lo que en próximos capítulos será útil para el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Además de estas teorías, la teoría del Estado y a la Teoría Política del Estado Benefactor, proporcionan a la actual investigación un estudio de las funciones políticas y sociales del Estado, entre las que figura la prestación de servicios de salud,

En el capítulo II, que lleva por nombre “Sector y Gasto Público en Salud”, es retomada la idea planteada en el capítulo anterior, es decir, la relevancia del Estado como proveedor de servicios de salud, revisando la forma en que se materializa en este ramo, a decir, del sector y el gasto público en salud, sus funciones, usos y divisiones de cada uno de ellos. En el caso de México, el IMSS funge como la más importante institución de la que dispone el Estado Mexicano para brindar servicios de salud, tanto por ser a la que a mayor número de mexicanos atiende, como por ser la que registra el mayor más gasto público asignado

El capítulo III, es el eje principal de este trabajo, ya que además de llevar el mismo título de la investigación, es decir, “Obesidad: su impacto en el gasto por motivo de consultas en el IMSS en el D.F., 2001-2007”; aquí es condensado el estudio de la obesidad considerando los factores que la provocan, la evolución de su prevalencia en México en los últimos años, además de que es calculado y analizado el impacto en el gasto provocado por la obesidad en el IMSS.

Finalmente, en el capítulo IV son enlistadas una serie de propuestas de políticas que actualmente se encuentran en vigor en México, para contrarrestar la alta incidencia de exceso de peso entre los mexicanos. De igual manera, en este capítulo, son presentadas distintos aspectos que tienen que ser considerados, para diseñar una política pública, que de forma integral combata a la obesidad, volviendo a colocar al Estado como actor principal para encabezar esta empresa.

CAPÍTULO

I

¿POR QUÉ EL ESTADO DEBE DE BRINDAR SERVICIOS DE SALUD?

1 Contexto y marco teórico

1.1 La obesidad la “epidemia global”

La salud en cualquiera de las etapas de la vida del ser humano es un factor determinante para su desenvolvimiento en cada una de sus esferas; sean estas familiares, laborales, académicas o emocionales, teniendo un impacto tanto a escala individual como social. Las condiciones que definen los niveles de salud ya sea para un individuo o una sociedad, están determinadas por factores biológicos o naturales, además de la estructura socioeconómica en que se desenvuelven, dando lugar a nuevas formas de promover la salud, pero también a nuevas enfermedades.

Una de las nuevas enfermedades del siglo XXI es la obesidad, la cual es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la “Epidemia Global” (citado por Álvarez, 2002), ya que atañe a grandes segmentos de la población alrededor de todo el mundo.

La cada vez mayor incidencia de esta enfermedad, es explicada en gran medida a los actuales hábitos de vida, en donde la gran ingesta de alimentos altos en carbohidratos, combinados con estilos de vida sedentarios, evitan un desgaste de la energía consumida, trayendo como consecuencia el sobrepeso y, obviamente la obesidad. Aunque lo anterior debe ser complementado con aspectos económicos, como el determinante que representa el ingreso al momento de definir a que alimentos se puede tener acceso o, el impacto de la publicidad que puede llegar a influir en las decisiones de lo que es comido.

Varios investigadores sitúan como periodo clave, para entender el incremento de la obesidad alrededor del mundo, la década de los ochenta², siendo esta década en la que muchas de las economías a nivel mundial viran sus modelos económicos hacia condiciones de economía abierta, en donde existe una ampliación de los nexos entre los países, afianzándose así la globalización, no sólo en cuestiones meramente económicas, sino también en la adopción de hábitos y costumbres externas, conocido como aculturación a distancia (Córdova y Palencia, 2004: pág.59).

La aculturación a distancia es la traslación y adopción de hábitos, patrones y ópticas de vida de un país o región a otros, fenómeno más común de los países desarrollados hacia el resto del mundo. Esta aculturación abarca desde los estilos de vestir y tendencias musicales, hasta la modificación de los alimentos que se comen.

Es justamente después de la década de los ochenta cuando empieza una diseminación mundial de los alimentos altos en carbohidratos como aquellos a base de harinas (panes, pastas) y los refrescos, entre otros; también conocidos como *comida chatarra*, que entre sus elementos atractivos tienen su fácil acceso (tanto por su masiva presencia, como por la el monto de ingreso que se versa en su consumo)³, su buen sabor y la sensación rápida de saciedad que producen, lo que los ha convertido en alimentos cotidianos en todo el planeta. Combinando esto con las diásporas campo-ciudad, dado que

² La OMS de Europa señala que “La obesidad es uno de los más grandes problemas de salud pública en los inicios del siglo XXI, ya que su prevalencia se ha triplicado en muchos países en la región europea de la OMS desde la década de los 80”. Mientras que el Dr. Felipe Torres Torres en su artículo “Transformación y deterioro de la alimentación en México”, señala a la década de los 80 como un parte aguas en el cambio del patrón alimentario, inclinándose éste por una mayor ingesta de los alimentos conocidos como *Chatarra* (Torres, 2008: pág.36).

³ Para 2008 se registró que los mexicanos gastaron 240 mil millones de pesos en comida chatarra y sólo 10 mil millones en el consumo de 10 alimentos básicos como carne, frutas y verdura.

las últimas se vinculan con mayores oportunidades de trabajo y oferta de servicios; tenemos esos dos factores claves para la obesidad: elevado consumo de alimentos altos en carbohidratos y el sedentarismo atribuible a la vida en la ciudad.

La obesidad⁴, además de ser una enfermedad en sí, representa un factor de riesgo para desarrollar un sin fin de enfermedades, destacando la diabetes, las cardiovasculares y las relacionadas con hipertensión, de ahí que se le considere como un gran problema de salud pública. Por ejemplo, para 2002 en México, alrededor de 200 mil muertes fueron relacionadas con la obesidad, mientras que en Estados Unidos aproximadamente 300 mil muertes son atribuidas a la misma causa (Córdova y Palencia, 2004: pág.49-53). Por otra parte la OMS en Europa, señala que entre el 10 y el 13% de muertes en la región, tienen como responsable a la obesidad (OMS 2008).

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), para el 2003, el país miembro que presentó mayor prevalencia de obesidad fue Estados Unidos, con un 30.6%, seguido por México con 22.4%, mientras que la tercera posición la ocupaba el Reino Unido con 23%, muy por encima todos, de la prevalencia promedio de toda la organización, que rondó en alrededor del 14% (OCDE, 2009)⁵

Por lo tanto, la incidencia de la obesidad se da en países con características económicas y sociales diferentes, demostrando que esta

⁴ La forma más común para medir si una persona es obesa es a través del Índice de Masa Corporal (IMC), que mide la relación peso-talla de un individuo. La fórmula es la siguiente:

$$\text{IMC} = \text{Peso}(\text{kg}) / \text{Altura}^2(\text{m})$$

Obteniendo valores que van desde 20 hasta 50. Según la OMS, alguien que registre un IMC de 20 esta en una situación "normal", mientras que un individuo que rebese un IMC de 30 se le puede considerar como un obeso (Córdova y Palencia, 2004: pág. 25). En el capítulo 3 se presenta una revisión más incisiva sobre qué es la obesidad.

⁵ Consultado el 16 de agosto del 2009 a las 17 hrs en:
<http://www.oecd.org/>

enfermedad no es privativa de algunas zonas con ciertos rasgos, ya que, alcanza tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. Para el caso de los primeros, en Estados Unidos a principios del siglo XXI, se registraron alrededor de 60 millones de personas (casi un tercio de su población) con obesidad (Córdova y Palencia, 2004: pág. 53). Mientras que para el caso de los segundos, en 2006, se tiene que países como Argentina, Colombia y México, registran más de la mitad de su población con sobrepeso y alrededor del 15% con problemas de obesidad. (Fausto, et al, 2006: pág. 1).

Para 2005, cálculos a nivel mundial realizados por la OMS indican que aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) presentan sobrepeso, mientras que existen alrededor de 400 millones de adultos obesos, es decir, que cerca de 2 000 millones de adultos tienen problemas con exceso de peso. Agravándose aún más el escenario, si consideramos que para ese mismo año había al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso en todo el mundo (OMS, 2006).

La alta prevalencia de la obesidad, desde una perspectiva económica, implica gente enferma, que de una u otra manera verá limitada su capacidad para trabajar, ya sea por un retiro temprano o una muerte prematura, mermando así sus niveles de productividad⁶. Lo mismo puede hacerse extensivo para los niños y jóvenes obesos, en los que su condición puede ser causa de desaprovechamiento académico y obstáculo para la actividad física, ambos factores claves para un desarrollo integral de la persona; de tal manera que al llegar a su vida adulta es posible que no lo hagan en plenitud, y que su vida laboral se vea disminuida.

En el capítulo III, se dedica un apartado a estudiar la obesidad como un tema de análisis económico.

En términos del gasto público, la mayor prevalencia de obesidad es causa de un incremento constante en la demanda de servicios de salud para su atención. Esto para cualquier país puede representar una gran carga económica, por la cada vez mayor cuantía de recursos que han de dedicarse al combate de esta enfermedad, revelándose así el gran problema que puede llegar a representar la obesidad.

1.2 Marco teórico: ¿Por qué el Estado debe de encargarse de brindar servicios de salud?

El presente estudio analiza el impacto que ha tenido la mayor demanda de consultas otorgadas por obesidad sobre el del gasto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Distrito Federal del 2001 al 2007, lo que hace necesaria una revisión del sector y la economía pública, ya que el IMSS es uno de los institutos⁷ con los que cuenta el Estado Mexicano para proveer servicios de salud.

A partir del concepto del Estado como proveedor de servicios de salud, se busca distinguir aquellos elementos que motivan, explican y justifican la intervención del Estado en este ramo, recurriendo al bagaje conceptual de las teorías de los Fallos del Mercado de la corriente neoclásica., la Teoría Neoinstitucionalista, la Teoría del Estado de Hermann Heler y la Teoría Política en el Estado de Bienestar de Niklas Luhmann.

⁷ El IMSS es uno de los institutos que conforman el sector público de salud en México que en su totalidad comprende a la Secretaría de Salud(SSA), al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado(ISSSTE) y a los respectivos institutos de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional(SEDNA), la Secretaría de Marina(SEMAR) y Petróleos Mexicanos(PEMEX).

Todas estas teorías tienen al Estado, como eje central de análisis, sin embargo, la perspectiva desde que es abordado por cada una de ellas es distinta, si bien tienen puntos en común, la diferencia principal estriba, en que la teoría de los Fallos del Mercado y la teoría Neoinstitucionalista, inclinan su estudio hacia una visión de corte económico, mientras que la Teoría del Estado de Hermann Heller y la Teoría Política en el Estado de Bienestar de Niklas Luhmann que las dos últimas lo hacen desde una perspectiva política.

Es necesario el análisis simultáneo de los aspectos económicos y políticos, dado que el estudio del Estado así lo requiere, lo que permite entender a cabalidad aspectos como el gasto público y las políticas públicas, ejemplos claros de cuestiones económicas y políticas.

En esta investigación, como producto de las teorías arriba señaladas; el Estado es considerado como el ente capaz de llevar a cabo medidas, que fomenten la organización y cooperación autónoma, para armonizar el conjunto de intereses en un espacio geográfico, es decir, extensivo para la vida social en su totalidad. Para ello, el Estado cuenta con sus instituciones y políticas, con el objetivo de crear las condiciones que garanticen un *status vivendi* en consonancia con los intereses y necesidades de la sociedad en su conjunto, considerando un momento social y cultural en específico.

Para el caso específico del Estado como proveedor de servicios de salud, la importancia que sea éste, el que lleve acabo esta tarea, radica en que es un tema que atañe a toda la sociedad en su conjunto; por lo que la preocupación por el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud, son necesidades permanentes de cualquier sociedad y,

al velar el Estado por generar las mejores condiciones de vida para sus gobernados, le compete hacer frente a esta empresa que abarca a todos sus gobernados.

El Estado como proveedor de servicios de salud, se encarga de corregir la insuficiencia o abuso del mercado en esta materia, haciendo posible que estos servicios lleguen al mayor número de personas; además de que le permite cumplir con un sin fin de sus objetivos como la equidad, redistribución de la riqueza, atención a las necesidades básicas, disminución de desigualdades sociales, etc. Finalmente, la importancia de que sea el Estado quien provea servicios de salud, se debe a que sus decisiones trascienden a los grupos privados y al mercado, pudiendo intervenir de manera importante en el devenir social de todo el país.

1.2.1 Los Fallos del Mercado

El enfoque teórico conocido como Fallos del Mercado surge como respuesta a la falta de realismo de los supuestos de la competencia perfecta de la economía neoclásica y, la economía del bienestar. Ambos enfoques, sostienen que el mercado es el mecanismo más eficiente para la asignación de recursos entre los individuos de una sociedad, que al actuar de forma racional y egoísta en busca de su beneficio, llevarán al beneficio colectivo de la misma.

*La competencia perfecta de la economía neoclásica, tiene entre sus cimientos más importantes el concepto de *lassiez faire*, el cual indica que el desenvolvimiento del mercado sin intervención ajena, es capaz, de lograr la asignación más eficiente de los recursos.*

Por su parte, la *mano invisible* planteada por Adam Smith, indica que la misma dinámica del mercado llevará a los individuos a maximizar su utilidad y beneficio, actuando de forma egoísta. De esta manera, lograrán la máxima satisfacción individual, conduciendo a la misma condición a toda la sociedad. Para que todo esto sea posible, la economía debe de cumplir con los supuestos básicos de la competencia perfecta de la economía neoclásica, señalados en el cuadro 1.1.

Cuadro 1.1 *Supuestos neoclásicos de la competencia perfecta*

- Equilibrio general: todos los mercados en equilibrio, cantidades y precios de equilibrio, igualación entre oferta y demanda, costos marginales igual a los beneficios marginales.
- Economía perfectamente competitiva: agentes involucrados en la transacción sin un tamaño para influir en el precio, por lo que son tomadores de precios.
- Existe información completa y gratuita al alcance de consumidores y vendedores.
- Los agentes se comportan de forma racional y egoísta, por lo que son capaces de maximizar sus elecciones sin considerar las repercusiones éticas, sociales o políticas de las mismas.
- No existe barreras de entrada ni salida al mercado.
- Existe una asignación eficiente en el sentido de Pareto.

Fuente: Elaboración propia con información de Ayala Espino, José, Mercado, elección pública e instituciones. Una revisión de las teorías modernas del Estado, Miguel Angel Porrúa, México, reimpresión 2ª edición, 2004, p. 83.

La economía del bienestar enfoca su análisis a la eficiencia económica en un contexto de mercados competitivos; pero incluyendo una función social de bienestar, es decir, la relación entre el bienestar de la sociedad como un todo y las variables que afectan el desempeño de la economía y los niveles de vida de los individuos. Todo esto aplicando el criterio de la eficiencia en el sentido de Pareto, es decir, cuando no es posible mejorar el bienestar de una persona

sin empeorar el de otra, además de que la economía se encuentra en su frontera de posibilidades⁸(Ayala, 2000, pág. 98).

La economía del bienestar se sustenta en los dos teoremas que se resumen en el cuadro 1.2.

Cuadro 1.2 Teoremas de la economía del bienestar

Primer teorema	Segundo teorema
Existe una asignación eficiente de recursos, de tal manera que no se puede introducir un cambio que intente mejorar el bienestar de una persona sin empeorar el de otra.	Se puede alcanzar la asignación eficiente de recursos a través del mercado, siempre que la distribución de recursos sea la correcta, sin la necesidad de un mecanismo de asignación centralizado (planificador).

Fuente: Elaboración propia con información de Stiglitz, Joseph E, La economía del sector público, Antonio Bosch editor, España, 2ª edición, 1988, pp.65-66.

El primer teorema, no es otra cosa que una asignación eficiente en el sentido de Pareto, mientras que la peculiaridad del segundo, radica en señalar, que no es necesaria la intervención del Estado (mecanismo de asignación centralizado) para alcanzar la asignación en el sentido de Pareto.

Una vez que han sido esbozados los rasgos básicos de la competencia perfecta neoclásica y la economía del bienestar, se concluye este apartado, rescatando dos aspectos que poseen en común. El primero, hace mención a que ambas teorías giran en torno a una asignación de recursos eficiente en el sentido de Pareto. En segundo término, las dos teorías reconocen que el mercado es el sistema más eficiente para la asignación de recursos, por lo que se inclinan a favor de un Estado mínimo, que sólo procure generar las

⁸ Joseph E. Stiglitz, se refiere a una curva de posibilidades de utilidad, ya que maneja el caso de una economía sencilla donde existen dos individuos: Robinson Crusoe y Viernes, en el que la curva está definida por las distintas combinaciones de utilidad de dichos individuos marcadas por el mecanismo del mercado (Stiglitz 1988: 67).

condiciones necesarias para un desenvolvimiento del mercado sin contratiempos, como puede ser, el proveer servicios de seguridad pública como lo es la policía o las fuerzas armadas.

1.2.2 La justificación de la intervención del Estado en la economía

Joseph E. Stiglitz, Premio Nobel de Economía 2001, enfocado al estudio del sector público; señala que existen situaciones importantes en las que el mercado no es eficiente en el sentido de Pareto, es decir; se incumplen las condiciones para un funcionamiento de la competencia perfecta y la economía del bienestar. Estas situaciones son conocidas como Fallos del Mercado y sirven para justificar la intervención del Estado en la economía (Stiglitz, 1988: pág.74).

Joseph E. Stiglitz señala que existen seis fallos del mercado, enumerados brevemente en el cuadro 1.3.

Cuadro 1.3 Fallos del mercado

- Fallo de competencia: existen monopolios (una sola empresa domina la industria), de tal manera que es fijadora de precios.
- Bienes públicos: bienes que no son suministrados por el mercado, o lo son de una manera insuficiente.
- Externalidades⁹: Costes (efectos) generados por la empresa, por los que no recibe ninguna retribución a cambio.
- Mercados incompletos: No cumplen con la totalidad de necesidades del consumidor.
- Fallos de información: información incompleta, reservada y de difícil acceso público.
- El paro, la inflación y el desequilibrio: existe desempleo, alza de precio y quiebras de empresas masivas.

Fuente: Elaboración propia con información de Stiglitz, Joseph E, La economía del sector público, Antonio Bosch editor, España, 2ª edición, 1988, pp. 74-84.

⁹ Existen dos tipos de externalidades: las negativas, que implican perjudicar a otra persona por los actos de su similar o de una empresa, casos como el de la contaminación o el ruido. El otro tipo de externalidad son las positivas, que implican un beneficio para el tercero, como lo es hecho de que alguien barra la calle, sin la necesidad de pagar del tercero, pero con la satisfacción de caminar en un lugar limpio.

Es importante señalar, que los distintos fallos del mercado no son excluyentes el uno del otro, es decir, puede haber casos en los que se presentan de forma simultánea. Tal podría ser, cuando la contaminación de un lago por una fábrica de pinturas (externalidad negativa), provoca una reducción en la pesca, lo que podría elevar los precios (inflación) ante la caída de la oferta.

Cuando los fallos del mercado son evidentes en una economía, la justificación de la intervención del Estado, se materializa en tratar de corregirlos. Las medidas que puede adoptar el Estado para esta tarea, varían en función del fallo que intente revertir. El cuadro 1.4, enlista la posición que asume el Estado, ante cada tipo de fallo del mercado.

Cuadro 1.4 Intervención del Estado ante los fallos del mercado

Fallo	Respuesta del Estado
Fallo de competencia	Regulación y/o manejo de monopolios
Bienes públicos	Dotación gratuita o subvencionada
Externalidades	Sanción/ multa(externalidad negativa)
	Premiación/ subvención transferencia (externalidad positiva)
Mercados incompletos	Obligar, coordinar ,regular y participar con el sector privado
Fallas de información	Obligar a una rendición de información pública a quien la posea, de forma gratuita o con un coste mínimo
Paro, inflación y desequilibrio	Política económica: fiscal y monetaria

Fuente: Elaboración propia con información de Stiglitz, Joseph E, La economía del sector público, Antonio Bosch editor, España, 2ª edición, 1988, pp. 74-84.

De igual manera que los fallos del mercado no son excluyentes, la misma propiedad presentan las respuestas del Estado, por ejemplo, imagínese una política fiscal que estimule el empleo a través de obra pública, lo cual ayudaría a disminuir el desempleo, además de una mayor dotación de bienes públicos.

A pesar de la importancia que da la teoría de los fallos del mercado al Estado, no deja de reconocer que el mercado es el mecanismo más eficiente para la asignación de recursos, sin embargo, no es el más equitativo. La intervención del Estado en la economía puede no ser óptima en el sentido de Pareto, pero si puede alcanzar resultados más equitativos que los logrados por el mercado. Sin embargo, el término equitativo resulta muy juicioso, en este sentido Paul Samuelson, Premio Nobel en Economía 1970 (1996) al hacer un análisis del papel económico del Estado, señala que la economía no puede decirnos cuál es el grado de pobreza aceptable y justo, por lo que le corresponde a la política a través de contratos sociales determinar los parámetros de niveles de vida que alcancen una equidad socialmente aceptable (Samuelson, 1996: pág 33-34).

Finalmente la teoría de los Fallos del Mercado, más allá de representar una alternativa ante la Economía del bienestar, pasó a formar parte de esta última, de tal manera que no deja de reconocer que los precios son el mejor mecanismo para la asignación de los bienes y servicios, reconociendo que la intervención del Estado sólo se justifica mientras duren los fallos del mercado.

1.2.3 Los bienes públicos

De entre los distintos fallos del mercado, la insuficiencia o desinterés del mercado para proveer bienes públicos, justifican la intervención del Estado como proveedor de los mismos. De ahí que en la actual investigación, sólo se revise lo que respecta a los bienes públicos, dado que esto dará el soporte teórico a la intervención del Estado en el ramo de salud.

Roger Benjamín, en su estudio que hace de los bienes colectivos, señala que un bien es cualquier cosa que satisface deseos, siendo éstos, aquellas necesidades que los seres humanos perciben como indispensables o convenientes de satisfacer. Benjamin, lleva el estudio de los bienes a un campo económico al señalar que estos se pliegan al supuesto básico de la escasez (Benjamín, 1991: pág. 24-25).

Una vez reconocido lo que es un bien¹⁰, el estudio de los bienes públicos requiere ser abordado de dos maneras, los bienes públicos puros¹¹ y los bienes públicos impuros o mixtos.

Los primeros, los bienes públicos puros, son aquellos que su consumo no es excluyente, es decir, su consumo no puede ser negado a nadie, y por lo tanto, no tiene sentido ponerles un precio, ejemplos de estos, son la defensa nacional, transmisiones de televisión y radio, literatura, conocimientos, obras de arte, medio ambiente y lenguaje, entre otros. A su vez, las características más

¹⁰ La diferencia primordial entre los bienes privados y los públicos, radica en que los primeros son propiedad exclusiva de quien los adquiere, dotándole la facultad de usarlos o explotarlos como más le convengan. Asimismo los bienes privados no tiene ninguna de las características básicas de los bienes públicos.

¹¹ Resulta difícil establecer a cabalidad que bienes públicos entre en la categoría de “puros”, Samuelson señala que la defensa nacional es uno de los pocos casos, sin embargo, también lo hace con el sistema de salud, cosa contraria a lo que se refiere Ayala, al señalar a la salud como un bien impuro [véase (Samuelson, 1996, pág. 138)y (Ayala, 2000, pág. 153)].

distintivas de los bienes públicos es que son exclusivos y no tienen sustitutos (Ayala, 2000: pág.152-153).

Paul Samuelson, agrega al estudio de los bienes públicos puros, el hecho de que no es viable racionalizar su uso, además de que no es deseable racionalizarlo. Se refiere a que no es *viable racionalizarlo*, ya que resultaría costoso el hecho de impedir el consumo del bien a ciertas personas, como puede ser el caso de limitar la entrada a un parque público, ya que esto llevaría a erogar en verjas y personal encargado de su vigilancia. También, señala que no es *deseable racionalizarlo*, ya que se limita el beneficio, el ejemplo de esto son las campañas de vacunación, dado que benefician a todos. También indica que el hecho de ampliar el número de consumidores de bienes públicos implica un coste nulo o muy cercano a cero, ya que el hecho de que las fuerzas armadas defiendan a un país con mil o mil un habitantes, no variará su presupuesto (Samuelson, 1996: pág.133).

Por otro lado, los bienes públicos impuros o mixtos sólo tienen una característica de los bienes públicos puros, la de no tener sustitutos, ya que se puede excluir a los individuos de su consumo, dado a que su oferta puede estar limitada por las capacidades del proveedor o productor, como es el caso de las limitaciones físicas de las escuelas para un determinado número de alumnos o de pacientes para el caso de un hospital. “Los ejemplo típicos de estos bienes son la educación y la salud pública, las carreteras públicas, los parques, etcétera” (Ayala, 2000: pág. 153).

La relevancia de los bienes públicos radica en que el mercado puede fallar en producirlos o proveerlos en las cantidades inadecuadas, ya que los

incentivos para ello son insuficientes o nulos. Para contrarrestarlo, el Estado tendrá que actuar a través de acciones colectivas e intervenciones públicas para resultados más eficientes, haciendo viable la producción de estos bienes. “Esto justifica la intervención del gobierno ya sea como productor o proveedor” (Ayala, 2000: pág. 155) de bienes públicos. Como por ejemplo, la dotación de servicios públicos de educación o salud, siendo ésta última crucial para la actual investigación.

1.3 Neoinstitucionalismo Económico

El Neoinstitucionalismo Económico representa una crítica al modelo neoclásico, ya que da un papel más activo al Estado, como elemento clave para el desarrollo económico. Para ello, el Neoinstitucionalismo Económico entiende al Estado como un cuerpo de instituciones, que tiene por objetivo reducir las incertidumbres económicas y sociales, a través de incentivos y restricciones para los distintos agentes económicos, proveyendo así, una regulación avalada en un marco legal, que genere las condiciones de certidumbre para el establecimiento de convenios económicos y sociales que favorezcan el desenvolvimiento económico, de ahí la preocupación por un desarrollo económico centrado en el desarrollo institucional (Vargas, 2005: pág. 41)

En consonancia con lo anterior; la diferencia principal entre el enfoque neoclásico y el Neoinstitucionalismo Económico, es la forma que tiene cada uno de definir los elementos que explican el desempeño de una economía. De acuerdo con la teoría neoclásica, éste se explica como una función de los precios de los factores de la producción, es decir, la tierra, el trabajo y el capital. El Neoinstitucionalismo Económico agrega a estos tres factores, un

cuarto elemento: el conjunto de instituciones, que impactan de forma directa en el desempeño económico. El cuadro 1.5 contiene de manera precisa estas diferencias.

Cuadro 1.5 Desempeño económico según enfoque teórico

Teoría neoclásica	Neoinstitucionalismo económico
Desempeño económico = $f(T, W, K)$	Desempeño económico = $f(T, W, K, Q_1, \dots, Q_n)$
Donde:	Donde:
T= Tierra	T= Tierra
W= Trabajo	W= Trabajo
K= Capital	K= Capital
	Q_n = Conjuntos de instituciones, por ejemplo, derechos de propiedad Q_1 , contratos Q_2 , y así sucesivamente.

Fuente: Elaboración propia con información de Ayala Espino, José, Mercado, elección pública e instituciones. Una revisión de las teorías modernas del Estado, Miguel Angel Porrúa, México, reimpresión 2ª edición, 2004, p.359.

Del cuadro 1.5, para continuar con el análisis del Neoinstitucionalismo económico; resulta imperante rescatar Q_n . Ésta representa al conjunto de instituciones que define un Estado para incidir en el desempeño económico. Las primeras de ellas, hacen referencia a las instituciones que vigilan y defiende los derechos de propiedad, a través de un marco legal que define desde patentes hasta derechos de propiedad sobre una tierra. Después están las instituciones que revisan y garantizan que los contratos entre los agentes económicos se lleven en conformidad a lo establecido por la ley. Finalmente, están las instituciones encargadas de generar y difundir información, al menor costo posible; para promover una mejor toma de decisiones por parte de los distintos agentes económicos (Ayala, 2004: pág. 333-369).

La materialización de las instituciones para cada una de sus funciones, puede ser muy distinta. Por ejemplo, para el caso de los *derechos de*

propiedad, se tiene a los registros públicos de propiedad. Mientras que para los *contratos*, los juzgados, los tribunales o cortes, están para dirimir y vigilar que los contratos se apeguen a los requisitos de sus participantes y de la misma ley. Finalmente, para la atenuación de los *problemas de información*, el Estado cuenta con instituciones que promueven el acceso público a la información, de igual manera que condicionan el otorgamiento de prerrogativas a ciertos agentes (generalmente a las empresas) hasta que hagan pública cierta información¹².

Una vez de manifiesto, el carácter mixto de las instituciones, es decir, su especificidad para la atención de una necesidad, resulta pertinente una revisión de la institución como concepto, la cual el especialista en sector público, José Ayala Espino describe como:

El conjunto de reglas que articulan y organizan las interacciones económicas, sociales y políticas entre los individuos y los grupos sociales. Las instituciones son construcciones históricas que,... los individuos erigen expresamente. Las instituciones en un país asumen características peculiares, de acuerdo a los rasgos estructurales dominantes de una determinada economía y sociedad (Ayala, 2004: pág. 321).

Sin importar cual sea la tarea que tiene que cumplir cualesquiera de las instituciones del Estado, su objetivo final radica en reducir los costos de transacción¹³ al igual que la incertidumbre, para así favorecer y agilizar los intercambios entre los agentes de una sociedad.

¹² En México, el Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI), pone a disposición de la ciudadanía, información del sector público. Mientras que para ilustrar el caso de la difusión de información por parte de privados, la Bolsa Mexicana de Valores (BMV), establece como requisito para aquellas empresas que quieren formar parte de su índice (Índice de Precios y Cotizaciones), poner al alcance de la BMV, sus estados financieros.

¹³ Los costos de transacción son los ajenos a los de producción, (publicidad, distribución, etc). Lo que diferencia al Neoinstitucionalismo con la teoría neoclásica, pues la segunda estudia sólo de producción.

Cualquier institución¹⁴ pública, es resultado de las demandas y las acciones de los individuos para conciliar las elecciones individuales con las elecciones sociales, de tal manera que la coordinación de las instituciones permite alcanzar resultados económicos por arriba de los que lograrían si cada miembro de la sociedad actuará de forma individual y egoísta, es decir, sin las ventajas de la cooperación y la división social del trabajo. (Ayala, 2004: pág. 358).

La necesidad del Estado por el diseño de instituciones surge de la demanda por reducir los riesgos y la incertidumbre económica y social, ya que las instituciones pueden favorecer la difusión y el abaratamiento de la información, promueven la vigilancia y cumplimiento, a bajo costo, de los contratos y los derechos de propiedad y facilitan soluciones a controversias asociadas a fallos del mercado, derechos de propiedad, contratos, etcétera (Ayala, 2004 : pág. 328).

Del párrafo anterior, resulta relevante tener en cuenta la importancia de las instituciones, para atenuar los fallos del mercado, ya que esto permite vincular las teorías que hacen una revisión desde una perspectiva económica, es decir, los Fallos del Mercado y el Neoinstitucionalismo Económico, ya que le atribuyen al Estado, la necesidad del diseño de instituciones para *facilitar soluciones a controversias asociadas a fallos del mercado*.

En el caso de esta investigación, el fallo de mercado conocido como *bienes públicos*, en particular los servicios públicos de salud; funge como

¹⁴ Aquí se habla de instituciones *formales*, es decir, aquellas que tiene su formación en el seno del Estado. De tal que en la actual investigación se prescinde de las instituciones *informales*, es decir, aquellas que tiene su explicación en factores morales o religiosos, o lo que es lo mismo, códigos sociales específicos de un determinado lugar.

soporte teórico para esta investigación. Ahora bien, el Estado Mexicano para corregir este fallo, diseñó en 1943 la institución conocida como Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para dotar de servicios de salud a la clase trabajadora, logrando así conciliar las elecciones individuales (el trabajador) con las elecciones sociales (la clase trabajadora), objetivo crucial en el Neoinstitucionalismo Económico.

De igual manera que la creación y el desenvolvimiento de las instituciones está supeditada a las necesidades de la sociedad, es importante considerar rasgos específicos de la misma y las características que imperan en su sistema económico y político. El capítulo III de esta investigación, provee un contexto para entender aquellos factores económicos que han impactado en la sociedad mexicana para una mayor incidencia de la obesidad entre sus habitantes. Mientras que parte del capítulo IV, hace una revisión de aquellas medidas políticas que impactan en la institución de salud, que representa el IMSS, en lo que respecta a las enfocadas en combatir y controlar la obesidad entre sus derechohabientes.

1.4 La Teoría del Estado de Hermann Heller y la Teoría Política del Estado de Bienestar de Niklas Luhmann.

La Teoría del Estado de Hermann Heller y la Teoría Política del Estado de Bienestar de Niklas Luhmann, hacen una revisión del Estado desde un perspectiva política, es decir, explican la relevancia del Estado en el desenvolvimiento de las sociedades, asignándole al mismo, una serie de funciones y tareas que vienen aparejadas con su condición de representatividad colectiva. La compatibilidad en la explicación de las dos

teorías que hacen del Estado, ha llevado a que ambas estén presentes en este apartado.

La Teoría del Estado de Heller, explica el sentido del Estado dentro de la sociedad, asignándole a éste la tarea de encabezar la organización y activación autónoma de la cooperación social-territorial, fundada en la necesidad histórica de un *status vivendi* común que armonice todas las oposiciones de intereses dentro de una zona geográfica. Para ello, las distintas actividades del Estado tienen una significación objetiva es decir, extensivas para la vida social en su totalidad, que se refleje y sea compatible con la realidad del grupo humano al que se gobierna (Heller,1998: pág. 258-260).

El Estado, a través de la política, hace posible la organización y activación autónoma de la cooperación social en un territorio, es decir, por medio de conexiones que tienen su sustento en leyes relativamente específicas, con una significación para el conjunto de la vida social. Con la política, el Estado, puede hacerse presente en todos los asuntos que competan a la vida en sociedad, manteniéndose una relación de reciprocidad entre ambas. De tal manera que el actuar del Estado, está supeditado a las necesidades de la sociedad, materializando así, la función política del Estado, de ahí que la política transforme tendencias sociales en formas jurídicas (Heller,1998: pág.264).

En el caso específico del Estado como proveedor de servicios de salud, la importancia de que éste se encargue de esta tarea, radica en que es un tema de carácter nacional, es decir, de significación para el conjunto de la vida

en sociedad, dado que la salud es un elemento clave para la vida de cualquier persona o conjunto de ellas, por sus amplias repercusiones en la misma.

La importancia de que el Estado provea servicios de salud, radica en que con el conjunto de instituciones que lo conforman; está en una posición supra ordenada (Heller, 1998: pág. 275), es decir, por arriba de cualquier otra forma de poder y con la facultad de dirigir, conducir y ejecutar políticas que alcancen a la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, además de considerar al Estado como proveedor de servicios de salud, también funge como el ente capaz de llevar a cabo políticas públicas que incidan en este aspecto de la vida de las personas, tal como es revisado en el último capítulo de esta investigación.

Por su parte, Luhmann entiende a la sociedad como un entramado de relaciones amplias y complejas, que derivan en subsistemas tales como el sistema político, el educativo, el religioso, el económico, entre otros. La relación entre los subsistemas con toda la sociedad, está presente a través de la *función específica* (Luhmann, 1997: pág. 258) compatible esto último, con la *función objetiva* del Estado de Heller, es decir, válidos para la vida en sociedad en su conjunto.

El sistema político a través del uso de distintas herramientas tiende lazos de conexión con otros sistemas, como es el caso del sistema económico, que para su funcionamiento da una garantía política, siendo está, el derecho a la propiedad privada; o como el sistema de educativo, que usa como lazo de conexión, el establecimiento de la educación básica obligatoria, además de dotarla de infraestructura. Estos *lazos de conexión*, son referidos por Luhmann

como *prestaciones* (Luhmann, 1997, pág. 277). Las prestaciones del Estado, son conocidas como prestaciones políticas, por lo que para explicar el por qué el Estado debe de brindar servicios de salud, es necesario considerar la prestación política que se refiera a las prestaciones sociales, y en específico a la seguridad social, logrando así, vincular al sistema político con el sistema de salud.

La seguridad social es entendida como “una norma de la política social y económica que trata de producir una redistribución parcial más equitativa de la renta nacional entre las clases sociales. Donde existen metas con cierta definición material que indican logros y comportamientos sociopolíticos concretos” (IMSS, 1997: pág. 25). Para el caso de México, entre las principales áreas de acción de la seguridad social están la salud, las pensiones, la educación, entre otras¹⁵.

De entre las distintas prestaciones que conforman la seguridad social, en esta investigación, sólo es estudiada la prestación de servicios de salud a través del IMSS, ya que esto permite llegar al caso específico de las consultas (un servicio de salud) que brinda esta institución por motivo de obesidad

1.5 Funciones del Estado

Una vez que han sido recogidos los aportes de las distintas teorías revisadas en esta investigación, que motivan (la Teoría del Estado y la Teoría Política del Estado Benefactor), explican y justifican (la Teoría de los Fallos del Mercado y el Neoinstitucionalismo económico) la intervención del Estado como proveedor de servicios de salud, compete enfocar el análisis del Estado al de

¹⁵ Para el caso de México la seguridad social incluye los siguientes ramos: seguro social, salud pública, asistencia social, desarrollo social, educación pública y vivienda.

sus funciones, es decir, aquellos compromisos que vienen aparejados con su condición de representatividad de la población a la que gobierna.

Para motivos de esta investigación, resulta práctico seguir la división de funciones que hace el Mtro. Miguel Galindo¹⁶, la cual consiste en dos tipos de funciones: constitucionales y sociales.

Las funciones constitucionales, son aquellos instrumentos constitucionales que utiliza el Estado para procurar la paz y la armonía social, a través de la aplicación y supervisión de los derechos y obligaciones plasmadas en la carta magna de una sociedad. Mientras que las funciones sociales, requieren una revisión de lo político, ya que ello permitirá entender la función del Estado, como la organización de activación de la cooperación social y territorial (Galindo, 2001: pág.301), materializándose la función social del Estado en su política social. El cuadro 1.6, están indicadas las subdivisiones de cada una de las funciones del Estado.

Cuadro 1.6 Funciones del Estado

Funciones constitucionales	Funciones sociales/ política social
<ul style="list-style-type: none"> • Función legislativa: rigen las relaciones entre el gobernante y los gobernados y de éstos entre sí. • Ejecución y cumplimiento de la constitución. • Provisión de Justicia para la solución de conflictos entre particulares además de órganos públicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La seguridad social. • La redistribución del producto nacional.

Fuente: Elaboración propia con información de Galindo Camacho, Miguel, Teoría del Estado, 4ª edición, Editorial Porrúa, 2001, Toluca, México, pp. 299-302.

¹⁶ Galindo Camacho, Miguel, Teoría del Estado, 4ª edición, Editorial Porrúa, Toluca, México, 2001, pp. 398.

Para el caso de las primeras, es decir, las funciones constitucionales, es muy ilustrativo la revisión que hace la teoría Neoinstitucionalista, al señalar la creación de instituciones por parte del Estado para el cumplimiento de contratos que vayan en consonancia con los términos definidos por las partes involucradas, además del acatamiento de la ley, en este caso, la Constitución.

Las funciones sociales son de suma importancia para esta investigación. La primera de ellas, la *seguridad social*, ya fue explicada con las teorías políticas sobre el Estado. En lo que respecta a la *redistribución del producto nacional*¹⁷, esto inaugura otro pilar de análisis del Estado, ya que permite explicar una mejora en la asignación de recursos, a través de la provisión de bienes públicos, en este caso, servicios de salud. A su vez, la redistribución¹⁸ del producto nacional, reduce la desigualdad, ya que hace posible solventar los servicios públicos en general. El cuadro 1.7 señala los efectos concatenados a la redistribución del producto nacional.

Cuadro 1.7 Redistribución del producto nacional

Objetivo	Instrumento
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la asignación de recursos 	Provisión de bienes públicos Mejorar disponibilidad de información
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la desigualdad de la distribución de la renta 	Redistribución de la renta, a través de asistencia social, salud y educación pública, subsidios y transferencias

Fuente: elaboración propia con información de Ayala Espino, José, *Mercado, elección pública e instituciones. Una revisión de las teorías modernas del Estado*, Miguel Angel Porrúa, México, reimpresión 2ª edición, 2004, pp. 55-58 y Samuelson, Paul A. y William Nordhaus D., *Economía*, España. 15ª edición, 1996, pp.285-288.

¹⁷ La revista *Aregional* describe al IMSS como “la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza” (*Aregional*, 2007, pág. 24)

¹⁸ Es decir, a través de impuestos el Estado define su política de gastos, en los que obviamente se incluye el gasto en salud

A su vez, estos dos puntos permiten vincular la teoría con la realidad, ya que a través de la asignación de recursos, el Estado corrige la insuficiencia del mercado como proveedor de salud, además de promover la redistribución del ingreso y así “preservar la gobernabilidad de la economía” (Ayala, 2000, pág. 57).

El Estado para desempeñar sus funciones se vale de dos instrumentos. El primero es el Gasto Público, es decir, la cantidad de recursos públicos que el Estado eroga para cumplir sus funciones y ejercer sus atribuciones, distribuyéndolo entre las diferentes instituciones encargadas de llevar a cabo esas tareas (CEFP 2006: pág. 19). El segundo, son las Instituciones y Políticas Públicas, que son el conjunto de estrategias y líneas fundamentales de acción a partir de las cuales las instituciones que forman al Estado, hacen frente a los desafíos y problemas de naturaleza pública (PND 2001-2006, 2001, pág. 30).

El Gasto Público, será objeto de estudio del capítulo II, aterrizándolo en el caso en específico del gasto público en salud en México. Mientras que lo referente a Instituciones y Políticas Públicas, son estudiadas en el capítulo IV, donde son presentadas una serie de propuestas para combatir la obesidad desde el espectro político.

1.6 ¿Por qué es Estado debe de brindar servicios de salud?, el caso de las consultas otorgadas por obesidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el D.F., del 2001 al 2007

Una vez definido por qué el Estado debe de brindar servicios de salud, para el caso de México; el Estado dispone del conjunto de instituciones que aglomeradas en el sector salud para atender las demandas de salud entre la población. De entre éstas, la más importante es el Instituto Mexicano del

Seguro Social (IMSS), que ha sido catalogada como la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana, además de ser la principal herramienta con la que cuenta el Estado Mexicano para redistribuir la riqueza (Aregional, 2007: pág. 22).

Esa relevancia del IMSS y el hecho de que es la institución del sector salud que más recursos acapara, además de ser la que mayor número de mexicanos como beneficiarios registra, por ejemplo, tan sólo en 2007 absorbió el 45.2% del gasto público en salud y registró entre sus derechohabientes al 45% de la población nacional; justifican su elección como objeto de estudio de la investigación.

Esta investigación, centra su estudio en específico al caso del D.F., ya que aquí, el IMSS registró el mayor número de consultas demandadas en medicina familiar y especialidades por motivos de obesidad a nivel nacional para el periodo del 2001 al 2007. El hecho de que sólo sean estudiadas las consultas en medicina familiar y especialidades, tiene su explicación en que es la única estadística de que dispone el IMSS en tipos de atención médica para obesidad, es decir, no existen otras estadísticas de medicina u operaciones que sean imputables a esta enfermedad.

La elección del periodo de estudio del 2001 al 2007, radica en que en el 2001, entró en funcionamiento el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), encargado de recopilar y estandarizar la información de todo el sector salud, permitiéndole a esta investigación disponer de información estadística a partir de ese año; mientras que 2007, representa el

último año en que el IMSS contaba con estadística de consultas otorgadas por obesidad, al momento de definir el tema.

Finalmente, otro elemento importante de ubicar la investigación en el D.F., es para distinguir como su dinámica y sus características urbanas juegan un rol importante, para permitir que se desarrolle obesidad entre sus habitantes.

CAPÍTULO

II

SECTOR Y

GASTO PÚBLICO

EN SALUD

2.1 El sector público y el gasto público

Antes de estudiar al sector y gasto público en salud, resulta pertinente revisar estos mismos elementos pero en términos generales, es decir, el sector público y el gasto público, y después con los señalamientos pertinentes aterrizar el estudio de los mismos para el ramo de salud.

Los conceptos de sector público y gasto público, están ampliamente vinculados; ya que el funcionamiento de cada uno de ellos es ejercido en su similar, es decir, es a través del gasto público que el sector público dispone de recursos para su funcionamiento, pero es el mismo sector público quien define la cuantía del gasto público, objetivos, montos y direcciones del mismo. Sin embargo, el entendimiento de ambos, no se limita a una explicación tan simple, ya que, entre los dos conceptos media una serie de normas, leyes, trámites, evaluaciones y demás requerimientos para su relación, pero que al generalizarlas se insertan en el concepto de Estado, abordado en el capítulo anterior.

La importancia de estudiar al Estado desde el sector público y el gasto público, es para continuar con la línea trazada en el capítulo I, a decir de los dos instrumentos de los que dispone el Estado para desempeñar sus funciones, las Instituciones y Políticas Públicas y, el Gasto público.

2.1.1 Sector público

Respecto al primer punto, es decir, las Instituciones y Políticas Públicas, y conforme a lo asentado en la teoría Neoinstitucionalista, que concibe al Estado como un conjunto de instituciones, se dilucida el lazo conector entre la

teoría y la realidad, ya que el conjunto de estas instituciones están materializadas en la perspectiva empírica, en el sector público.

El sector público es entendido como la aglomeración de todos los departamentos, secretarías de gobierno, corporaciones y empresas públicas, cuya titularidad está supeditada al Estado (Aranovich, 1983: pág. 35). A su vez el sector público es el ente formal para tomar decisiones que trasciendan a los grupos privados y al mercado, de tal manera que puede intervenir de manera importante en el devenir económico y social del país (Ayala, 2001: pág. 25).

El cuadro 2.1, contiene las principales demandas que debe atender el Estado y, la respuesta del sector público ante ellas.

Cuadro 2.1 Principales tareas del sector público

<i>Demanda</i>	<i>Respuesta del sector público</i>
Organización gubernamental	Mantiene y adapta la creación de políticas e implementa agencias públicas.
Unidad nacional	Atenúa o evita las tendencias al elitismo y fragmentación subcultural.
Desarrollo económico	Mantenimiento o recuperación del crecimiento, apoyo a la inversión y al ahorro.
Estabilidad económica	Combinación satisfactoria en proporción al incremento de la inflación, mantenimiento de la balanza de pagos y el empleo.
Bienestar social	Abrir oportunidades de empleo, salud, educación, vivienda y proyección a los grupos vulnerables.
Participación	Responde a las demandas de la participación popular, estatus racial, étnico, grupo de sexo y edad.
Calidad de la vida	Preservar la calidad de la vida en zonas urbanas, proteger contra el deterioro ambiental, favorecer la cultura plural y tolerante.
Política exterior y de seguridad nacional de	Defender la soberanía, resolución pacífica de controversias internacionales, desarrollo del libre comercio, libertades migración y respeto a los derechos humanos.

Fuente: Extraído de Ayala Espino, José, Economía del sector público mexicano, Editorial Esfinge, México, D.F., 1ª edición, 2001, p. 28.

Como revela el cuadro 2.1, son ampliamente heterogéneas las demandas que debe encarar el sector público, y de igual manera son muy variadas sus respuestas. Es un hecho que una institución tendrá por misión defender la soberanía nacional, mientras que otras de forma particular se velarán por promover la estabilidad económica o la política exterior.

El desempeño de cada una de las estructuras que conforman el sector público no funciona de forma aislada, es decir, aunque tienen una tarea en específico, están prestas para cooperar o reforzar el trabajo del resto del sector. Por ejemplo, el departamento ambiental de cualquier Estado, a través de políticas que promuevan el mayor uso y eficiencia del transporte público, en defensa del medio ambiente; está colaborando de una u otra forma con aspectos como el desarrollo económico, al hacer más eficientes las vías de transporte; o el bienestar social¹⁹, ya que una menor emisión de gases por automóviles, resulta benévolo para la salud de quienes solían respirar mayores cantidades de aire contaminado.

Este carácter heterogéneo de las respuestas del sector público, hace necesaria una división en la que a cada estructura se le otorgue un orden jerárquico y la demanda que debe de encarar. Entre las ventajas que acarrea esta división, está el hecho de identificar a qué segmento de la población ha de servir, qué políticas públicas son necesarias elaborar y aplicar para un mejor funcionamiento, la especialización en la tarea que desempeñe e identificar

¹⁹La actual investigación se enfoca a un estudio de sector público, en lo que respecta, a la facultad de éste para prestar servicios de salud, bajo la concepción de la importancia económica que tiene tanto las condiciones de salud de la sociedad, pero principalmente; los gastos en los que incurre el Estado en la atención médica por obesidad.

áreas estratégicas del sector público en función de las necesidades en particular que requiera la sociedad en un momento específico.

Lo señalado en el párrafo anterior va en consonancia con lo asentado en la teoría del Estado de Heller, ya que el bagaje de instituciones que han de conformar el sector público, buscará la cooperación y conciliación de las distintas oposiciones de interés insertadas en el tejido social, y así promover la organización social territorial. Asimismo, el sector público al ser un conjunto de instituciones, verá en la dinámica y las demandas de la sociedad, las señales para desactivar o crear nuevas instituciones, tal como lo marca la teoría Neoinstitucionalista, al describir a las instituciones como creaciones de la sociedad para responder a los retos que la misma atraviesa en un determinado lapso temporal.

Para el caso de México, el sector público para cumplir sus diversas tareas está dividido en tres grandes categorías que incluyen al *Gobierno General*, el cual contiene al gobierno federal, los gobiernos estatales y municipales y la seguridad social; el *Sector Paraestatal* que aglutina a las empresas públicas y, el *Sector Público Financiero*, formado por los organismos financieros del Estado (Ayala, 2001: pág. 28).

Cada una de las instituciones que conforman el sector público tiene una función en específico, como por ejemplo, el Gobierno Central es la máxima autoridad encargada de llevar políticas de alcance nacional, además de perseguir el cumplimiento de la Constitución Política; mientras que del lado del *Sector Público Financiero*, el Banco de México (Banco Central), tiene por función principal, velar por el poder adquisitivo de los mexicanos. El cuadro 2.2,

señala algunas de las instituciones más representativas, para cada una de las divisiones del sector público mexicano.

Cuadro 2.2 Organización del sector público en México

Gobierno general	Sector paraestatal	Sector público financiero
Gobierno Federal (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) y sus Secretarías de Estado	Petróleos Mexicanos (PEMEX)	Banco Central: Banco de México(BANXICO)
Gobiernos estatales y municipales (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) y sus respectivas Secretarías.	Comisión Federal de Electricidad (CFE)	Banca de Desarrollo: Banco Nacional del Ejército y la Armada(BANJERCITO)
Seguridad Social Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Luz y Fuerza del Centro	Banco Nacional de Comercio Exterior(BANCOMEXT) Nacional Financiera(NAFIN)

Fuente: Elaboración propia con información de López Olguín, Manuel, *El sistema financiero mexicano*, pp.30, 45.

Si bien, la estructura y el número de instituciones que conforman el sector público en México es muy variada y amplia y, no queda reflejada en su totalidad en el cuadro 2.2, éste es lo suficientemente funcional para señalar al segmento del sector público de la *Seguridad Social*, del cual forma parte el IMSS, objeto de estudio de la actual investigación; el cual es revisado de forma integral en los próximos apartado. Sin embargo, para completar el estudio de los instrumentos con los que cuenta el Estado para cumplir sus funciones, es necesario abordar el presupuesto público, también conocido como gasto público, desarrollado en el próximo apartado.

2.1.2 Gasto Público

El presupuesto público o gasto público junto a las instituciones y las políticas públicas son los instrumentos de los que dispone el Estado para

realizar sus funciones. El gasto público es una herramienta de intervención directa, ya que la cuantía o el monto de gasto destinado a cierta actividad, se verá reflejada de forma explícita, ya sea a través de un subsidio al transporte, la adquisición de camas para un hospital o la mayor contratación de personal para la seguridad pública.

El gasto público es la cantidad de recursos públicos que el Estado decide erogar durante un período determinado, generalmente un año, para cumplir con sus funciones y ejercer sus atribuciones, distribuyéndolo entre las diferentes instituciones y organismos encargados de llevar a cabo esas tareas, las cuales son realizadas por lo general en arreglo a los planes y programas gubernamentales correspondientes con determinadas políticas públicas (CEFP, 2006: pág. 19). A su vez el gasto público es el más poderoso de los instrumentos de los que dispone el Estado para influir en la asignación y distribución de los ingresos, y en la estabilización de la economía (Ayala, 2001: pág. 141).

El gasto público es el producto de un conjunto de elecciones o decisiones para determinar que bienes y servicios han de producirse o adquirirse (Lee y Johnson, 1977: pág. 54).

Para el caso específico de México, en lo que respecta al gasto público; el Estado Mexicano cuenta con el Presupuesto de Egresos de la Federación, que a *grosso* modo es el plan de gasto que anualmente diseña el Ejecutivo y aprueba el Legislativo, para definir las direcciones y cantidades de recursos a las distintas dependencias del gobierno para el cumplimiento de los programas de cada una de ellas, previamente definidas en el Plan Nacional de

Desarrollo²⁰, con la intención de alcanzar los objetivos (políticos, económicos, sociales, etc.) esgrimidos en él (Aregional, 2008, pág. 66).

El gasto público muestra las prioridades en la agenda nacional y las demandas más latentes en el país, además de ser una importante herramienta del Estado para ejecutar la redistribución del ingreso, captando de las personas que cuentan con más recursos, para canalizarlos a los que menos tienen y así promover la justicia social, objetivo primordial de cualquier Estado. El cuadro 2.3 enlista los principales usos del gasto público.

Cuadro 2.3 Principales usos del gasto público

<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar servicios educativos y de salud. • Construir carreteras y viviendas. • Apoyar el desarrollo del campo. • Generar y distribuir electricidad. • Garantizar soberanía y seguridad nacional. • Procurar e impartir justicia • Desarrollar actividades legislativas. • Transferir recursos a los estados y municipios. • Sostener relaciones con otros países. • Atender el costo financiero de la deuda.

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Es muy diverso el tipo de actividades que el gasto público financia, lo que ha llevado a muy distintas formas de clasificarlo. Para esta investigación resulta útil la clasificación *funcional*²¹, que empieza a utilizarse en México

²⁰ El Plan Nacional de Desarrollo contiene los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades del desarrollo del país, además presenta las previsiones de recursos asignados a tales fines y se determinan los instrumentos y los responsables de su ejecución. Asimismo, se establecen los lineamientos globales, sectoriales y regionales de la política (Aspe, 2007: pág. 25). El Plan Nacional de Desarrollo y Plan Sectorial de Salud, son revisados de forma más profunda en el capítulo IV.

²¹ Son cuatro las clasificaciones del gasto público: programática, administrativa, funcional y económica. Para una mayor revisión véase:

desde 2003; la cual divide al gasto público por tipo de funciones públicas y oferta de bienes públicos (CEFP, 2006: pág. 29). Éste último concepto, ampliamente mencionado en el marco teórico, al estudiar los *Fallos del Mercado*, y justificar la intervención del Estado como proveedor de bienes públicos, ante la incapacidad o la falta de incentivos por parte del mercado para generarlos.

El cuadro 2.4 señala las distintas funciones en que es dividido el gasto público y cada uno de los apartados que cubre, según la clasificación funcional.

Cuadro 2.4 División del gasto público según clasificación funcional

Función de desarrollo social	Función de desarrollo económico	Función de gobierno
<ul style="list-style-type: none"> • Educación • Salud • Seguridad Social • Urbanización, vivienda y desarrollo regional • Agua potable y alcantarillado 	<ul style="list-style-type: none"> • Energía • Comunicaciones y Transportes • Desarrollo Agropecuario y Forestal • Temas Laborales • Temas Empresariales • Servicios Financieros • Turismo • Ciencia y Tecnología • Temas Agrarios • Desarrollo Sustentable 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración Pública • Gobernación • Soberanía • Relaciones Exteriores • Hacienda • Orden, Seguridad y Justicia • Protección y Conservación del Medio Ambiente y los Recursos Naturales • Regulación y Normatividad • Otros bienes y Servicios Públicos • Legislación

Fuente: Extraído de Centro de Estudio de las Finanzas Públicas, H. Cámara de Diputados, Manual de Presupuestos de Egresos de la Federación, Serie de Cuadernos de Finanzas Públicas, No. 16, Octubre 2006, México, p. 26.

Para motivos de esta investigación, sólo es revisado el gasto en función de *desarrollo social*, ya que resulta compatible con el marco teórico, en lo que respecta a la aportación de Luhmann, al señalar las *prestaciones*, y en este caso las *sociales*; además de lo indicado en la teoría de los *Fallos del*

Mercado, que justifica al Estado como proveedor de bienes públicos como la educación y la salud, ambos contemplados en la función del *desarrollo social*, cuyo gasto es conocido como *gasto social*.

El gasto social es el que el gobierno destina para brindar a las personas iguales oportunidades para mejorar sus condiciones de vida, y para aumentar el bienestar general de la sociedad, a través del financiamiento de servicios sociales básicos como lo son la educación, vivienda, deportes, salud, entre otros (Aspe, 2007: pág.38). La porción del gasto social destinada a la salud es objeto de estudio del siguiente apartado, cuando se revise el gasto público en salud y al sector salud.

2.2 Sector salud y gasto público en salud

De igual manera que en el apartado anterior, se estudió primero el sector público para después continuar con el gasto público; en esta sección es revisado primeramente el sector público de salud, segmento del sector público que se encarga de brindar servicios de salud; para después continuar con la revisión del gasto público en salud; porción del gasto público enfocado a solventar los costos de los servicios de salud.

2.2.1 Sistema Nacional de Salud

Un sistema de salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de los miembros de la sociedad (OMS, 2008). A su vez, la misma OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no consiste solamente, en una ausencia

de enfermedad o dolencia (citado por Morichau, 1971: pág. 7), es decir, un estado óptimo de salud que le permita al individuo cumplir sus responsabilidades dentro de la comunidad y disfrutar en plenitud de los goces normales de la existencia (IMSS, 1997: pág.33).

Desde la perspectiva de la OMS, son tres los objetivos básicos y finales de cualquier sistema de salud: mejorar la salud de la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y, garantizar la seguridad financiera en materia de salud (OMS, 2008).

El sistema de salud es un organismo complejo; que si bien tiene como objetivo principal mejorar la salud de la población, también debe de velar que la aplicación y alcance de éste sean en un marco equitativo, además de darle espacio de maniobra económica, es decir, procurar su seguridad financiera. Para realizar todo esto, el sistema de salud necesita personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general, para obtener la máxima eficiencia de los recursos que posee (OMS, 2008).

Cualquier sistema de salud, tiene como objetivo principal prestar servicios de salud, sin embargo, esta meta no trabaja de forma aislada o sin estrategia alguna que expliquen su dinámica. Este objetivo se ve respaldado por las cuatro funciones básicas del sistema de salud, señaladas en el cuadro 2.5.

Cuadro 2.5 Funciones básicas del sistema de salud

Función	Contenido	Especificaciones
Rectoría	El Gobierno Federal diseña y emite marcos normativos y de regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios que tienen impacto sobre la salud.	*Definición y conducción de políticas de salud. *Generación y operación de los sistemas de información de salud para su evaluación y toma de decisiones
Prestación de servicios de salud a la persona	Procesos asociados a acciones de salud otorgados en las unidades médicas. Interacción directa del médico o el personal paramédico con el paciente, en las unidades médicas.	Servicios otorgados: *Preventivos *Diagnósticos confirmatorios aplicados a la persona en las unidades de salud *Curativos *Paliativos *Rehabilitación y limitación del daño
Prestación de servicios de salud a la comunidad	Procesos asociados a acciones de salud colectivos. Se caracterizan por estar dirigidos a la población en su conjunto, independientemente de su condición de afiliación, así como por estar dirigidos a grupos de población o colectivos, no a personas en lo individual, y por ser bienes públicos.	Servicios otorgados: *Ambientales *De regulación, incluyendo el control sanitario de bienes y servicios y la instrumentación del marco regulatorio de la atención a la salud *Vigilancia epidemiológica *Atención de desastres *Educación/promoción para la salud
Generación de recursos para la salud	Acciones con impacto en la salud, infraestructura, capacitación al personal en salud y a la población, investigación y desarrollo.	Servicios otorgados: *Infraestructura y equipamiento (enfocados a la investigación y servicios de salud) *Formación de capital humano *Investigación y desarrollo tecnológico *Producción de otros bienes para la salud (ejemplo: vacunas, prótesis)

Fuente: Elaboración propia con información de Vázquez, VM., Merino MF, Lozano R., *Las cuentas en salud en México 2001-2005*, México, D.F., Dirección general de Información de Salud, Secretaría de Salud, 2006, p 17 y Merino Juárez MF, Alarcón Gómez M, Lozano Ascencio R, *Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*, México, D.F., Dirección general de Información de Salud, Secretaría de Salud, 2004, pp. 33-34, 37-38.

El cuadro 2.5, brinda a esta investigación una referencia conceptual para el estudio de los próximos apartados, como por ejemplo la función que se refiere a la *Rectoría*, vuelve a colocar al Estado como máximo garante en la organización y ejecución de los servicios de salud, a través de las unidades médicas para el combate de enfermedades como puede ser la obesidad, en el seno del IMSS. Por otra parte, las *prestaciones de servicios de salud a la comunidad*, son estudiadas en el capítulo IV, cuando es revisado el programa

de salud pública *Vamos por un millón de kilos*, enfocado a combatir la obesidad a nivel nacional a través de la educación e implementación de hábitos de vida sanos.

La función de *Rectoría*, incluye aquellos aspectos de carácter normativo, es decir, aquel conjunto de leyes y normas que conforman el sustento legal para respaldar el *derecho a la protección de salud*, que para el caso de México se reglamenta en la Ley General de Salud y; en la Constitución Política Mexicana que dedica partes de sus artículos 4, 73 y 123²².

Constitucionalmente son responsables de la salud pública, con facultades correspondientes en la materia; el Gobierno Federal, por medio de la Secretaría de Salud y, los gobiernos estatales y municipales (Bustamante, et al, 1984, pág. 29).

La forma que tiene el Estado Mexicano de hacer válido el derecho a la protección de salud, es a través del sector público de salud, una de las dos partes que conforman el Sistema Nacional de Salud, mismo que se completa con el sector privado²³. Dichos sectores son las principales fuentes de financiamiento y atención médica para la población mexicana (Vázquez, et al, 2006: pág. 19).

²²A modo explícito establecen: Artículo 4 (Derecho a la salud), toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud. Artículo 73 en su sección XVI, otorga al Congreso la facultad para dictar leyes sobre salubridad general de la República. Artículo 123 en su sección XI, al señalar acceso a la seguridad social (Carbonell, 2007: págs. 10, 75,169).

²³ Que aglomera a todas las instituciones y unidades médicas que no pertenecen o no son controladas por el Estado, sin importar si persiguen o no fines de lucro.

El sector público de salud suple y complementa al sector privado (Ayala, 2001: pág. 535), como sostiene la Teoría de los Fallos del Mercado, al indicar la necesidad de la intervención del Estado en aquellos aspectos en que el mercado se vea incapacitado o no resulte equitativo.

Continuando con el estudio del sector público, y en este caso el sector público en salud, éste está conformado por las instituciones señaladas en cuadro 2.6, que además incluye al tipo de *beneficiarios*²⁴ a la que cada una atiende.

Cuadro 2.6 Sector público en salud en México

<i>Instituto</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Condición del beneficiario</i>
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Trabajadores del sector formal de la economía	Asegurado
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Servidores públicos	Asegurado
Petróleos Mexicanos (PEMEX)	Trabajadores de PEMEX	Asegurado
Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)	Miembros de la SEDENA	Asegurado
Secretaría de Marina (SEMAR)	Miembros de la SEMAR	Asegurado
Servicios Estatales de Salud	Residentes de una entidad federativa en específico	Asegurada/ No asegurada
Secretaría de Salud (SSA)	Población en general	No asegurada

Fuente: Elaboración propia con información de Vázquez, VM., Merino MF, Lozano R., *Las cuentas en salud en México 2001-2005*, México, D.F., Dirección General de Información de Salud, Secretaría de Salud, 2006, pp. 19-20.

Es con el sector público de salud, que el Estado puede completar las funciones del sistema salud, ya que, en el seno de las instituciones que lo conforman, es donde se lleva a cabo la atención a los pacientes, la promoción y diseño de programas de salud, además de realizar la investigación que favorezca a mejores servicios de salud.

²⁴ Los *beneficiarios*, son aquellas personas que reciben los bienes y servicios que produce el sistema de salud (Vázquez, et al, 2006, pág. 17).

El cuadro 2.6, agrega un nuevo concepto a la investigación, es decir, la condición del beneficiario. Ésta queda definida, por el instituto que le brinda servicios o al cual está adscrito. El IMSS, el ISSSTE, PEMEX, la SEDENA y la SEMAR brindan a sus derechohabientes acceso a la seguridad social (Vázquez, et al, 2006: pág. 18).

El hecho de que una persona no esté inscrita a uno de los institutos que brindan seguridad social, no significa que este privada del derecho a recibirla. Para ello el Estado Mexicano se vale de otras de sus instituciones para ampliar los servicios que puedan derivar de la seguridad social, como es el caso de la Secretaría de Educación Pública, que se encarga de garantizar educación gratuita a los mexicanos; o el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), encargado de brindar asistencia social en México.

Para motivos de esta investigación, resulta primordial el apartado de seguridad social en lo respecta a servicios de salud, ya que, esto permite dimensionar las desventajas económicas que acarrea el combate a enfermedades que padecen amplios segmentos de la sociedad mexicana (para esta investigación, la enfermedad referida es la obesidad), sin dejar de considerar que una ampliación en los servicios públicos de salud, no significa más gente enferma, sino una mayor preocupación por parte del Estado por mejorar los niveles de vida de sus gobernados. El cuadro 2.7, muestra como se ha ido ampliando el número de beneficiarios de los servicios públicos en salud en México del 2001 al 2006.

**Cuadro 2.7 Población asegurada en instituciones públicas de salud
(miles de personas)**

Periodo	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	ESTATAL	S. Popular
2001	58 929	45 872	10 237	665	511	213	1 432	ND
2002	59 295	46 199	10 304	676	536	208	1 373	ND
2004	60 064	41 243	10 457	690	677	210	1 469	5 318
2005	69 314	44 961	10 602	708	ND	201	1 437	11 405
2006	76 834	47 918	10 799	712	ND	197	1 535	15 672

Nota: Para 2003 no se dispone de información. El Seguro Popular entra en vigor en 2004.

Fuente: Extraído del Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 2007, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

La importancia de estudiar la evolución de la población asegurada comenzando con el 2001, radica en el hecho, de que a partir de esa fecha entra en funcionamiento el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), que estandariza y homogeniza la estadística en salud, facilitando así el acceso a la información del sector salud.

Del 2001 al 2006, la cobertura de población asegurada creció alrededor del 30%; estando así por encima de la tasa de crecimiento de la población, que osciló por arriba del 5%, para el mismo periodo. Esto explicable en gran medida, por la implementación en 2004 del Seguro Popular en la administración del presidente Vicente Fox. De tal manera que en 2001, antes de la entrada en vigor de este programa, se registraba que alrededor de 61% de la población estaba afiliada a alguna institución pública de salud, mientras que para el 2005, ya en marcha el Seguro Popular; la población asegurada a nivel nacional alcanzó un 67%, es decir, un millón de mexicanos más, aunque no hay que descartar que este crecimiento de la cobertura, también se debió a una ampliación de los beneficiarios de las otras instituciones.

Finalmente, la explicación básica de la relevancia del Estado en la provisión de servicios de salud tiene su origen y relevancia, en la preocupación por las consecuencias de la desigualdad, ya que es función esencial de cualquier Estado, proporcionar asistencia médica adecuada a cualquier individuo, sin importar el nivel de su renta (Stiglitz, 1988: 317).

2.2.2 El gasto público en salud

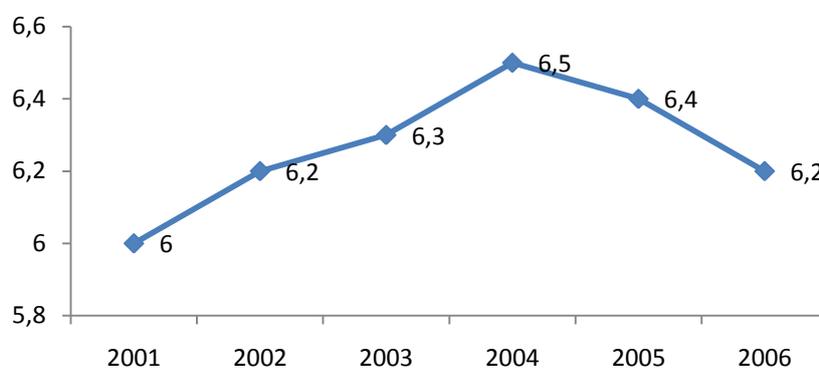
El gasto en salud son “todas las erogaciones de las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, el mantenimiento, el mejoramiento y la protección de la salud en un país o entidad federativa durante un periodo de tiempo definido”(Vázquez, et al., 2006: pág. 7), es decir, el gasto en salud es el presupuesto ejercido en las actividades arriba aludidas, independientemente de quien las financia o solvente.

La importancia del gasto en salud, radica en que es una inversión en capital humano, ya que contribuye a que las personas alcancen mejores condiciones de vida, contribuyendo al crecimiento económico del país, ya que la salud es un componente clave, para el desarrollo integral de las personas (Ayala, 2001: pág. 535).

La proporción del gasto que dedica la economía de un país, para encarar los costos de la salud, refleja la importancia asignada a la salud en la agenda nacional, además de que guarda una relación directa con el desarrollo económico, de manera que, a mejores niveles económicos corresponden mayores recursos para la salud (González, 2003; Martínez, 2003; Yáñez, 2003: pág. 81). Para el caso de México, es decir, una economía en desarrollo; el

gasto en salud como proporción al Producto Interno Bruto (PIB) de 2001 al 2006, se evidencia en la gráfica 2.1.

Gráfica 2.1 Gasto en salud en México como porcentaje del PIB, 2001-2006



Elaboración propia con información de la Organización Mundial de la Salud²⁵

La gráfica 2.1 muestra el comportamiento del gasto en salud como porcentaje, el cual ha sido muy pequeño, ya que de 2001 al 2006, sólo creció 0.02 puntos porcentuales, dado que en 2001 registró un 6%, mientras que en 2006, alcanzó 6.2% (lo que implicó un incremento promedio anual de alrededor de 27.908 mil millones de pesos). Por otra parte, el 2004, es el año en mayor proporción del PIB es enfocada a salud, con un 6.5%, resultado de la entrada en vigor del Seguro Popular. La tendencia general del gasto en salud como porcentaje PIB, prácticamente es constante. Lo que resulta entendible, ya que, en el mismo periodo, el crecimiento promedio anual del PIB rondó entre el 4%.

En México el gasto en salud está dividido en dos, el gasto público en salud²⁶ que es el que dedica el Gobierno Federal a través de sus distintas

²⁵ La información fue extraída de la página de la OMS <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=%5bIndicator%5d.%5bHSR%5d.Members>, consultada el 16 de agosto de 2009 a las 17 hrs.

dependencias del sector salud para brindar servicios de salud y, el gasto privado²⁷, que son los desembolsos que hacen las familias en el cuidado de su salud²⁸ (Vázquez, et al, 2006: pág. 11).

El gasto público en salud, es el que ejerce y distribuye el Estado Mexicano a través de las distintas partes que conforman el sector público de salud en México (ver cuadro 2.6), cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, el mantenimiento, el mejoramiento y la protección de la salud en un país o entidad federativa durante un periodo de tiempo definido. A diferencia del gasto en salud como proporción del PIB, que en el periodo 2001 al 2005 osciló entre 6 y 6.4%, respectivamente; el gasto público en salud como proporción del gasto público total alcanzó para 2005 el 12.5%(OMS, 2008), colocándose como uno de los ramos a los que más recursos se le asigna, junto a la educación y, la agricultura, ganadería y desarrollo rural (SHCP, 2005).

El gasto público en salud en México ha mantenido una tendencia a la alza, como un esfuerzo del Estado para atender las necesidades en materia de salud por parte de la población y así solventar la atención de una mayor cantidad de gente que hace uso del sector público de salud, además del mayor gasto en el combate a enfermedades que atañen a grandes segmentos de los

²⁶ El gasto público en salud, se financia principalmente de dos fuentes: el presupuesto federal, que capta vía impuestos e ingresos de paraestatales, además de las contribuciones a la seguridad social (González, 2003; Martínez, 2003; Yáñez, 2008, pág. 83).

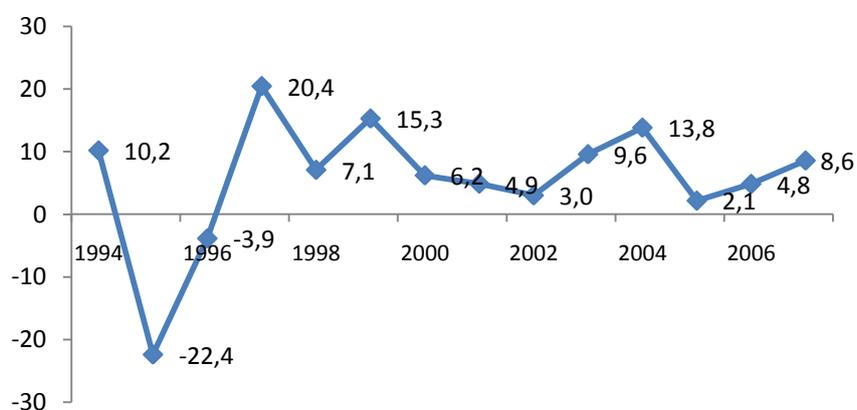
²⁷ Para motivos de esta investigación, se prescinde del gasto privado, no porque no se le considere importante, sino por las delimitantes del objeto de estudio, es decir, el IMSS, perteneciente al sistema público de salud. Para una mayor revisión del gasto privado en salud, consúltese: Vázquez, VM., Merino MF, Lozano R., *Las cuentas en salud en México 2001-2005*, México, D.F., Dirección general de Información de Salud, Secretaría de Salud, 2006, pp. 60.

²⁸ El gasto privado se financia a través del pago que hacen las familias en salud, mismo que se divide en dos: prepago privado, que es el pago a las compañías aseguradoras; y el pago de bolsillo, que es el que se ejerce en el momento de necesitar el servicio de salud (González, 2003; Martínez, 2003; Yáñez, 2008, págs. 83-84).

mexicanos, volviéndose problemas de salud pública, tales como, el VIH, la diabetes y la obesidad.

La gráfica 2.2 muestra las diferentes tasas de crecimientos del gasto público en salud en México de 1994 al 2007, permitiendo registrar la última gran crisis económica que ha sufrido el país, es decir, en 1994, hasta el 2007, año que corresponde al primer año de la presidencia de Felipe Calderón.

Gráfica 2.2 Crecimiento porcentual del Gasto público en salud 1994-2007



Fuente: Elaboración propia con información del Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUEANTAS)

De acuerdo con la gráfica anterior, los años de 1995 y 1996, es donde están registradas las mayores caídas en el gasto público en salud, ya que existe un decrecimiento de 22.4 % de 1995 respecto al año que le precede, mientras que para 1996 el decrecimiento fue menos pronunciado, con un 3.9%; todo esto producto de la crisis económica que padece el país a finales de 1994, lo que provocó una contracción del PIB de alrededor del 15% para 1995.

A partir de 1997, ya con los efectos de la crisis menos notables; comienza crecimientos sostenidos del gasto público en salud para el resto del periodo, destacando el año de 2004, cuando el gasto público en salud alcanzó aproximadamente 257,698 millones de pesos, lo que representó el mayor

gasto público en salud como porcentaje del gasto público total para todo el periodo al registrar un 12.9% (OMS, 2008), explicable por la entrada del Seguro Popular. Para el primer año del sexenio de Felipe Calderón el gasto público en salud rondó aproximadamente en 299.483 millones de pesos, siendo la mayor cuantía de recursos para todo el periodo; gracias a la implementación de seguro social para todos los mexicanos nacidos en este sexenio, entre otras.

El gasto público en salud en México, independientemente de la institución que lo ejerza, está dividido en cuatro partes (como lo indica el cuadro 2.8), en consonancia con las cuatro funciones del sistema de salud: Rectoría, Prestación de servicios a la salud, Prestación de servicios a la comunidad y Generación de recursos para la salud.

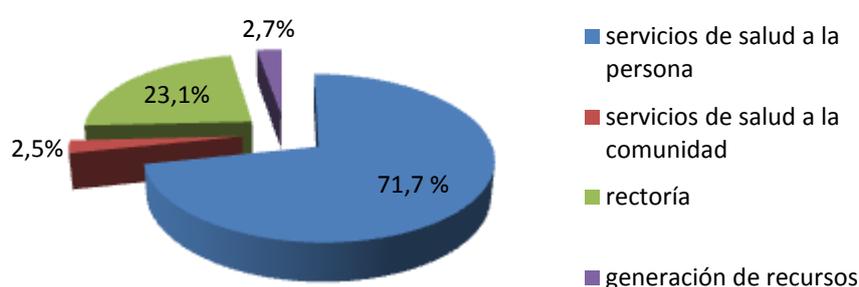
Cuadro 2.8 División del gasto público en salud en México

<i>Gasto</i>	<i>Se gasta en</i>	<i>Se usa para</i>
Rectoría	Diseño de normas y programas para la regulación y revisión de los servicios de salud.	*Administración, operación y apoyo a los fondos y recursos de seguridad social * Infraestructura y equipo
Prestación de servicios de salud a la persona	Interacción directa del médico o el personal paramédico con el paciente, en las unidades médicas.	*Servicios Médicos: Preventivos Curativos Paliativos *Rehabilitación y limitación del daño
Prestación de servicios de salud a la comunidad	Programas y servicios a la población en su conjunto, independientemente de su condición de afiliación,	*Campañas de salud *Educación/promoción para la salud
Generación de recursos para la salud	Infraestructura, investigación y desarrollo capacitación al personal en salud.	*infraestructura y equipo (enfocados a la investigación y servicios de salud) *Formación de capital humano *Investigación y desarrollo

Fuente: Elaboración propia con información de Vázquez, VM., Merino, Las cuentas en salud en México 2001-2005, México, D.F., , SSA, 2006, p 30 y Merino Juárez MF, Alarcón Gómez M, Lozano Ascencio R, Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, México, D.F., , SSA, 2004, varias páginas.

La clasificación del gasto en salud resulta de gran utilidad para saber en qué, cómo y hacia dónde se dirigen los recursos que el Estado proporciona a la salud. Para 2007, la composición del gasto público en salud para la población asegurada a nivel nacional, según sus diferentes divisiones, se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 2.3 División del gasto público en salud para la población asegurada²⁹ a nivel nacional, 2007



Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Nacional de Información en Salud, "Recursos financieros", Boletín de información estadística, Secretaría de Salud, México, no. 27, vol. IV, 2007.

Es el gasto enfocado a servicios de salud a la persona el que concentra la mayor cantidad del gasto en salud para población asegurada en 2007, dado que registró un 71.7%. Por lo tanto, es en la atención directa al derechohabiente donde se consumen gran parte de los recursos del sector salud, es decir, en la provisión médica y tratamiento a enfermedades, como puede ser la obesidad o de enfermedades relacionadas. Le sigue el gasto en rectoría, con un 23.1 %, que podría describirse como un gasto administrativo; después el gasto en generación de recursos con un 2.7% y, finalmente el gasto en servicios de salud a la comunidad con 2.5%, que indica el esfuerzo del sector salud para impactar en la educación en salud de los mexicanos

²⁹ Incluye el gasto del IMSS, ISSSTE y PEMEX

2.2.3 Gasto en salud público por ramo

Una es la forma de dividirse del gasto público en salud, pero otra es la manera en que es distribuido, es decir, la proporción del gasto que se le asigna a cada uno de las instituciones que conforman el sector público en salud, que está en función de las necesidades de cada una de las dependencias, considerando el volumen de gente que atiendan o los programas que lleven a cabo. La distribución, según institución están señaladas en el cuadro 2.9.

Cuadro 2.9 Distribución del gasto en salud por institución

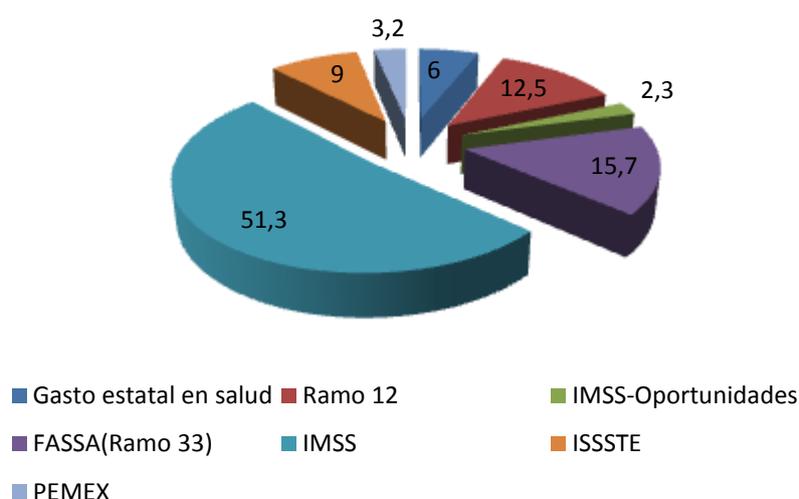
Gasto	Contenido/Dirección
Gasto Ramo 12	*Transferencias a las entidades federativas a través de programas nacionales de salud y a las Unidades Centrales de la SSA y a los organismos descentralizados(Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales), para la atención de alta especialidad. *Incluye el Seguro Popular
Gasto IMSS-Oportunidades	*Financiado con recursos del gobierno federal y administrado por el IMSS *Atiende a casi once millones de personas (2008) en condiciones de marginación en zonas rurales del país
Gasto Ramo 33	*Parte del Ramo 33, enfocado a la salud, conocido como Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud(FASSA) *Recursos para servicios personales, transferidos a las entidades federativas
Gasto estatal	*Gasto en salud efectuada por los estados *Recursos para brindar servicios de salud en general
Gasto IMSS	*Gasto ejercido por el Instituto Mexicano del Seguro Social *Provisión de servicios de salud *Seguridad Social
Gasto ISSSTE	*Gasto ejercido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado *Provisión de servicios de salud *Seguridad Social
Gasto PEMEX	*Gasto en salud de Petróleos Mexicanos *Provisión de servicios de salud *Seguridad Social

Fuente: *Elaboración propia con información* Vázquez, VM., Merino MF, Lozano R., *Las cuentas en salud en México 2001-2005*, México, D.F., Dirección general de Información de Salud, Secretaría de Salud, 2006, pp. 14-18. Centro de Estudio de las Finanzas Públicas, H. Cámara de Diputados, *Manual de Presupuestos de Egresos de la Federación*, Serie de Cuadernos de Finanzas Públicas, No. 16, Octubre 2006, México, p.33 e "Instituto Mexicano del Seguro Social", *Aregional.com*, México, No. 1, Año 9, 2007, p. 24.

En lo que respecta al gasto del Ramo 12, a la parte del Ramo 33³⁰ enfocada a la salud, conocida como Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud(FASSA); al gasto IMSS-Oportunidades y al gasto estatal, la Secretaría de Salud los aglutina en gasto público en salud para población no asegurada. Mientras que el gasto del IMSS, del ISSSTE y el que hace PEMEX en salud, se refieren al gasto público en salud para la población asegurada. La gráfica 2.4, muestra la proporción de gasto público que le correspondió a cada desagregación de 2001 al 2007.

Gráfica 2.4 Distribución como porcentaje del gasto público en salud

México 2001-2007



Fuente: Elaboración propia con información del Sistema Nacional de Información en Salud

³⁰ El ramo 33 es un gasto federalizado, que tiene por objetivo la asignación y entrega de recursos a los estados y municipios del país. Se divide en siete fondos, que se destinan para atender necesidades de educación, salud, infraestructura social, asistencia y seguridad social, seguridad pública y apoyos financieros para los municipios. Los fondos se distribuyen entre las Entidades Federativas a partir de fórmulas, indicadores, criterios, calendarios y destino establecidos en la Ley de Coordinación Fiscal (CEFP,2006 : pág. 32-33).

Como muestra la gráfica 2.4, el gasto destinado a la población no asegurada³¹, es decir a la suma del gasto estatal en salud, del ramo 12, del FASSA y el IMSS-Oportunidades, alcanzó 36.5%; destacando el FASSA con una participación de 12 puntos porcentuales, mientras que el apartado de IMSS-Oportunidades fue el que menores recursos captó tanto a nivel de gasto para la población no asegurada, como para el gasto público en salud en su totalidad.

Cabe destacar que el Ramo 12, que incluye al Seguro Popular, rebasa al gasto combinado para la población asegurada del ISSSTE y de PEMEX, ya que el primero registró un 12.5%, mientras que los últimos de forma combinada obtuvieron un 12.2%, reflejando así el esfuerzo que emprendió el presidente Vicente Fox para ampliar la cobertura de los servicios de salud, al igual, que algunos programas de la actual administración, como el Seguro Médico para una Nueva Generación, que garantiza acceso a los servicios de salud pública a todos los mexicanos nacidos durante este sexenio presidencial.

El comparativo entre gasto público en salud para no asegurados y asegurados, revela la mayor captación de recursos por parte del último, ya que, si bien ha venido a la alza la proporción del gasto dedicada a la población no asegurada³², para el periodo 2001 al 2007 sólo captó el 36.5%, muy por debajo del 63.5% que acapararon las instituciones que brindan seguridad social; destacando, que sólo IMSS absorbió el 51.3% del gasto público en salud, es

³¹ Gasto público en salud para población no asegurada= Ramo 12+ IMSS-Oportunidades+ FASSA(Ramo 33) +Gasto estatal en salud

³² Gracias a programas como el IMSS-Oportunidades que arrancó en 2002 y el Seguro Popular, que entró en vigor en 2004.

decir, más que el gasto de el resto de las instituciones de salud pública combinadas.

El IMSS, además de ser la institución del sector salud que acapara la mayor cantidad del gasto público en este ramo; es también la institución que más beneficiarios tiene afiliados, con alrededor del 45% de la población mexicana. Esto ha llevado a que al IMSS se le catalogue como “la institución de seguridad social más grande de América Latina” (Aregional, 2007: pág. 22), lo que en parte explica el hecho de elegir al IMSS como objeto de estudio de esta investigación³³, debido al destacado rol que tiene dentro del sector salud, por lo que los próximos apartados son dedicados a su estudio.

2.4 El Instituto Mexicano del Seguro Social

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es un organismo público descentralizado³⁴ con personalidad jurídica y patrimonio propio en el que participan los sectores público, social y privado (Reynales, et al, 2006: pág. 50), ya que su financiamiento es tripartito, es decir, financiado por el gobierno, los trabajadores y los patrones (Vázquez, 2006: pág.18).

El IMSS tiene entre sus misiones la de cuidar y fomentar la salud de la población trabajadora³⁵, pensionada, asegurada voluntariamente y de sus familias, así como de la atendida en esquemas de seguridad social; además de procurar la adecuada administración de contribuciones y recursos financieros

³³ La otra parte y de mayor relevancia, es la disponibilidad para acceder a estadísticas de consultas otorgadas por obesidad por parte del IMSS, que ha de revisarse a profundidad en los últimos apartados de capítulo III.

³⁴ Es decir, que tiene una estructura independiente a la del gobierno central (gobierno federal).

³⁵ Se refiere a la población trabajadora del sector formal, que por su perfil no le corresponde formar parte de las otras instituciones que brindan seguridad social.

para garantizar las prestaciones en especie y dinero, y lograr la estabilidad en el bienestar del asegurado (IMSS, 2008).

Para lograr sus misiones, el IMSS enfoca su estructura organizacional al otorgamiento de servicios relacionados con las prestaciones médicas, económicas y sociales que están a cargo del instituto. El cuadro 2.10, indica en qué consiste cada una de estas prestaciones, además de contener algunos ejemplos.

Cuadro 2.10 Prestaciones del IMSS

Prestación	Contenido	Otorga
Médica	Contribuye al bienestar de los derechohabientes a través de atención médica en las Unidades de Atención Médica (UAM)	*Consultas médicas: Por urgencias Intervenciones quirúrgicas Curativas Preventivas *Servicios ambulatorios *Servicios hospitalarios
Social	Vincula la salud con actividades educativas y culturales, con la misión de prevenir enfermedades; contribuyendo a elevar los niveles y la calidad de vida de la población	*Guarderías *Acceso al deporte *Acceso a la cultura Teatro *Tiendas(supermercados) *Velatorios
Económica	Protege los medios de subsistencia de los trabajadores y sus familias, con el otorgamiento de prestaciones en dinero	*Pensiones por: Viudez/orfandad Riesgo de trabajo Retiro, cesantía y vejez

Fuente: Elaboración propia con información de "Capítulo 1 Magnitud de los servicios personales del personal en activo", IMSS, pp. 1, 3-4.

Las prestaciones médicas y sociales, materializan las funciones del sistema de salud, en lo concerniente a las funciones de *prestación de servicios a la persona y a la comunidad*, respectivamente. Además, la prestación médica, es también ilustrativa de la función del sistema, conocida como, *Generación de recursos para la salud*, ya que en el seno de las Unidades de Atención Médica (UAM), es donde reciben su formación final, los futuros médicos. Todo lo anterior bajo la supervisión de las autoridades administrativas, es decir, la *Rectoría*.

La prestación *económica*, no aparece dentro de las funciones del sistema de salud, dado que representa otro nivel de evaluación que compete a la del trabajo y de la previsión social, que en el caso de México, se plasma en el artículo 123 de la Constitución Política, en su sección XI, en lo referente a la seguridad social.

Para la actual investigación, la prestación de mayor importancia, es la *médica*, ya que el estudio de la misma permitirá evaluar los gastos de atención médica versados en la atención a enfermedades, que para el caso de esta investigación se enfoca en la obesidad. En menor medida es revisada la prestación *social*, ya que su análisis hará posible la revisión de programas de carácter público, enfocados a combatir la obesidad a través de la educación, es decir, la implementación de hábitos de vida sanos.

Siguiendo con la revisión de las prestaciones médicas, es decir, las brindadas en las Unidades de Atención Médicas, éstas últimas están divididas en tres niveles de atención, descritos en el cuadro 2.11

Cuadro 2.11 División de las Unidades de Atención Médica (UAM)

Nivel de Atención	Tipo de unidad	Servicio
I	Unidades de Medicina Familiar (UMF)	*Atención ambulatoria sin hospitalización *Atención médica suministrada por médicos familiares, enfermeras y trabajadores sociales(capacitados en servicios de salud preventiva y curativa)
II	Hospital General de Zona(HGZ) Hospital General Regional (HGR)	*Atención médica en especialidades: pediatría, cirugía, ginecología y obstetricia * Subespecialidades: cardiología, neurología, entre otras
III	Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES)	*Atención médica de alta especialidad: cardiología, hemodinamia, neurología, neumología, entre otras

Fuente: Elaboración propia con información de Reynales Shigematsu LM, Rodríguez Bolaños RA, Jiménez JA, Juárez Márquez SA, Castro Ríos A, Hernández Ávila M, "Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social", *Salud pública*, México, 2006, supl. 1, p. 50.

Los distintos tipos de unidades que conforman las Unidades de Atención Médica, tienen la especificación de atender o tratar distintos tipos de enfermedades. En medida que se avanza entre los niveles de atención, es más complicada y especializada la atención médica. Para el caso de la obesidad, con base en la información disponible del IMSS, la atención médica se da en el nivel I, con las consultas en medicina familiar y, en el nivel III, con las consultas en especialidades. Asimismo, entre los distintos niveles de las Unidades de Atención Médica existe una relación de cooperación y reforzamiento, ya que todas sirven a la misma población de derechohabientes del IMSS.

Para 2007, el IMSS registró un total de 1 474 Unidades de Atención Médica a nivel federal, de las cuales 1 207 correspondían a Unidades de Medicina Familiar (Nivel I), 229 a Hospitales General Regional y Hospitales Generales de Zona (Nivel II), y 38 a Unidades Médicas de Alta Especialidad (Nivel III); logrando brindar 114.5 millones de consultas; de las cuales correspondieron 76 millones a consultas de medicina general, 4.2 millones a consultas dentales, 16.5 millones de atenciones en urgencias y 17.8 millones a consultas de especialidades (IMSS, 2009).

El IMSS, para 2007, tenía asegurados alrededor del 48 % de los mexicanos, mientras que le fue asignado el 45 % del gasto público en salud. Esto coloca al IMSS, como uno de los institutos del sector público en salud con mayor gasto per cápita, con alrededor de \$3 500 por asegurado³⁶, lo que ha llevado a que al IMSS sea considerada como la más importante institución

³⁶ Sólo debajo de PEMEX, con un gasto per cápita de \$ 11 300, pero por arriba de la media nacional que para 2007, fue de alrededor de \$ 2 400.

con la que cuenta el Estado Mexicano para redistribuir la riqueza (IMSS, 2008: pág. 1); tarea básica de cualquier Estado moderno.

El IMSS para llevar un seguimiento operativo a nivel federal, divide al país en 35 delegaciones³⁷, de las cuales, las dos que corresponden al Distrito Federal, es decir, D.F.- Norte y D.F.-Sur, son de las que más derechohabientes y captación de gasto público en salud registran en todo el país.

2.4.1 El IMSS en el Distrito Federal

El IMSS para su operatividad en el Distrito Federal (D.F.), divide a la región en dos delegaciones; la primera es la referida al Distrito Federal Norte, que incluye a las delegaciones de Cuauhtémoc, Azcapotzalco, Miguel Hidalgo, Iztacalco, Gustavo A. Madero, Iztapalapa y la Venustiano Carranza; mientras que la segunda es conocida como Distrito Federal Sur, que incluye a las delegaciones de Álvaro Obregón, Benito Juárez, Coyoacán, Cuajimalpa, Magdalena Contreras, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpán y Xochimilco (IMSS, 2008)³⁸.

En su conjunto, el IMSS en el Distrito Federal para brindar atención médica cuenta con 79 Unidades de Atención Médica, de las cuales 47 corresponden a Unidades de Medicina Familiar, 13 a Hospitales Generales y 19 a Unidades Médicas de Alta Especialidad (IMSS, 2008).

³⁷ Conforme a lo establecido en el Reglamento Interior del IMSS, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006. Las 35 delegaciones comprenden de forma individual a cada uno de los estados de la república a excepción del Estado de México, que se divide en Oriente y Poniente; y tanto al D.F. como Veracruz, que se dividen en Norte y Sur.

³⁸ A lo largo de esta investigación la delegación del IMSS en el D.F., es estudiada en su conjunto, es decir, sin diferenciar en la división política de la capital del país.

El IMSS en el D.F. del periodo que va de 2001 al 2007; le correspondió el 23.6% del gasto total asignado al instituto a nivel nacional (SICUENTAS, 2008). De igual manera, para 2007, registró en sus filas a 5,072,131 asegurados, es decir, alrededor del 12% de los beneficiarios del IMSS en toda la república (IMSS, 2008). De esta manera, el Distrito Federal, es la entidad federativa que más derechohabientes y captación de gasto correspondiente al IMSS, registra a nivel nacional.

Lo anterior, evidencia la gran relevancia de la capital del país como delegación del IMSS, sin embargo, el factor que explica en gran medida la elección del IMSS en el D.F., como objeto de estudio de la actual investigación, radica en que en esta entidad federativa, el IMSS registró el mayor número de consultas de medicina familiar y especialidades otorgadas por obesidad a nivel federal, lo cual ha de ser revisando en el capítulo III.

CAPÍTULO

III

OBESIDAD: SU IMPACTO EN EL GASTO POR MOTIVO DE CON SULTAS EN EL D.F., DEL 2001 AL 2007

3.1 La obesidad como problema de salud pública

Para dimensionar la obesidad como un problema de salud pública, primeramente debe ser considerada una enfermedad y un factor de riesgo para desarrollar numerosas enfermedades crónicas que comparten factores de riesgo como la alimentación y el sedentarismo (Fernández,2003; Gómez,2003: pág. 241).

La obesidad es entendida como una anormal o excesiva acumulación de tejido adiposo, resultado de ingerir más energía de la que se necesita (Arroyo, 2005, pág.177). La forma más común para medir si una persona es obesa, es por medio del Índice de Masa Corporal (IMC), que mide la relación peso-talla de un individuo. La fórmula es la siguiente:

$$\text{IMC} = \text{Peso}(\text{kg}) / \text{Altura}^2 (\text{m})$$

Obteniendo valores que van desde 20 hasta 60. Según la OMS, alguien que registre un IMC de 20 esta en una situación “normal”, cuando el índice oscila entre 25 y 29.9 se le considera sobrepeso, mientras que un individuo que registre un IMC igual o mayor a 30 es catalogado como obeso (ENSANUT, 2006, pág. 88).

La obesidad debe de ser considerada como una enfermedad, ya que es un trastorno metabólico y en algunos casos psicológico, que además de representar una enfermedad en sí, es un factor detonante para desarrollar otras enfermedades. El cuadro 3.1, enumera la posibilidad de desarrollar otras enfermedades, en función del nivel de la obesidad.

Cuadro 3.1 Razón de riesgo de enfermedades asociadas a la obesidad de acuerdo con el IMC (porcentajes)

Enfermedad	IMC<20	IMC = 25-27	IMC= 27-30	IMC= 30-35	IMC>35
Diabetes	0.71	1.46	2.00	2.93	3.62
Hipertensión	0.64	1.66	2.12	3.10	4.49
Infarto al miocardio	1.30	2.16	1.72	2.60	2.99
Hipertrigliceridemia ³⁹	0.23	2.38	3.31	3.58	3.60
Hipercolesterolemia	0.36	1.77	2.17	2.33	1.89
Hiperuricemia	0.75	1.56	2.18	2.93	4.36

Fuente: Extraído de Córdoba Gutiérrez, Alberto y Carlos Palencia Escalante, *Obesidad: problema de salud pública y tendencias actuales en México y en el mundo*, Instituto de Investigación económica y Social Lucas Alemán, México, 2004, p.50.

Por ejemplo, la diabetes ampliamente vinculada a la obesidad, alcanza actualmente alrededor de 6 millones de personas en todo México, siendo la primera causa de muerte en el ámbito nacional con alrededor de 60 mil muertes al año, además de sumarse 400 mil casos nuevos (Vergara, 2009: pág. 34). Al igual que la obesidad, la diabetes tiene su explicación por varios factores, pero resalta la relación que guarda con la primera, de ahí el tono de problema de salud pública que han tomado ambas, tanto por su relación, como por la mayor demanda de servicios para el sector salud y el deterioro en la calidad de vida del diabético.

Además de las enfermedades señaladas en el cuadro 3.1, la obesidad está relacionada con cánceres, problemas del sueño, estreñimiento, desnutrición, problemas en la piel, asma, esterilidad, impotencia sexual (en el hombre), trastornos hormonales (en la mujer), entre muchas otras (Del Río, 2008: pág.13).

El agravante que representa cualquier enfermedad para el desarrollo de cada individuo, dado que puede limitar su capacidad para cumplir sus

³⁹ Hipertrigliceridemia y la hipercolesterolemia, son enfermedades que se vinculan al largo plazo con problemas del corazón y presión arterial, mientras que la hiperuricemia se relaciona con la gota y problemas con las articulaciones.

responsabilidades dentro de la comunidad y disfrutar en plenitud de los goces normales de la existencia (IMSS, 1997: pág. 33); resulta más grave cuando se considera que la obesidad y varias de las enfermedades asociadas con ella (generalmente las señaladas en el cuadro 3.1), son de carácter crónico degenerativas. Esto implica que en la medida en que avanza y agudiza la enfermedad entre quien la padece; la salud del mismo está vulnerada de forma permanente, dado que estas enfermedades, más allá de ser curadas, sólo logran ser controladas, representando un decremento permanente en la calidad de vida del enfermo.

De forma general, la obesidad tiene un impacto negativo relevante en la esperanza de vida, ya que puede reducirla en 10 años. Además cuando la obesidad se da entre los seis meses y los siete años, la posibilidad de obesidad en la edad adulta es del 40%. Cuando ésta se manifiesta entre los 10 y 13 años, la propensión a presentarla crece en un 70%. Además, el 80% de los adolescentes obesos seguirá con esta enfermedad toda su vida (Ruiz, 2008: pág. 45).

La problemática que representa la obesidad es evidente en la insuficiencia del desarrollo psicomotriz del infante; la incapacidad del adolescente para relacionarse; las limitaciones físicas, ausentismo y retiros laborales tempranos en el adulto obeso. Cada uno pareciera casos aislados, de importancia minúscula en el que el impacto negativo de la enfermedad sólo alcanza a quien la padece y los que lo rodean, sin embargo, cuando esos casos individuales se relacionan y combinan en el tejido de la sociedad, su alcance negativo implica una mayor cantidad de recursos que han de

destinarse a su atención (ya sea del mismo enfermo o de la institución pública que le brinda atención médica), en detrimento del consumo de otros bienes.

La serie de limitaciones y obstáculos físicos de la persona obesa, le impedirán desempeñarse satisfactoriamente en su trabajo, disminuyendo su productividad, que en el caso de esta enfermedad que alcanza a amplios segmentos de la población mexicana, resulta un limitante para la productividad y por ende para la competitividad económica del país⁴⁰.

La alta incidencia de la obesidad, es la que la convierte en un problema de salud pública, ya que el hecho de ser en sí una enfermedad, además de un alto factor de riesgo para desarrollar otras; implica que altos segmentos de la población mexicana se encuentren enfermos además de propensa a desarrollar enfermedades más graves, que al ser ponderados a una escala nacional pone en riesgo ya no sólo la capacidad del individuo sino de toda la sociedad de poder cumplir con sus responsabilidades y disfrutar en plenitud de los goces normales de la existencia (IMSS, 1997: pág. 33).

3.2 La obesidad como tema de análisis económico

El estudio de la obesidad puede ser abordado por un sin fin de maneras, siendo las más comunes las que lo hacen desde una perspectiva médica. Sin embargo, en la ciencia económica también encuentra cabida su estudio, ya que existen diversos factores económicos, que en parte son causantes de la obesidad; tales como el ingreso, las economías abiertas que permiten la adopción de nuevos hábitos alimenticios; entre otros.

⁴⁰ "Entrevista al Dr. Felipe Torres Torres", 26 de agosto de 2008, Instituto de Investigaciones Económicas, Ciudad Universitaria, Ciudad de México.

Entre las consecuencias económicas de la obesidad están aquellas que atañen a la salud de la población, es decir, cuando la productividad de una persona es mermada por el hecho de padecer una enfermedad, pudiéndose reflejar en ausentismos por motivos de salud, por la incapacidad de poder realizar un determinado trabajo satisfactoriamente o la reducción de su vida laboral activa, por un retiro o muerte prematura, lo cual genera costos no contemplados anteriormente por la empresa.

Al respecto, el Dr. Torres Torres, especialista en soberanía alimentaria de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), considera que la gente obesa más allá de representar una barrera para el crecimiento económico, lo es:

“ Más bien[para] la competitividad del país. Quizás el crecimiento económico del país no tanto, porque esas son variables macroeconómicas definidas, no por el cambio generacional, sino más bien por otros factores. Entonces, si se pone en cuestionamiento, la posibilidad de qué país puede superar en el concierto mundial los niveles de competitividad que actualmente tiene, y pueda aprovechar las oportunidades de crecimiento que se derivan de una sociedad más competitiva para el trabajo”⁴¹.

El Dr. Torres, pone énfasis en la obesidad infantil, ya que considera que esta enfermedad, durante la infancia, evita un óptimo desarrollo psicomotriz entre quien la padece, debido a que puede ser causa de desaprovechamiento académico (ya que le niño no se puede concentrar en clase) y obstáculo para realizar alguna actividad física; ambos elementos claves para el desarrollo integral del infante.

La investigadora española Beatriz González sostiene que la obesidad se asocia a otros costes personales y familiares, ya que es causa de

⁴¹ “Entrevista al Dr. Felipe Torres Torres”, 26 de agosto de 2008, Instituto de Investigaciones Económicas, Ciudad Universitaria, Ciudad de México.

marginación social y fracaso personal, dado que los obesos tienen trabajos peores, están peor formados y ganan salarios más bajos que los “peso-ideales” (González, 2005: pág. 83).

La actual investigación, de entre las distintas consecuencias económicas derivadas de la obesidad; centra su estudio a la problemática económica que representa esta enfermedad como carga para el sector salud. Por su parte el Dr. Felipe Torres Torres afirma que “atender a un diabético en los sistemas de salud resulta mucho más oneroso que contar con un programa de mejoramiento de las condiciones alimentarias” (Correa, 2008: pág. 61), haciendo alusión a la diabetes provocada por la obesidad.

Esta revisión de las consecuencias económicas, dilucida a la obesidad como un tema de análisis económico, teniendo su eco más importante en el desenvolvimiento de la competitividad económica de un país, ya que esta enfermedad pone en peligro uno de los elementos más importantes para la creación de la riqueza en cualquier parte del mundo: el trabajo humano.

3.3 La obesidad en México

Los primeros estudios sobre prevalencia de obesidad en México, datan de 1988, a través de la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) que analizó a mujeres de 15 a 49 años de todo el país, que entre otros resultados arrojó una prevalencia de 10.2% para sobrepeso y de 14.6% para obesidad. Diez años después, la ENN de 1999 mostró datos de 30.6% y 21.2% respectivamente para el mismo grupo (Fausto et al., 2006: pág. 92).

Ya con la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) del 2000, que reorientó su población de estudio incluyendo sólo a la población adulta de ambos sexos,

arrojo entre otros resultados, para el caso de las mujeres (de 20 a 59 años), una prevalencia de sobrepeso de 36% y 28% de obesidad, los mismos indicadores para el caso de los hombres fueron de 40.9% y 18.9% respectivamente (Rojas, 2003: pág.140).

Según los datos más recientes sobre la salud de los mexicanos, recopilados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 (ENSANUT) la obesidad es un problema que afecta a nivel nacional a alrededor del 10% de los niños (entre 5 a 11 años), al 11.7% de los adolescentes (de 12 a 19 años) y aproximadamente al 30% de los adultos (de más de 20 años). El problema resulta más pronunciado, cuando a las anteriores prevalencias de obesidad son aunadas las prevalencias de sobrepeso, de tal manera que alcanzan a un 26%, 35.7% y 69.4%, respectivamente para cada grupo de edad (ENSANUT, 2006: págs.94-98).

Las altas prevalencias de obesidad, implican un gran factor de riesgo para desarrollar otras enfermedades, lo que llevó a que en México alrededor de 200 mil muertes le fueran atribuidas durante el 2002. De forma general, la ENSANUT 2006 revela que en México arriba del 60% de la población tiene problemas de sobrepeso y obesidad, incrementando las posibilidades de mayor prevalencia de enfermedades como la diabetes o la hipertensión arterial. De seguir con las actuales tendencias de prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad, el IMSS prevé que en 10 años, México ocupará el primer lugar entre los países con mayores casos de habitantes con exceso de peso (González, 2008: pág.60).

La elevada presencia de problemas de exceso de peso entre los mexicanos podrá tener consecuencias adversas sobre la fuerza de trabajo, al

mermar su vida laboral, impactando negativamente en la competitividad económica del país⁴²; o al incrementar la demanda de servicios de salud para su atención y por ende una mayor cantidad para su financiamiento.

En lo que se refiere a mayores recursos para la atención de la obesidad y las enfermedades que se le relacionan; en recientes fechas el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, expuso que 34% del presupuesto para salud es canalizado a las instituciones médicas que atienden enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad y la hipertensión, dado que son enfermedades que demandan servicios y atención cada vez más especializada y costosa (El Diario, 2009). Dificultando así, la posibilidad de hacer frente a otros proyectos del sector o la atención a otras enfermedades, dimensionando el problema de salud pública que representa la obesidad.

3.4 Posibles causas de la obesidad en México

Distinguir todas y cada una de las causas que provocan la obesidad es una tarea imposible, ya que esta enfermedad se explica por un grupo heterogéneos de condiciones que interactúan entre sí (Calzada et al., 2004: pág. 169). Existen los factores genéticos, en los que la capacidad metabólica explica la obesidad; dejados recientemente a menos por la literatura que estudia este fenómeno, ante los nuevos estilos de vida donde imperan el sedentarismo y la sobreingesta de alimentos.

El siguiente apartado inicia revisando el sedentarismo común en los ambientes urbanos, para aterrizarlo en el caso del D.F., ya que es la ciudad más urbanizada del país, que además cuenta con el mayor número de casos

⁴²“Entrevista al Dr. Felipe Torres Torres”, 26 de agosto de 2008, Instituto de Investigaciones Económicas, Ciudad Universitaria, Ciudad de México.

de exceso de peso a nivel nacional. Asimismo, en el D.F. es donde se demandan el mayor número de consultas por motivo de obesidad dentro del IMSS, de ahí que este instituto sea el objeto de estudio de esta investigación.

Después de concluir con la revisión del sedentarismo en la ciudad, es abordado el estudio de los alimentos conocidos como *comida chatarra*, que han jugado un papel clave en la sobreingesta de alimentos y el cambio del patrón alimentario; considerando los principales factores culturales y económicos, como la publicidad y el nivel de ingreso; que influyen en la elección de qué comer (Fausto et al., 2006: pág. 92).

3.4.1 La obesidad y lo urbano: el caso del D.F.

El sedentarismo en las ciudades, es decir, en los ambientes urbanos; se explica por la alta cantidad de personas concentradas en ella, lo que limita la disponibilidad de espacios públicos para realizar actividades físicas. Por otra parte, el factor inseguridad, común en las ciudades, de igual manera inhibe la posibilidad de realizar deportes al aire libre. Finalmente, hay que agregar que el tipo de trabajo común en la ciudad está en el sector servicios; caracterizado por un baja intensidad física, lo que arraiga aún más al habitante urbano en la inactividad física y por ende en el sedentarismo; que aunado al tipo de alimentación, fungen como factores claves para desarrollar obesidad.

Para el caso de México, el proceso de industrialización que empezó desde la década de los treinta, cuando inicia la implementación del modelo económico de sustitución de importaciones, hasta su agotamiento entre los años setenta y ochenta, provocó grandes diásporas del campo a la ciudad. En las primeras dos décadas del siglo XX, antes del comienzo del proceso de

industrialización, la población rural rondaba entre el 75 y 80% de la población nacional, mientras que la urbana representaba entre el 20 y 25%. Para la década de los setenta, en plena etapa de maduración industrial; las relaciones cambian totalmente su posición, ahora entre el 20 y el 25% de la población era rural, mientras que la población urbana alcanzaba entre 75 y 80% de la población nacional (Barranco et al., 2004: pág. 6).

Actualmente cerca del 70% de la población mexicana vive en las ciudades (Torres, 2008: pág. 16). Y es justamente en las entidades federativas con mayores niveles de urbanización, donde existen las más altas prevalencias de sobrepeso y obesidad, haciendo evidente el impacto que juega el entorno geográfico, para promover el sedentarismo y así favorecer el desarrollo de exceso de peso y sus enfermedades asociadas.

Las entidades federativas con mayor porcentaje de población urbana⁴³, corresponden, según los resultados por entidad federativa de la ENSANUT 2006, con algunas de las entidades que registran mayor prevalencia de exceso de peso. El cuadro 3.2 muestra las prevalencias de sobrepeso y obesidad para tres de las entidades federativas en las que su población es en su mayoría urbana.

⁴³ INEGI, define como población urbana aquella donde viven más de 2 500 personas.

Cuadro 3.2 Prevalencia de sobrepeso y obesidad. D.F., Nuevo León y Estado de México, ENSANUT 2006

Entidad	Población Urbana %	Sobrepeso (S) %			Obesidad (O) %			S + O %		
		Niños 5-11 años	Adolesc 12-19 Años	Adultos Más de 20 años	Niños 5-11 años	Adolesc 12-19 Años	Adultos Más de 20 años	Niños 5-11 años	Adolesc 12-19 Años	Adultos Más de 20 años
D.F.	99.3	24	22.1	42.3	11.1	10.3	30.8	35.1	32.8	73
Nuevo León	94	17.6	25.2	35.9	11	11.1	35	28.6	36.4	71
Edo. de México	87	22.7	23.5	36	12.8	10.5	31.9	35.5	34	67.9

Fuente: Elaboración propia con información con información extraída de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa (para los casos del D.F., Edo. de México y Nuevo León), Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007, diferentes páginas.

En general son los mismos niveles de prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad en las tres entidades federativas, siendo ligeramente superiores las prevalencias de D.F. y Nuevo León, respecto a las del Estado de México, en parte explicables por el mayor porcentaje de población urbana que concentran las dos primeras, factor determinante para una más acentuada sedentarización.

La mayor urbanización al fomentar la sedentarización, es un factor clave para mayores prevalencias de obesidad, sin embargo, es necesario también considerar la incidencia de otros factores tales como los económicos, psicológicos, culturales y geográficos. El aspecto geográfico, podría explicar en parte el por qué es mayor la prevalencias de exceso de peso en Nuevo León que en el D.F., debido a que en el norte del país, la gente está más expuesta a la comida de los Estado Unidos, dado su cercanía geográfica.

En general las prevalencias de estas entidades son muy similares a la nacional, afirmando así el perfil urbano del país, sin embargo, la importancia de

estudiar el caso específico del D.F., radica en el hecho de que es en la capital del país donde el IMSS presenta una mayor demanda de consultas por motivo de obesidad, eje principal de la actual investigación a revisarse apartados más adelante.

De acuerdo con la ENSANUT 2006, las prevalencias de sobrepeso y obesidad tanto para el D.F. como a nivel nacional, están contenidas en el siguiente cuadro.

Cuadro 3.3 Prevalencia de sobrepeso y obesidad. Nacional y D.F., ENSANUT 2006

ESCOLARES (5 a 11 años)						
	Sobrepeso %	Número (Miles)	Obesidad %	Número (Miles)	Sobrepeso+ Obesidad %	Número (Miles)
Nacional	17.3	2 730.1	10	1 428.6	27.3	4 158.7
D.F.	24	242.9	11.1	112.9	35.1	355.8
ADOLESCENTES (12 a 19 años)						
	Sobrepeso %	Número (Miles)	Obesidad %	Número (Miles)	Sobrepeso+ Obesidad %	Número (Miles)
Nacional	22.2	4 112.2	11.7	1 779.2	33.7	5 891.4
D.F.	22.1	278.3	10.3	130	32.8	278.3
ADULTOS (mayores de 20 años)						
	Sobrepeso %	Número (Miles)	Obesidad %	Número (Miles)	Sobrepeso+ Obesidad %	Número (Miles)
Nacional	40	23 292.8	29.4	17 849.6	69.4	41 142.4
D.F.	42.3	2 419.7	30.8	1 760.4	73	4 180.1

Fuente: Elaboración propia con información de INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal, Cuernavaca, México: INSP-SSA, 2007, pp. 75 – 83.

El cuadro 3.3 permite distinguir que la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad es extensiva para los diferentes grupos de edades a lo largo de todo

México, ya que en general estos indicadores rondan en un 60% de la población tanto para la capital del país como para todo el territorio nacional. En el caso específico del D.F., está concentrado alrededor del 10% de los mexicanos con problemas de exceso de peso. Por ejemplo, en promedio, una de cada diez personas entre los 5 y 11 años y las mayores de 20 años que presentan obesidad habitan en el D.F., lo que ha llevado que en general, la prevalencia de obesidad sea ligeramente mayor en el D.F. que a nivel nacional.

El cuadro 3.4, enlista algunos de los aspectos que más contribuyen al sedentarismo entre los capitalinos, favoreciendo el crecimiento de la obesidad.

Cuadro 3.4 Factores que fomentan el sedentarismo en el D.F.

Factor	Fomenta la obesidad porque	Caso D.F.
Alta densidad poblacional	*Mayor número de personas implica menor número de espacios para realizar actividad física. *Prioridad por construcción de viviendas en lugar de lugares para el esparcimiento.	*Es la entidad federativa con mayor densidad poblacional con 5 946 habitantes por km ² *El número de viviendas particulares ha crecido en un 27% (1990-2005). *Existe un parque vecinal por cada 8 331 habitantes
Automóviles	*Su uso provoca una declinación en la transportación activa: caminata y/o andar en bicicleta.	*Resulta 80 veces más peligroso operar una bicicleta que un automóvil
Inseguridad	*Temor a ser víctima de un delito *Inhibe cualquier actividad física (caminar, trotar, andar en bicicleta) al aire libre.	*Los daños a la salud por motivo de robo, agresión o violencia para 2006, fue mayor en el D.F. (4.4%) que a nivel nacional (2.3%). De las cuales 61% ocurrieron en la vía pública
TV y computadoras	*Largos periodos frente a la pantalla.	*45% de los adolescentes ven de 1 a 2 hrs. de TV diaria de lunes a viernes. *3.4% ve más de 9 hrs. *Los adolescentes pasan en promedio 1 ½ jugando video juegos.
Actividades laborales	*Ampliamente concentradas en el sector servicios. *Demanda poca actividad física.	* 80% de la población económicamente activa ocupada se desempeña en el sector servicios

Fuente: Elaboración propia con información de Córdoba Gutiérrez, Alberto y Carlos Palencia Escalante, Obesidad: problema de salud pública y tendencias actuales en México y en el mundo, México, Instituto de Investigación Económica y Social Lucas Alemán, A.C, 2004, p. 64, 76, 79; Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal, Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007, pp. 86 y Anuario Estadístico de Distrito Federal 2007 (versión electrónica).

Los factores del cuadro anterior actúan como inhibidores de la actividad física y entre ellos puede darse una relación de reforzamiento, por ejemplo, resulta amplios los casos de gente empleada en el sector servicios que además de prolongadas jornadas de trabajo, tendrán que pasar mucho tiempo frente a la computadora, aunado a las horas que gastarán en el transporte para llegar a su casa. De igual manera, los largos lapsos que un niño pasa viendo televisión, implican que deje de realizar alguna actividad física, además de estar expuesto mayor tiempo a la publicidad de los alimentos chatarra.

Todo lo anterior ha llevado a que 10.4% de adolescentes a nivel nacional sean inactivos, es decir, realizan menos de 4 hrs. de actividad física a la semana (INSP, 2007, pág. 107). Mientras que estudios del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) indican que en el D.F., 80% de las personas con mayores niveles de glucosa, no realizan ninguna actividad física (ENURBAL, 2003: pág.76).

La importancia de tomar el caso particular del D.F. como objeto de estudio radica en que además de ser una de las entidades federativas con mayor prevalencia de obesidad, es donde sus características se vuelven un factor clave para desarrollar obesidad, ya que, son estas mismas características, las que fomentan el sedentarismo, a través de la inactividad física, lo que implica una reducción en el gasto energético, que junto a la mayor ingesta de alimentos industrializados con alto contenido calórico, son los dos factores claves para el desarrollo de la obesidad tanto en el D.F. como en el país, teniendo de trasfondo factores sociales y económicos que profundizan la prevalencia de esta enfermedad. Es justamente este último factor, es decir, los hábitos alimenticios, los que son estudiados en el siguiente apartado.

3.4.2 La comida chatarra

A partir de la década de los ochenta, como parte del proceso de intensificación de apertura económica mundial, de la que nuestro país también forma parte; el proceso de globalización no sólo define el rumbo de la economía, sino también influye en la esfera de los alimentos, inclinando su oferta hacia un catálogo homogéneo y estandarizado, compatible con los cortos tiempos e intensivos ritmos imperantes en las ciudades.

La materialización más clara de esa homogenización y estandarización de la oferta alimentaria son los alimentos conocidos como “comida chatarra” que entre sus propiedades más destacadas tienen un escaso poder nutritivo y un alto costo calórico (González, 2008: pág. 60), altamente atractivos por su buen sabor; que más allá de nutrir, sólo generan una rápida sensación de saciedad.

La comida chatarra adopta diferentes presentaciones, pero entre las más comunes están los refrescos, cereales en caja (los que presentan altas cantidades de azúcar y colorantes), pastelitos, frituras, malvaviscos, papitas, sopas instantáneas, pan de dulce (Del Río, 2008: pág. 41) entre otros; además de los productos preparados “listos para servirse” de entre los que destacan las hamburguesas, las pizzas, la paella congelada, las carnitas (Torres, 2001; Trápaga, 2001: pág.170).

La relevancia de considerar a la comida chatarra en el análisis de la obesidad, es justamente, que su consumo está relacionado directamente con la mayor ingesta calórica y de una dieta rica en grasas saturadas y azúcares

refinados (Padrón, 2004: pág. 6), que aunado a la baja actividad, hace de aquel que posea estos hábitos, un fuerte candidato a desarrollar obesidad.

Distinguir todos y cada uno de los elementos que explican la mayor inserción de la comida chatarra en el patrón alimentario⁴⁴, es un análisis que merece un estudio completo e integral, mismo que no le compete a la actual investigación; sin embargo, en el cuadro 3.5, se enumeran algunos de los factores que han contribuido al aumento del consumo de este tipo de alimentos.

⁴⁴ El patrón alimentario es el conjunto de productos que un individuo, una familia o un grupo de familias consume de manera habitual en promedio de por lo menos una vez a la semana. Dichos productos estén arraigados en las preferencias individuales de forma tal que sean recordados 24 horas después de consumirse; abarca además un espectro regional que identifica tipos de alimentación y puede tener diversas escalas de representación que varía desde una localidad hasta un país entero (Torres, 2001; Trápaga, 2001, pág. 239).

Cuadro 3.5 Factores que han contribuido a un mayor consumo de comida chatarra

Factor	Impacto	Evidencia
La vida en la ciudad	Los inconstantes y cortos periodos para comer atribuibles a la vida en la ciudad, favorecen el consumo de comida chatarra, que tanto su elaboración como su consumo requieren cortos periodos de tiempo.	*En el D.F. el 80% de la población económicamente activa ocupada se desempeña en el sector servicios, que se caracteriza por horarios indefinidos para comer y que muchas veces deben de sacrificarse para continuar trabajando
El ingreso y el poder adquisitivo	El ingreso condiciona el tipo de alimentos a los que se tiene acceso, limitándose éste por el deterioro del poder adquisitivo. Esta pérdida ha llevado a consumir alimentos menos nutritivos, en los que se busca saciar el hambre, más allá de procurarse una alimentación balanceada	*En la actual administración federal el poder adquisitivo ha caído alrededor de 45%. *La pérdida en el poder adquisitivo llevó a una reducción en el consumo del huevo (0.20%) y carne de bovino (2%) de 2006 al 2007 *En México el consumo de sopas instantáneas asciende a cuatro millones de unidades diarias, entre las que sus precios rondan entre \$5 y \$10 *Para 2008 se registró que los mexicanos gastan 240 mil millones de pesos al año en comida chatarra y sólo 10 mil millones en el consumo de 10 alimentos básicos como carne, frutas y verduras
Las Grandes Corporaciones Transnacionales de la Alimentación (GCTA) y la publicidad	El cambio en el patrón alimentario es condición y resultado de las GCTA, dado su influencia en los hábitos y costumbres en los países en los que se instalan, esto a través de la publicidad que utilizan para la difusión y penetración de sus productos	*En México prácticamente hay presencia de todas las GCTA: Bimbo, Pepsico, Nestlé, Kellog's y Coca Cola *Tan sólo en México, la Coca Cola realiza el 11% de sus ventas mundiales *Las ventas netas del Grupo Bimbo en México han aumentado consecutivamente de los años 2001 al 2007 con un crecimiento del 50% para todo el periodo *40% de la publicidad transmitida en TV fomenta el consumo de comida chatarra
Comida chatarra en las escuelas	La oferta alimentaria en las escuelas está compuesta en su gran mayoría por comida chatarra, aunado al mismo patrón en los alrededores de las mismas	*Los niños adquieren principalmente frituras, dulces y refrescos como sus refrigerios *No sólo los compran durante el recreo sino también durante la entrada y salida del plantel y de trayecto a sus casas
La mayor inserción de la mujer en el mercado de trabajo	Las oportunidades de trabajo y la necesidad de contribuir al sustento doméstico ha provocado una mayor inserción de la mujer en el mercado de trabajo, a la que históricamente le corresponde el rol de elegir y preparar los alimentos en casa, por lo que su ausencia en esta última implica un probable descuido de la alimentación al comer fuera de casa	*Para 2007 la mujer representa el 37% del total del mercado laboral nacional *Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, en 1989 el apartado del gasto de las familias de "alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar" fue 13%y para 2006 fue 24%, explicable en parte por la ausencia de la mujer en la alimentación doméstica

Fuente: Elaboración propia con información de Martínez, Rocío, "Modifican los mexicanos hábitos de consumo y alimentación por los altos costos", *El financiero*, México, 4 de enero 2008, p. 3 A. Torres Torres, Felipe y Yolanda Trápaga Delfín, *La alimentación de los mexicanos en la alborada del tercer milenio*, Miguel Ángel Porrúa, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México, 1ª edición, 2001, pp. 253. Torres Torres, Felipe, "Transformación y deterioro de la alimentación en México", México, 2008, pp. 36 y "Los mexicanos gastan 240 mil mdp al año en comida chatarra y sólo 10 mil mdp en el consumo de 10 alimentos básicos", *Excelsior*, 2 de marzo de 2008.

Todos los factores revisados en el cuadro 3.5, son complementarios el uno del otro, ya que existe una influencia recíproca. Por ejemplo, puede

atribuírsele, en parte a la pérdida del poder adquisitivo, el hecho de que las mujeres tengan la necesidad de integrarse al mercado de trabajo, lo que puede derivar en una desatención en la comida de los infantes de la casa, que con la intención de compensarla le dan dinero al niño para que se alimente en la escuela, quedando expuesto a la amplia oferta de comida chatarra en éstas últimas.

La publicidad de comida chatarra puede llegar a tener un gran influencia sobre las decisiones alimentarias de los niños, ya que de acuerdo con estimaciones válidas para México; un niño que ve dos horas y media de TV diaria presenciara 12 mil 700 anuncios de este tipo de alimentos, en el transcurso de un año (Dávila, 2008: pág. 36). En general, todos los factores incluidos en el cuadro 3.5, son resultado del desarrollo económico nacional y el desarrollo desigual que éste ha generado (Torres, 2001; Trápaga, 2001: pág. 101), sin olvidar el papel que ha jugado la política pública, que ha permitido una mayor presencia de la comida chatarra entre los mexicanos desde los ambientes escolares hasta los de trabajo (esto último ha de revisarse en el siguiente capítulo).

El análisis del cuadro 3.5 hace necesario estudiar ciertos puntos con determinadas particularidades, ya que, la obesidad en las familias con menores ingresos se debe a un “subconsumo” de alimentos, es decir, su alimentación se constituye por una dieta pobre en nutrientes, pero rica en carbohidratos, que nada más dan energía y se van acumulando en forma de grasa; en la que imperan alimentos como tamales, atoles, tortillas. Mientras que la obesidad de los mexicanos con mejores ingresos se debe al “sobreconsumo” de alimentos

altos en lípidos como lo son la carne roja, o la comida chatarra de mayor precio como las hamburguesas y las pizzas⁴⁵.

Para el caso específico del tipo de alimentación que se lleva en el D.F., un estudio⁴⁶ realizado por el INNSZ para el 2002, arrojó entre otros resultados, que en la capital del país el patrón alimentario se caracteriza por un bajo consumo de frutas y verduras, lo que implica un pobre consumo de fibra dietética y antioxidantes, así como un alto consumo en alimentos chatarra y de origen animal, y, en consecuencia, alto consumo de azúcares y harinas refinadas y grasas saturadas (ENURBAL, 2003, pág.112).

El estudio detallado de los factores que provocan el mayor consumo de comida chatarra es algo que rebasa los objetivos de esta investigación, sin embargo, con lo ya mencionado puede concluirse que todos los elementos revisados en este apartado colaboran a la transformación y agresión (ya que impactan negativamente en su calidad) del patrón alimentario, que en la década de los treinta se encontraba mayormente formado por tortilla, frijol, pastas, pan, huevo, carne y leche, mientras que hoy en día se ve dominando por los refrescos, la carne y la leche industrializada y demás alimentos procesados y transformados (Torres, 2001; Trápaga, 2001: pág. 86-87), que junto con la baja actividad física impactan directamente en el aumento de prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los mexicanos.

⁴⁵ “Entrevista al Dr. Felipe Torres Torres”, 26 de agosto de 2008, Instituto de Investigaciones Económicas, Ciudad Universitaria, Ciudad de México.

⁴⁶ El estudio lleva por nombre “Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2002. Estrato Económico Bajo (ENURBAL 2002)”, donde la población de estudio se conformó por 7 410 individuos pertenecientes a 1 600 familias de la Ciudad de México ubicados insertados en los estratos económicos bajos. Para mayor información sobre este documento, se encuentra disponible en: www.slan.org.mx/docs/Enurbal_2002_Final.pdf - 15k. Consultado el 10 de marzo del 2008, a las 16 hrs.

Una vez que han sido trazados algunos de los factores que más han contribuido al incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, no sólo en el D.F. sino en todo el país, a decir, de la sedentarización ligada a la vida en la ciudad y la mayor ingesta de comida chatarra; compete entrar de lleno al eje principal tanto del actual capítulo como de toda la investigación, es decir, la evolución del gasto en consultas demandadas por motivo de obesidad en el IMSS en el D.F.

3.5 Obesidad: consultas en Medicina Familiar y Especialidades en el IMSS

Es con los resultados de la ENSANUT 2006, cuando la prevalencia de sobrepeso y obesidad confirma su carácter de problema de salud pública que representa, dado el amplio número de mexicanos que las registran. Entre los médicos la preocupación se centra en el posible aumento de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, dado el gran factor de riesgo que representa.

El impacto económico del problema de la obesidad está presente en las pérdidas de productividad, dado que la condición de enferma de la persona obesa implica un rendimiento laboral deficiente además de posibles ausencias o retiros prematuros; pero es en este mismo sentido que empieza a plantearse la carga económica para el sector salud, que ha de representar la atención médica a una creciente población obesa.

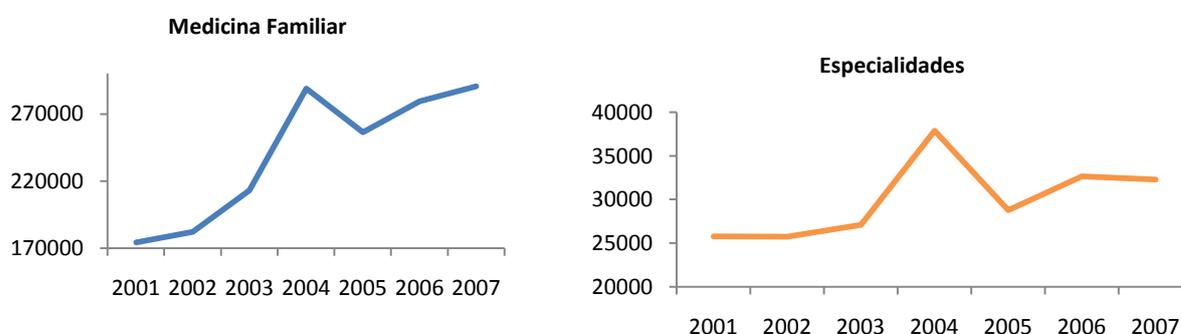
El IMSS, obviamente, está expuesto a hacerse cargo de financiar las mayores demandas médicas generadas por obesidad, ya que es la mayor institución en brindar atención médica a los mexicanos, por ejemplo, tan sólo en 2007 registró 47.9 millones de derechohabientes lo que representó

alrededor del 62% de la población asegurada a nivel nacional, de igual manera, para el mismo año se le dedicó a este instituto alrededor del 45% gasto público total en salud.

El motivo de estudiar solamente las consultas en medicina familiar y especialidades generadas por obesidad en el IMSS, radica en que es la única estadística que dispone el Instituto en tipos de atención médica para esta enfermedad, en otras palabras, no existen estadísticas de medicina u operaciones que sean imputables directamente a la obesidad. Mientras que la periodicidad elegida para esta investigación, es decir, del 2001 al 2007, en que 2001, entra en funcionamiento el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), que se encarga de recopilar y estandarizar la información de todo el sector salud, permitiéndole a esta investigación disponer de información específica a partir de ese año.

La tendencia general de las consultas generadas por motivo de obesidad, tanto en medicina familiar como en especialidades del 2001 al 2007, se presentan en la siguiente gráfica.

Gráfica 3.1 Consultas en medicina familiar y especialidades generadas por obesidad en el IMSS de 2001 al 2007

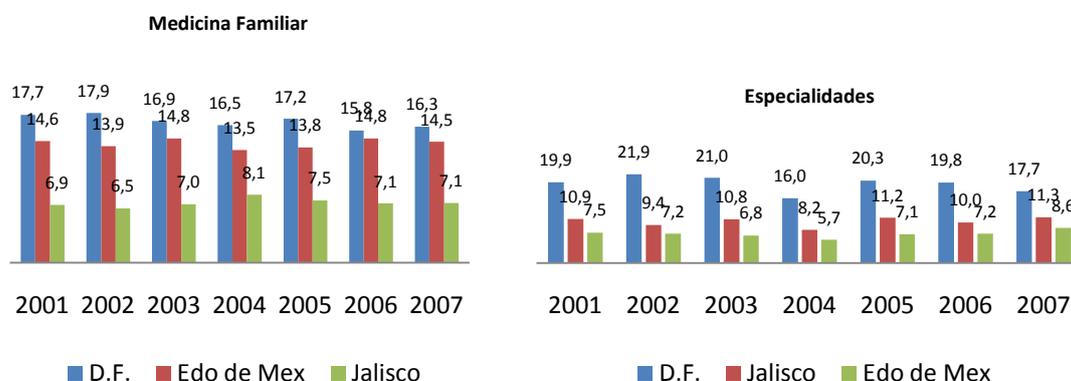


Fuente: Elaboración propia con información de Consultas otorgadas por obesidad, según servicio, año y delegación para Medicina Familia y Especialidades, IMSS.

En general, existe una tendencia a la alza para todo el periodo, para las consultas de medicina familiar y especialidades por obesidad a nivel nacional en el IMSS. Destaca el año 2004, , dado su alto crecimiento, provocado por la alta demanda que registraron los estados de Jalisco, Guanajuato y Tamaulipas, para el caso de medicina familiar; y Michoacán, Puebla y nuevamente Tamaulipas en el caso de especialidades, que habrían de normalizarse para los siguientes años. Para todo el periodo el crecimiento en demanda de consultas por motivo de obesidad fue de 67% para medicina familiar y de 25% para especialidades, lo que evidencia que los altos niveles de prevalencia de obesidad están generando una mayor demanda de servicios médicos.

Del total de consultas de medicina familiar y de especialidades por obesidad, la mayor parte se concentró en tres entidades federativas: D.F., Estado de México y Jalisco; entendible cuando se considera que forman parte de las más altas en lo que respecta a prevalencias de obesidad. La gráfica 3.2 muestra un comparativo de la demanda de consultas por motivo de obesidad en estas tres entidades federativas, respecto al total nacional.

Gráfica 3.2 Entidades federativas con mayor demanda de consultas generadas por obesidad como % del total nacional en el IMSS, 2001-2007



Fuente: Elaboración propia con información de Consultas otorgadas por obesidad, según servicio, año y delegación para Medicina Familia y Especialidades, IMSS

Para el caso de las consultas de medicina familiar, la presencia combinada del D.F., Estado de México y Jalisco acapararon, en promedio, el 37% del total nacional, es decir, alrededor de una tercera parte de la registrada en todo el país; mientras que en especialidades, son nuevamente estas tres entidades federativas las que más consultas registraron, con un total del 38% a nivel nacional.

El D.F. es la entidad federativa que más consultas registra tanto para medicina familiar como para especialidades otorgadas por obesidad a nivel nacional, ya que en el caso de la primera alcanzó, en promedio 17%, mientras que para la segunda, alrededor de 19% para el periodo 2001 al 2007, de ahí la elección de la capital del país como la entidad objeto de estudio de esta investigación.

3.5.1 Consultas otorgadas por obesidad en Medicina Familiar en el IMSS en el D.F., 2001 al 2007

Las consultas otorgadas en las Unidades de Medicina Familiar, corresponden al nivel de atención I, donde la atención médica es suministrada por médicos familiares, enfermeras y trabajadores sociales (Reynales et al, 2006: pág.51). Asimismo, las consultas de medicina familiar, son catalogadas dentro de la prestación conocida como *médica*, que entre sus características principales tiene el contacto directo del médico con el paciente (IMSS, 2008: pág. 1).

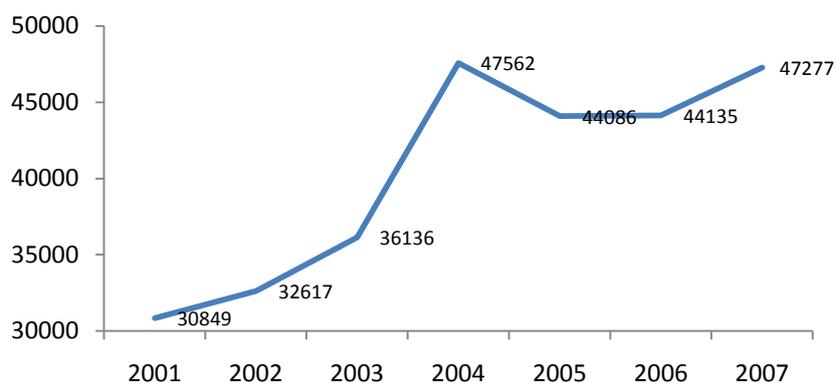
La consulta en medicina familiar consiste en una atención inicial o de seguimiento básica, para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades a través de medicina curativa y preventiva. Como requisitos indispensables, indistintamente la causa que genere la consulta; es necesario que los auxiliares

médicos tomen registro del peso y la altura del paciente, además de que este último debe contar con su chequeo anual, de tal manera que le permita conocer al médico familiar el Índice de Masa Corporal (IMC), y los niveles tanto de glucosa y colesterol de su paciente, elementos imprescindibles para la correcta atención del derechohabiente⁴⁷.

Para el caso específico de la consulta por obesidad, al paciente le es tomada su presión, medida su cintura, además de someterse a un cuestionario, para ubicar posibles indicios de problemas de tiroides que expliquen su exceso de peso. Entre otras cosas, el cuestionario también hace hincapié en el tipo de alimentación y niveles de actividad física del paciente obeso, cruciales al saber si ha de ser enviado a dietética o transferido a un nivel de atención superior.

Para el DF., el comportamiento de la demanda de consultas en medicina familiar por obesidad, presentan la tendencia mostrada en la siguiente gráfica.

Gráfica 3.3 Consultas en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001- 2007



Fuente: Elaboración propia con información de Consultas otorgadas por obesidad, según servicio, año y delegación para Medicina Familiar 2001-2007, IMSS

⁴⁷ "Entrevista a la Dra. Ana Julia Rojas Hernández (Médico familiar)", 12 de marzo de 2009, Clínica Familiar no. 64, Tlalnepantla, Estado de México.

En general, hay una tendencia a la alza en las consultas de medicina familiar generadas por obesidad en el D.F., en la que destaca el año de 2004, cuando se registra el mayor número de consultas en todo el periodo de estudio, debido a un incremento de las consultas para esta enfermedad a nivel nacional.

El crecimiento de consultas en medicina familiar para obesidad para todo el periodo fue de alrededor del 53 %, al pasar de 30,849 en 2001 a 47,277 en 2007; mientras que para las consultas de medicina familiar en general, también en el D.F., el crecimiento fue de menos del 8%, dado que en 2001 se tuvo un registro de 8,696,816, mientras que para 2007 se contabilizaron 9,381.246. Esto evidencia el ritmo acelerado de demanda de consultas por obesidad, lo que llevó a incrementar su presencia respecto al total de consultas de medicina familiar que brindó el IMSS en el D.F., ya que mientras en 2001 ocupaba el 0.35%, este indicador alcanzó 0.50%, para 2007, lo que implica un crecimiento promedio anual para todo el periodo de 8.3%, es decir, cada año incrementa en promedio la demanda de consultas en medicina familiar otorgadas por obesidad en 2,860.

Para contabilizar los gastos en que incurre el IMSS por motivo de las consultas de medicina familiar otorgadas por obesidad para los distintos años, es necesario multiplicar la frecuencia de éstas, por el respectivo costo unitario de las consultas de medicina familiar en cada año. El cuadro 3.6 muestra, tanto los costos unitarios como el número de consultas por obesidad en el D.F., dentro del IMSS en sus hospitales de medicina familiar.

Cuadro 3.6 Gasto por motivo de consulta en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007*

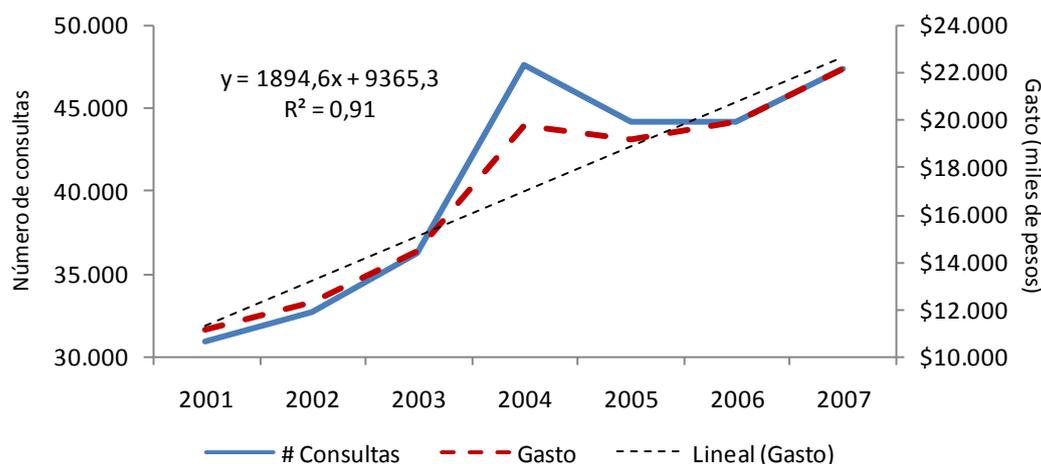
Año	Costo unitario por consulta	No. de consultas otorgadas por obesidad	Gasto total de consultas otorgadas por obesidad
2001	\$ 360	30 849	\$ 11,105,640
2002	\$ 376	32 617	\$ 12,263,992
2003	\$ 398	36 136	\$ 14,382,128
2004	\$ 414	47 562	\$ 19,690,668
2005	\$ 435	44 086	\$ 19,177,410
2006	\$ 450	44 135	\$ 19,860,750
2007	\$ 468	47 277	\$ 22,125,636

*Aplicando un factor de actualización a través del cociente que se obtiene de la división del Índice de Precios al Consumidor del año más reciente respecto al anterior (véase Anexo)

Fuente: Elaboración propia con información de Consultas otorgadas por obesidad, según servicio, año y delegación para Medicina Familiar, IMSS y "ACUERDO ACDO. SA2.HCT.250209/41.P.DF, por el que se aprueban los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para el año 2009 y la Base de Cálculo para la Actualización de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para el año 2009", *Diario Oficial de la Federación*, México, tomo DCLXVI, no. 5, 6 de marzo de 2009, pp. 65-68.

Al aumento general en la demanda de las consultas de medicina familiar otorgadas por obesidad, habrá que sumarle el incremento anual del costo unitario de las consultas, que al igual que el primer indicador, mantiene en general una tendencia a la alza, como muestra la gráfica 3.5.

Gráfica 3.4 Gasto por consulta en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007



Fuente: Elaboración propia con información del Cuadro 3.6 Gastos por consulta en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007.

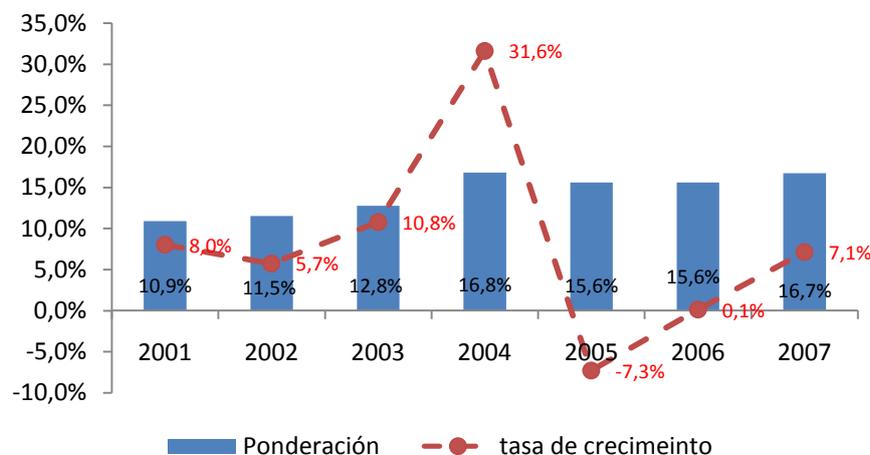
La gráfica 3.4 muestra la amplia relación que existe entre el número de consultas demandas y el gasto para su financiamiento, que según con el

coeficiente de correlación de Pearson (R^2), existe una correlación positiva del 91% entre ambos, es decir, el comportamiento en la demanda de consultas otorgadas por obesidad, prácticamente es calcado por el comportamiento del gasto, tal como lo evidencia la curva del número de consultas (curva azul) y la curva del gasto (curva roja punteada). A excepción del año 2004, que registra una elevada demanda y por ende un mayor gasto, el resto de los años muestra un comportamiento creciente constante.

El incremento promedio anual del gasto en consultas de medicina familiar generadas por obesidad del 2001 al 2007, fue de 12.8%, por arriba del incremento promedio anual en el número de las mismas consultas que fue de 8.3%, entendible cuando es considerado que cada vez resulta más costoso brindar consultas por obesidad, ya que además de su mayor número, cada año incrementa su costo unitario. Por lo que del 2001 al 2007, se registró un incremento promedio anual de alrededor de 3,363 mil pesos para poder financiar las consultas demandadas por obesidad en el IMSS en el D.F.

El comportamiento particular de crecimiento para cada uno de los años, así como su peso para todo el periodo, son mostrados en la siguiente gráfica.

Gráfica 3.5 Ponderación y tasa de crecimiento del gasto por consulta en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007



Fuente: Elaboración propia con información del Cuadro 3.6 Gastos por consulta en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007.

La tasa de crecimiento del gasto en consultas de medicina familiar (línea roja punteada), ilustrada en la gráfica 3.5, parece no arrojar un comportamiento en general, dado el pronunciado crecimiento del gasto para 2004 que alcanzó 31.6%, mientras que los años que le suceden registran un crecimiento inferior a 0, por ejemplo, 2005 con un decremento de 7.3%; o un crecimiento exiguo, como el 7.1% de 2007. Sin embargo, al considerar la ponderación de cada año para todo el periodo (barras azules), las diferencias entre los distintos años no es muy pronunciada, ya que en promedio cada año concentró alrededor del 14.3%. El año que registra la menor concentración de consultas demandadas por obesidad es el 2001 con un 10.9%, mientras que el 2004 y el 2007 muestran una concentración muy similar rodando en 16.7%, confirmando la tendencia creciente en el gasto de consultas en medicina familiar otorgadas por obesidad

En general, la gráfica 3.4 y las barras de la gráfica 3.5 evidencian cómo ha ido incrementado el gasto por consultas en medicina familiar otorgadas por

obesidad, como lo muestra de forma explícita la pendiente positiva de la curva de tendencia (curva negra punteada) de la gráfica 3.5, ya que del 2001 al 2007, las consultas pasaron de 30,849 en 2001 a 47,277 a 2007, lo que represento un incremento de 53%. Por su parte, el gasto en este servicio pasó de \$11,105,640 en 2001 a \$22,125,636 en 2007, es decir, creció prácticamente lo doble.

Lo señalado en el párrafo anterior deja en evidencia que la mayor prevalencia de obesidad entre los mexicanos esta generando una mayor demanda de servicios de salud por lo menos en el IMSS, representando una mayor carga económica al instituto tan sólo en el renglón de medicina familiar, a lo que habrá que sumar el gasto de esta enfermedad en las consultas en especialidades.

3.5.2 Consultas otorgadas por obesidad en Especialidades del IMSS en el D.F., 2001 al 2007.

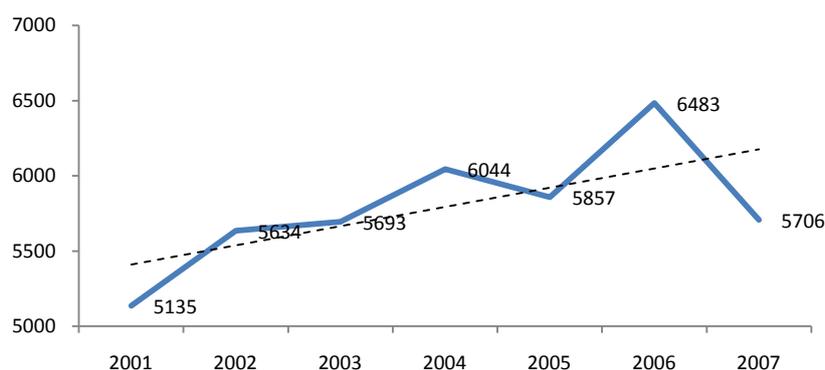
Las consultas otorgadas en las Unidades Médicas de Alta Especialidad, corresponden al nivel de atención III, en las que el paciente es atendido por médicos especialistas, con conocimientos amplios en una rama de la medicina, por ejemplo, cardiología, neurología, neumología, entre otras (Reynales et al., 2006: pág. 51).

Las consultas de especialidades responden en gran medida al tratamiento específico por parte de un médico experto en la materia, dado la resistencia de la enfermedad a un tratamiento básico inicial, en la que los niveles de atención médica anteriores son rebasados tanto en conocimientos

como en equipo. Para el caso específico de la obesidad, son los médicos especialistas en endocrinología e internistas, los que comúnmente se encargan de tratarla, dado los problemas de metabolismo en los que deriva⁴⁸.

La tendencia de las consultas en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS, para el caso del D.F. se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica 3.6 Consultas en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001- 2007



Fuente: Elaboración propia con información de Consultas otorgadas por obesidad, según servicio, año y delegación para Especialidades 2001-2007, IMSS

La tendencia de las consultas en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS para el D.F., a diferencia de los más acentuados crecimientos de la demanda de esta enfermedad para el caso de demanda de consultas en medicina familiar; se comporta más discreta, pero de igual manera a la alza; como lo muestra la línea de tendencia (línea recta punteada) con una pendiente positiva, rasgo inequívoco del aumento de las consultas de especialidades.

Las limitaciones temporales de la estadística, no permiten ampliar este balance muchos años hacia atrás, sin embargo, con la disponible, es posible inferir que las consultas en especialidades tienen un carácter de seguimiento,

⁴⁸ "Entrevista a la Dra. Ana Julia Rojas Hernández (Médico familiar)", 12 de marzo de 2009, Clínica Familia no. 64, Tlalnepantla, Estado de México.

ya que para los diferentes años, es muy parecido el número de consultas, reafirmando el carácter prolongado del tratamiento de la obesidad.

Al igual de cómo fue contabilizado el gasto atribuible por consultas de medicina familiar, se sigue el mismo procedimiento para el caso de las consultas de especialidades, es decir, multiplicar la frecuencia de éstas por el costo unitario por consulta en especialidades en el IMSS para cada año, como se calcula en el cuadro 3.7.

Cuadro 3.7 Gasto por consulta en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007*

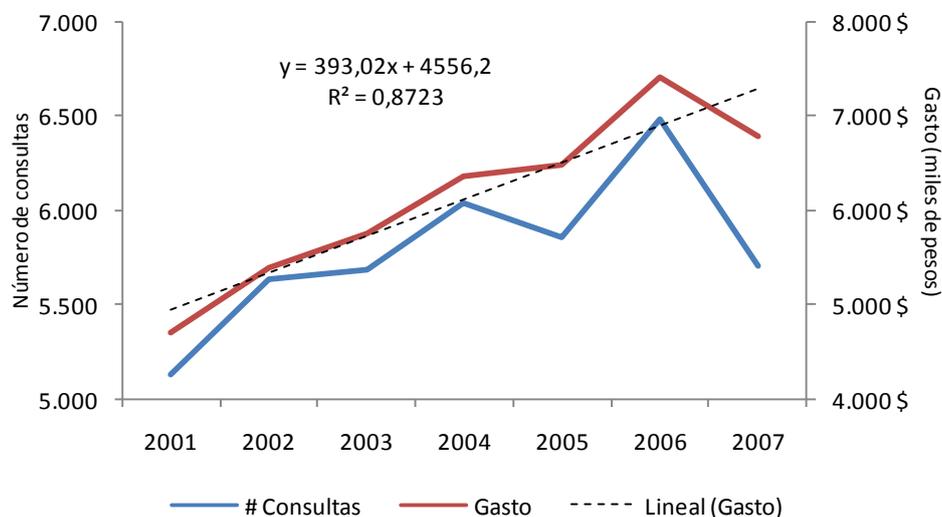
Año	Costo unitario por consulta	No. de consultas otorgadas por obesidad	Gasto total de consultas otorgadas por obesidad
2001	\$ 917	5 135	\$ 4 707 352
2002	\$ 957	5 634	\$ 5 392 228
2003	\$ 1 012	5 693	\$ 5 759 300
2004	\$ 1 052	6 044	\$ 6 357 527
2005	\$ 1 106	5 857	\$ 6 480 626
2006	\$ 1 143	6 483	\$ 7 412 347
2007	\$ 1 190	5 706	\$ 6 788 397

*Aplicando un factor de actualización a través del cociente que se obtiene de la división del Índice de Precios al Consumidor del año más reciente respecto al anterior (véase Anexo). Los datos totales, podrían no cuadrar con la multiplicación de costos unitarios por número de consultas, dado cuestiones de redondeo de centavos en el cálculo.

Fuente: Elaboración propia con información de Consultas otorgadas por obesidad, según servicio, año y delegación para Especialidades 2001-2007, IMSS y "ACUERDO ACDO. SA2.HCT.250209/41.P.DF, por el que se aprueban los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para el año 2009 y la Base de Cálculo para la Actualización de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para el año 2009", Diario Oficial de la Federación, México, tomo DCLXVI, no. 5, 6 de marzo de 2009, pp. 65-68.

Al igual que el caso de las consultas en medicina familiar, es mayor la cantidad de recursos destinados a consultas en especialidades otorgadas por obesidad, entendible por el mayor costo de las consultas y el mayor número de las mismas, tal como muestra la siguiente gráfica.

Gráfica 3.7 Gasto por consulta en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007



Al igual que el caso de las consultas en medicina familiar, la gráfica 3.7 muestra la mayor cantidad de recursos que se destinan por consultas en especialidades otorgadas por obesidad, dado el mayor costo de las consultas y la mayor cantidad de las mismas (dada la relación directa que existe entre ellas, con una R^2 del 87%). Por ejemplo, es entre los años de 2005 y 2006 cuando se da el mayor crecimiento en la demanda de consultas con un 10%, mientras que el crecimiento del gasto total ejecutado para todo el periodo fue de 14%, es decir, el crecimiento de los gastos siempre va por delante del de las consultas, lo que implica una mayor carga para el IMSS.

Una vez que han sido contabilizados los gastos atribuibles por consultas tanto de medicina familiar como en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en D.F., compete evaluarlos de forma combinada además de su impacto en el gasto del IMSS.

3.6 Obesidad: su impacto en el gasto por motivo de consultas en el IMSS en el D.F., del 2001 al 2007

De acuerdo con la estadística de los apartados anteriores, la tendencia de las consultas otorgadas para el tratamiento de la obesidad, tanto en medicina familiar como en especialidades en el IMSS en el D.F.; tiende a elevarse. Para el análisis combinado de los gastos correspondientes a cada uno de los tipos de consultas, es necesario transformarlas a un denominador común, que para el caso de esta investigación consiste en el monto de dinero o gasto ejercido en ellas, que para los años 2001 al 2007 están enlistados en el cuadro 3.8.

Cuadro 3.8 Gasto total por concepto de consultas en medicina familiar y especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007*

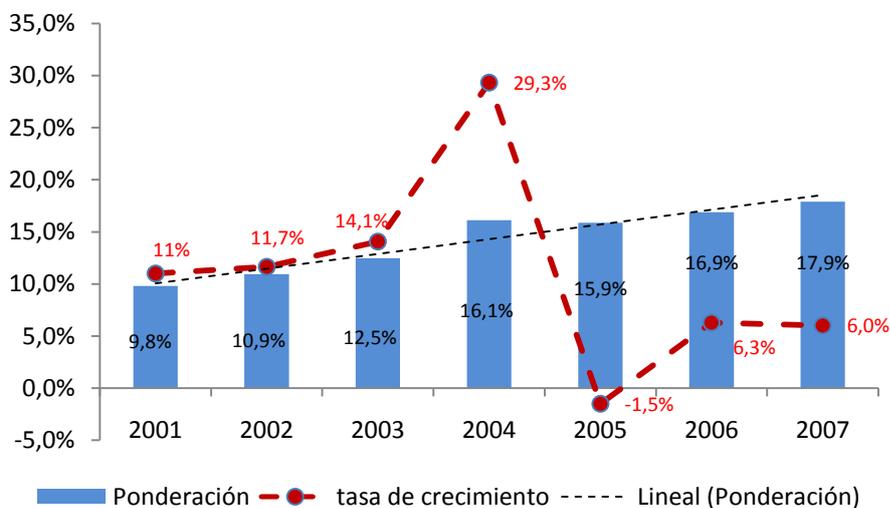
Año	Gasto por consultas en medicina familiar otorgadas por obesidad	Gasto por consultas en especialidades otorgadas por obesidad	Gasto total por consultas otorgadas por obesidad
2001	\$ 11,105,649	\$ 4 707 352	\$ 15,812,992
2002	\$ 12,263,992	\$ 5 392 228	\$ 17,656,219
2003	\$ 14,382,128	\$ 5 759 300	\$ 20,141,427
2004	\$ 19,690,668	\$ 6 357 527	\$ 26,048,195
2005	\$ 19,177,410	\$ 6 480 626	\$ 25,658,036
2006	\$ 19,860,750	\$ 7 412 347	\$ 27,273,096
2007	\$ 22,125,636	\$ 6 788 397	\$ 28,914,032

* Los datos de gasto total, podrían no cuadrar con la suma de los gastos individuales de consultas, dado cuestiones de redondeo de centavos en el cálculo.

Fuente: Elaboración propia con información del Cuadro 3.6 Gastos por consultas en medicina familiar otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007 y, Cuadro 3.7 Gastos por consultas en especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007

A través de todo el periodo, es evidente como cada año, ha ido incrementando el gasto total en consultas por obesidad, a excepción de los años 2004 y 2005, tal como se ilustra en la siguiente gráfica.

Gráfica 3.8 Ponderación y tasa de crecimiento del gasto total por consultas otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F. 2001-2007



Fuente: Elaboración propia con información del cuadro 3.8 Gasto total por concepto de consultas en medicina familiar y especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007

De acuerdo con la gráfica anterior, la tasa de crecimiento (representada por la línea roja punteada) en el gasto total en consultas otorgadas por obesidad, sufre una acentuada fractura del 2004 al 2005, manteniendo para el resto del periodo niveles inferiores de crecimiento respecto a los registrados antes del 2004. Sin embargo, lo anterior se debe a la elevada demanda tanto en medicina familiar como de especialidades que se registró en 2004, ya que en términos de ponderación de concentración del gasto total para todo el periodo (representada por las barras azules), el 2004 guarda una proporción de mayor concentración respecto a los años que le preceden, y prácticamente menor (a excepción de 2005 con un 15.9%) a los últimos años del periodo, ajustándose a la tendencia general de crecimiento en el gasto total de consultas por obesidad en el IMSS, ilustrada por la línea creciente de tendencia en la misma gráfica.

En general, la tendencia del gasto total por consultas por obesidad se muestra en la gráfica 3.10.

Gráfica 3.9 Gasto total por consultas otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F. 2001-2007 (miles de pesos)



Fuente: Elaboración propia con información del cuadro 3.8 Gasto total por concepto de consultas en medicina familiar y especialidades otorgadas por obesidad en el IMSS en el D.F., 2001-2007

Tal como muestra la gráfica anterior, el gasto total en consultas otorgadas por obesidad para el periodo el 2001 al 2007, creció 83%, ya que de un gasto de \$ 15,812,992 en 2001, pasó a \$ 28,914,032 en 2007, es decir, la mayor demanda de consultas otorgadas por obesidad, ha tenido un impacto negativo sobre el gasto del IMSS en el D.F., si éste es entendido como la cada vez mayor cuantía de recursos que son dedicados a atender esta enfermedad.

La obesidad tuvo un impacto promedio anual de \$24,050,989 por concepto de consultas sobre el gasto del IMSS en el D.F. del 2001 al 2007, lo que implica que cada año se incrementa a razón de \$ 1,968,857 en promedio el gasto para hacer frente al cada vez mayor número de consultas que son demandadas para el tratamiento de esta enfermedad. Esto implica, que anualmente crezca alrededor de 10.7 % el gasto por concepto de consultas

otorgadas por obesidad, mientras que el gasto total del que dispone el IMSS en el D.F. sólo crece en un 4%. Lo anterior podría parecer insignificante, dado los miles de millones de pesos que componen el presupuesto total del IMSS comparado a los millones gastados en consultas por obesidad, sin embargo, es evidente como los altos niveles de esta enfermedad, acarrearán una tasa de crecimiento en los gastos para su atención, que van por arriba de este mismo indicador en lo que respecta al gasto total del IMSS.

Con lo anterior, es comprobada la hipótesis planteada en este trabajo, es decir, los altos niveles de prevalencia de obesidad, han generado un incremento en la demanda de consultas para su atención, lo que provoca que una mayor proporción de recursos se enfoque al tratamiento de esta enfermedad, convirtiendo a la obesidad en un problema de salud pública y en un problema económico para el IMSS, dado la cada vez mayor cantidad del gasto que se le dedica, ya que en el caso del IMSS en el D.F., el aumento en el gasto en atención a la obesidad por concepto de consultas, tanto de medicina familiar como de especialidades, aumentó en un 83% , en tan sólo seis años, a decir, del 2001 al 2007.

La tendencia a la alza en el gasto de consultas otorgadas por obesidad, puede generar un proceso de competencia o insuficiencia de los recursos financieros (y médicos) para hacer frente a todos los gastos que debe encarar el IMSS para las distintas demandas de salud. Esto hace necesario la implementación de programas de promoción de salud y prevención de obesidad, como una estrategia para disminuir la demanda de servicios médicos para su atención y por ende de los gastos atribuibles a los mismos. Estos programas podrán permitir un reconocimiento temprano de los síntomas

y el tratamiento inmediato del problema de la obesidad, es por ello, que el Estado Mexicano actualmente esté diseñándolos e implementándolos; mismos que son revisados en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO IV

UNA POLÍTICA

PÚBLICA

INTEGRAL

CONTRA LA

OBESIDAD

4.1 La salud como tema de análisis económico

La salud tal como la define la OMS, consiste en un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no consiste solamente, en una ausencia de enfermedad o dolencia (citado por Morichau, 1971, pág. 7), de tal manera que aquel que la posea, está en condiciones de desarrollarse integralmente en cada una de las esferas que componen su vida, teniendo como ejemplo de éstas, la social, académica, la de pareja y laboral.

El concepto de salud tal como lo define la OMS, trae consigo múltiples beneficios, que desde una perspectiva económica resultan muy relevantes; tales como el aumento de la productividad de los trabajadores, la disminución en el número de ausencias por enfermedad, a la vez de una prolongación de la vida económicamente activa. Además de eso, un buen estado de salud durante la infancia y adolescencia, impacta positivamente en la capacidad y motivación para aprender, lo que implica una mejor formación y por ende un mejor rendimiento en su futura vida laboral (López 1998; Ortún, 1998: pág.103) que de darse en grandes segmentos de la población, podrían llegar a reflejarse positivamente en el desempeño económico del país.

Continuando con el análisis económico de la salud; el gasto en este ramo que está enfocado a la promoción de la misma, constituye una inversión en capital humano, ya que colabora a un incremento tanto de capacidades como de habilidades para desempeñar eficientemente, cualquiera que sea su actividad laboral, pudiendo colaborar a incrementar su productividad.

Los beneficios concatenados a la promoción salud, toman la dirección contraria; en el caso de la enfermedad. Por ejemplo, para el caso específico

de esta investigación, se ha señalado que la obesidad impacta negativamente en la esperanza de vida, al reducirla en 10 años (Ruiz, 2008: pág. 45), aumenta los días de ausentismo laboral, además de que cuando se presenta en los niños es causa de desaprovechamiento académico, lo que de una u otra manera ha de colaborar a la baja de la productividad de la persona obesa⁴⁹.

En lo que respecta al gasto en salud dedicado al tratamiento de la obesidad, de acuerdo con los resultados de esta investigación; mantiene una tendencia a la alza, debido a la mayor presencia de casos de gente con esta enfermedad, que demanda una mayor atención médica para su combate.

Al plegarse el gasto en salud (y todos los recursos en salud en general) al supuesto básico de la Economía, que se refiere a la escasez, surge el dilema de elegir entre la promoción de la salud o el tratamiento de la enfermedad. Más allá de que este capítulo contenga un comparativo de que opción resulta menos costosa, sí es resaltada la importancia de la salud, como elemento que impacta positivamente en el crecimiento económico, que de acuerdo con un informe del Banco Mundial de 1993, lo hace en cuatro formas: reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores; permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran total o prácticamente inaccesibles; aumenta la matrícula escolar de los niños y les permite aprender mejor y; libera, para diferentes usos, recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades (Arreola, et al, 2003, pág. 35).

⁴⁹ "Entrevista al Dr. Felipe Torres Torres", 26 de agosto de 2008, Instituto de Investigaciones Económicas, Ciudad Universitaria, Ciudad de México.

El impacto favorable de la salud en el crecimiento económico, como indica el informe del Banco Mundial, resalta la importancia de una política pública dirigida a la promoción de la salud y, no que priorice en el tratamiento de la enfermedad, que no quiere decir que se abandone al enfermo, sino que haya una reorientación en su atención.

El diseño e implementación de una política que busque la promoción de la salud, debe estar encabezada por el Estado, ya que, cuenta con las facultades para implementar medidas de alcance colectivo y público, que tal como señala la Teoría del Estado de Heller, fomenten la cooperación social-territorial que sean extensibles a la vida social en su totalidad (Heller, 1998: pág. 260). Por lo tanto, el papel del Estado en materia de salud, no se reduce a la provisión de servicios de salud, sino también a la generación de las condiciones que favorezcan mejores niveles de salud entre sus gobernados.

4.2 La salud y el Estado

Es a través de la provisión de servicios de salud por parte del Estado, la forma que tiene éste para encarar la ineficacia, incapacidad o falta de estímulos del mercado para encargarse de esta labor. A su vez, la razón de que el Estado intervenga como proveedor de servicios de salud, responde a una cuestión de equidad, haciendo frente a las necesidades más latentes en salud entre sus gobernados. Con esto, además de promover mejores niveles de salud entre la sociedad, el Estado logra alcanzar un fin de sus funciones y fines: redistribución del ingreso, provisión de bienes públicos, satisfacción de necesidades colectivas, promover el crecimiento económico, cumplir su responsabilidad social, etc.

Para cumplir con la labor de proveer servicios de salud, el Estado, al igual que para cualquiera de sus otras funciones; dispone primordialmente de dos herramientas para realizarla: el gasto público y, las instituciones y políticas públicas.

El gasto público, y en específico el de salud, ya han sido revisados en el capítulo II de esta investigación. Por otra parte, las instituciones y las políticas públicas, dotan al Estado de la facultad de hacer frente a desafíos y problemas considerados de naturaleza pública (PND 2001-2006), que en lo que respecta a la salud; no sólo considera a las instituciones enfocadas a este ramo; sino que también recurre a todas aquellas secretarías y dependencias públicas, que puedan colaborar a promover mejores niveles de salud.

Con lo anterior se retoma el estudio iniciado en el capítulo I, en lo que respecta a la relevancia del Estado como proveedor de servicios de salud; completando y reforzando esta concepción, al agregar, la capacidad que éste posee para implementar y llevar a acabo, a través de sus instituciones y políticas públicas, programas que impacten en la salud de quien gobierna.

Una vez que ha sido reforzado el concepto del Estado, con el de políticas públicas, es pertinente orientar la investigación al análisis de las políticas públicas para combatir la obesidad, que de acuerdo a lo señalado en los primeros apartados de este capítulo; resultarán una opción más beneficiosa cuando estén dirigidas a la promoción de la salud y de hábitos de vida saludables, para disminuir la prevalencia de la obesidad entre las personas; y es, efectivamente esta línea, la que ha adoptado el Estado Mexicano, tal como es analizado en los próximos apartados.

4.3 La política pública del Estado Mexicano contra la obesidad

Contrario a lo que se podría pensar, delegando sólo a la Secretaría de Salud y al sector salud el combate de la obesidad; el Estado Mexicano ha emprendido un programa nacional para contrarrestar esta enfermedad entre sus gobernados, que incluye a varias de sus dependencias, entre las que destacan la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE).

Cada una de las instituciones del Estado Mexicano, que participan en combate de la obesidad, aplican políticas públicas en su respectiva área de trabajo, lo que no significa que funcionen de forma desarticulada, al contrario; ya que cada una de sus acciones están dirigidas a combatir dos de los principales problemas que provocan la obesidad: los hábitos alimenticios y la falta de actividad física atribuible al sedentarismo. De igual manera, para el conjunto de estas instituciones, es claro el rumbo que debe de tomar la política pública: promoción de la salud y prevención de enfermedades, para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la misma (SSA, 2007, pág. 90), ya que son muchos los beneficios que vienen aparejados con ella.

Antes de pasar a la revisión de cada una de las propuestas de las diferentes dependencias del Estado Mexicano, es importante señalar que todas ellas, de una u otra forma, se pliegan al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND 2007-2012)⁵⁰, que a grandes rasgos contiene los objetivos

⁵⁰ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, consultado el 15 de abril de 2008 a las 19 hrs, en: <http://pnd.presidencia.gob.mx/>

nacionales, las estrategias y las prioridades del desarrollo del país, además presenta las previsiones de recursos asignados a tales fines y determina los instrumentos y los responsables de su ejecución (Aspe, 2007: pág. 25). Para el caso de la actual administración federal, el PND tiene como principio eje rector el “Desarrollo Humano Sustentable”, es decir, que el desarrollo de las actuales generaciones no ponga en riesgo el de las futuras, sino que al contrario; generen las condiciones necesarias para que los mexicanos de hoy y mañana puedan satisfacer sus necesidades fundamentales tales como la educación, la alimentación, la vivienda, la protección de sus derechos humanos y finalmente la salud, evidenciándose así la prioridad que ésta última representa en la agenda política del Estado Mexicano (PND, 2007-2012).

En este capítulo, a diferencia del anterior, el análisis no sólo se hace para el caso del D.F., sino que este mismo, es a grandes rasgos, aplicable a nivel nacional. Primeramente, porque las políticas públicas aquí revisadas, son diseñadas por el Gobierno Federal, lo que en este caso implica, que sean de alcance nacional. En segundo término, dado que el problema de salud pública que representa la obesidad es válido para todo el territorio mexicano, por lo que el diseño de la política para combatirla, considera el mismo espacio geográfico.

4.3.1 Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud

Es con base en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, que se elabora el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS 2007-2012), que funge como eje directriz en el diseño de la política pública en salud, que entre sus principales objetivos pretende: mejorar las condiciones de salud de la

población, reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, prestar servicios de salud con calidad y seguridad, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza, y al desarrollo social del país (SSA, 2007: pág.18).

Para el cumplimiento de dichos objetivos, el PNS 2007-2012 contempla diez estrategias contenidas en tres apartados, señaladas en el cuadro 4.1

Cuadro 4.1 Estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS 2007-2012)

Apartado	Estrategia
Rectoría efectiva del sector	<ol style="list-style-type: none"> 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.
Financiamiento equitativo y sostenible	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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.

Fuente: Elaboración propia con información extraída de Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, 1ª edición, 2007, pp. 18-19.

Las estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012, están dirigidas no sólo al sector salud, sino a todo el Sistema Nacional de Salud⁵¹, mostrando la iniciativa que debe de mostrar el Estado, al convocar tanto al sector público como al privado, para alcanzar de forma conjunta el bien común. Tal como lo marca la teoría del Estado de Heller, al señalar la organización y

⁵¹ El Sistema Nacional de Salud aglutina a todo aquel individuo u organización que preste servicios de salud, sin importar que pertenezcan al sector público y privado.

activación de la cooperación de la sociedad, como el principal papel del Estado (Heller, 1998: pág. 260).

Las estrategias del Programa Nacional de Salud 2007- 2012, van en consonancia a los tres objetivos básicos y finales de cualquier sistema de salud, que según la OMS consisten en mejorar la salud de la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y garantizar la seguridad financiera en materia de salud (OMS: 2008).

De todas las estrategias que componen el Programa Nacional de Salud 2007-2012, para efectos de este capítulo, sólo se repasa en las dos primeras estrategias señaladas en el apartado de “Rectoría efectiva del sector salud”, ya que contemplan opciones de política pública que abordan directamente el problema de la obesidad⁵². La primera de las estrategias, contempla fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios, a través de la generación de conciencia sobre la presencia de riesgos sanitarios⁵³ y crear una cultura de protección a la salud, además de la regulación del etiquetado y publicidad de alimentos nocivos para la salud. Por su parte, la segunda de las estrategias, busca fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades, colocándolas en el centro de las políticas públicas nacionales, en colaboración con la Secretaría de Educación Pública (SEP), para desarrollar un programa de educación saludable.

⁵² Es importante señalar, que estas medidas no son sólo válidas para el caso de la obesidad, sino también para las enfermedades con que se le relaciona, como lo son la diabetes o los cardiovasculares, y en general para todas las enfermedades.

⁵³ Los riesgos sanitarios son aquellos factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente, productos o servicios que se consumen, incluyendo los servicios publicitarios; que pone en peligro la vida de quien se expone a ellos (SSA, 2007, pág. 18)

Para la promoción de la salud y la prevención de la obesidad, es necesario atacar los factores que provocan esta enfermedad. Lo primero es establecer una política pública que regule la publicidad y etiquetado de comida chatarra, con el propósito de inducir hábitos alimenticios más equilibrados, aparejada con una educación que ayude a discernir entre las ventajas de una alimentación sana y otra basada en gran medida en comida chatarra. Esta regulación debe de prestar especial atención al caso de los infantes mexicanos, ya que se calcula que un niño que ve dos horas de televisión diaria, en un año presenciara 12 mil 700 anuncios de comida chatarra, inclinado su consumo por este tipo de alimentos, que en parte ha llevado a que México ocupe el primer lugar de obesidad infantil (Dávila, 2008: pág. 34).

Entre las políticas públicas inclinadas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, resaltan dos medidas implementadas por el Gobierno federal y la Secretaría de Salud, para combatir no sólo a la obesidad, sino a las enfermedades afines a ellas como la diabetes y las cardiovasculares, señaladas en el cuadro 4.2.

Cuadro 4.2 Medidas implementadas para el combate de la obesidad

Medida	Objetivos
Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud	<ul style="list-style-type: none"> *Reducir la prevalencia de obesidad, entre otras enfermedades, a través de la promoción de la salud y prevención de enfermedades por medio de un programa educativo en salud. *Convocar a la comunidad a participar de una forma consciente, voluntaria e informada para la promoción de la salud. *Instar al sector salud a través de capital humano capacitado en salud pública, instruya a sus usuarios en el cuidado de su salud. *Entornos favorables a la salud que fomenten el esparcimiento y la actividad física al aire libre. *Construir una política pública de salud que permita alcanzar los objetivos comunes y las metas nacionales.
5 pasos diarios para vivir mejor	<ul style="list-style-type: none"> *Se sustenta en cinco puntos: 1 Muévete (promoción de la actividad física) 2 Toma agua (hidratación adecuada), 3 Comer frutas y verduras (aumentar su consumo), 4 Mídete (calcular y entender el IMC), 5 Comparte (convivencia familiar). *Buscar aumentar la salud y bienestar de los mexicanos, para mejorar la calidad de vida. * Incrementar los niveles de actividad física. *Disminuir las prevalencias de sobrepeso y obesidad y las enfermedades crónico degenerativas que se les vinculan.

Fuente: Elaboración propia con información de Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, 1ª edición, 2007, p. 95 y Secretaría de Salud "5 pasos diarios para vivir mejor", 2009, pp. 2

La Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud implementado por el Gobierno Federal, opta por la educación en salud y medidas preventivas, que incluyan a la sociedad en su conjunto; como herramientas para combatir la obesidad. Por otra parte, la SSA describe a su programa de "5 pasos diarios para vivir mejor", como un programa integral que promueve la adopción de hábitos saludables, basados en una alimentación sana, aunada a la actividad física; como instrumentos para promover la salud y contrarrestar la obesidad y el riesgo de otras enfermedades.

La temprana vida de cada programa, dado que el del Gobierno Federal entró en marcha en febrero del 2007, y el de la SSA a mediados de enero del actual año; impiden hacer un análisis sobre sus resultados. Estas medidas resultas necesarias (más no suficientes) para el combate a la obesidad, dado que sirven para contrarrestar el sedentarismo y la ingesta de comida chatarra, ambos factores definitivos para desarrollar esta enfermedad.

4.3.2 El deporte contra la obesidad

En términos generales, la obesidad es entendida como una excesiva o anormal acumulación de tejido adiposo, atribuible a un exceso de energía (producto de la sobreingesta de alimentos), que no se contrarresta a través de la actividad física (Álvarez, 2002: pág. 177).

En México, según la ENSANUT 2006, más del 60% de los mexicanos presentan algún grado de sobrepeso u obesidad, entendible cuando se considera, que la principal actividad recreativa del 80% de la población es ver la televisión. De igual manera, los mexicanos dedican más de 26 horas a la semana en actividades recreativas sedentarias y sólo 5 horas semanales a alguna actividad física (Zamorano, 2008: pág. 2), lo que ha llevado a que sólo el 5 % de la población realiza una actividad física o deporte regularmente⁵⁴ (SSA, 2009: pág.2), Por lo tanto, una política pública que busque combatir la obesidad, debe fomentar mayores niveles de actividad física y del deporte, que de igual manera, forman parte de la promoción de la salud.

Por su parte, la Comisión Nacional de Salud Física y Deporte (CONADE), dependencia del Estado Mexicano encargada del diseño e implementación de los programas deportivos y de actividad física a nivel nacional; considerando el actual problema de salud pública que representa la obesidad y con base en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, diseñó el Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2008-2012.

El Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2008-2012, busca combatir la obesidad a través del deporte y la actividad física cotidiana. Para

⁵⁴ Entendiéndose por “regularmente”, una hora diaria.

ello, tiene entre los pilares del plan la “Cultura Física” que busca promover el desarrollo de una cultura física, que propicie la formación de hábitos de vida sana a través de la activación física y la practica del deporte de forma regular, para el cuidado de la salud de todos los mexicanos de las diferentes edades. Otro de los puntos importantes del plan, es el “Desarrollo del deporte”, que pretende formar y capacitar a profesionales en al ámbito de la cultura física y el deporte, que brinden un servicio de calidad a la sociedad y promuevan el hábito de la actividad física, especialmente en el ámbito escolar (CONADE 2008: pág.14).

La CONADE, a través de su plan; busca diseñar una política pública que masifique la promoción y acceso al deporte, para implementar entre los mexicanos la práctica regular de alguna actividad física. De tal manera que los 5.1 millones de mexicanos que realizaron actividad física regularmente en programas en esta materia a nivel nacional, durante el 2006; se incremente, para fin de sexenio a 35 millones (CONADE, 2008: pág. 38). Para ello la CONADE, planea impulsar la construcción, remodelación, rehabilitación, ampliación, adecuación y equipamiento de instalaciones deportivas, de tal manera que se disponga de una mayor oferta para que permita la actividad física.

En esta misma tónica de rescate de espacios públicos para la promoción de la actividad física, el Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), puso en marcha a principios del 2007, el programa *Rescate de espacios públicos*, que tiene por objetivo identificar plazas, parques y unidades deportivas deterioradas o inseguras, e intervenirlas de forma integral, para que funjan como áreas de dispersión social y permitan

realizar alguna actividad física. A un año de implementado el programa se rescataron 820 espacios, beneficiando a más de 4 millones de personas, a nivel nacional (Zamorano, 2008, pág. 3).

De realizarse los objetivos que contempla la CONADE en su Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2008-2012 y, de continuar la recuperación de espacios públicos a través de la SEDESOL; esto impactaría positivamente en la disminución de prevalencias de obesidad, ya que se articularía una política que por un lado intenta inducir e incluir a un mayor número de mexicanos a la práctica regular de una actividad física, y por el otro lado, se están creando y recuperando los espacios que permitan dicha actividad.

La CONADE, además del trabajo de complementación y reforzamiento que pretende con la SEDESOL, tiende lazos de cooperación con la Secretaría de Educación Pública (SEP), al considerar eventos multideportivos que integren a todo el Sistema Educativo Nacional, pero aún más importante, es la implementación de libros de textos entre los estudiantes que promuevan los beneficios del deporte y las desventajas de la enfermedad. Resaltándose así, la importancia de la educación como herramienta para combatir a la obesidad.

4.3. 3 La educación contra la obesidad

La SEP describe a la educación como la base para el progreso de las naciones y el bienestar de los pueblos (SEP, 2007, pág. 7), siendo este concepto extensivo al ramo de la salud, ya que la ausencia de educación en la salud, es consecuencia del desconocimiento de enfermedades, además de las formas de tratarlas o prevenirlas.

En parte, el problema de la obesidad, es primeramente el desconocimiento de ella como enfermedad o el gran riesgo que representa para desarrollar otras enfermedades más graves, y la desinformación de los alimentos que la generan. En ambos casos, es necesario cambios en la educación de cuidado de la salud y alimentación. Por ejemplo, una encuesta realizada a nivel nacional, obtuvo entre otros resultados, que el 52 % de los mexicanos nunca leen la información nutricional de los empaques, que sumado al desconocimiento de los términos de nutrición, implica una infravaloración de las consecuencias que puede traer los alimentos consumidos (Bimsa, 2008, pág. 3).

Con la intención de contrarrestar la falta de conocimiento y para mejorar los niveles de educación en materia de salud entre los estudiantes, la SEP en su Programa Sectorial de Educación 2007- 2012 (PSE), propone los siguientes puntos: fortalecer las iniciativas y los programas dirigidos a la formación integral de la persona en los que se incluya el cuidado a la salud y, diseñar libros de textos y materiales interactivos, que promuevan en el estudiante el cuidado de su salud (SEP, 2008: pág. 64).

Las medidas adoptadas por la SEP podrían ser de gran relevancia para el combate de la obesidad, dado que están enfocadas a estudiantes, que como tales se encuentran en un proceso de aprendizaje y formación. Por lo tanto, la educación en materia de salud, colaborará a distinguir las ventajas de salud y, prevenir la obesidad u otras muchas enfermedades.

Aunado a las medidas de la SEP para la promoción de la salud, está el proceso de concientización sobre la enfermedad planteado en el Programa

Nacional de Salud 2007-2012; además del uso de publicidad por cualquier medio de comunicación del que puede valerse el Estado, para promover la salud.

En materia de publicidad de la salud, en el marco de la *Alianza por un México Sano*⁵⁵, se desplegó una campaña nacional para la promoción de la salud, que incluyó comerciales en medios electrónicos y escritos, así como publicidad en la vía pública a través de espectaculares, autobuses y paradas de camión. Para el caso específico del combate a la obesidad, fue usado el eslogan *Prevenir el sobrepeso y la obesidad es sano*, seguido de diferentes leyendas tales como *ejercicio, caminar, usar las escaleras, tomar agua o trotar* (Alianza por un México Sano, 2009)⁵⁶.

Todas las políticas públicas revisadas y analizadas en este capítulo muestran que la estrategia que ha adoptado el Gobierno Federal para el combate de la obesidad, están enfocadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, debido a los efectos positivos aparejados a la buena salud de la población; a través de sus diferentes dependencias en materia de salud, deporte, desarrollo social y educación.

4.4 PREVENIMSS

El IMSS, objeto de estudio de esta investigación, ha adoptado una postura de combate a la obesidad, en consonancia con la política pública en salud marcada por Gobierno Federal, a través de la prevención de la misma y

⁵⁵ La Alianza por un México Sano aglutina tanto a organizaciones gubernamentales como no gubernamentales, medios de comunicación, la ciudadanía y la población en general, que a través de sus acciones, trabajan en conjunto para mejorar los niveles de salud de todos los mexicanos.

⁵⁶ Consultado el 22 de abril del 2009 a las 23hrs, en:
<http://alianza.salud.gob.mx/index.html>

la promoción de la salud. Para lograr esto, el IMSS ha implementado en su catálogo de atención médica los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), compuestos de cuatro acciones y enfocadas a los grupos específicos de población que se señalan en el cuadro 4.3

Cuadro 4.3 PREVENIMSS: acciones y grupos de atención

Acciones	Grupo específico de población
*Promoción de la salud	*Salud del niño (menores de 10 años)
*Vigilancia de la nutrición	* Salud del adolescente (10–19 años)
*Prevención, detección y control de enfermedades	* Salud de la mujer (20–59 años)
*Salud reproductiva	* Salud del hombre (20–59 años)
	* Salud del adulto mayor (mayores de 59 años)

Fuente: Elaboración propia con información extraída de Medigraphic, "Programas Integrados de Salud", [Medigraphic](#), México,

2005, p. 41.

PREVENIMSS busca identificar necesidades específicas de atención médica para los diferentes grupos de población a los que le sirve, teniendo como objetivo principal mejorar la calidad de atención en las unidades de medicina familiar, a través de otorgarle al derechohabiente un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección y preservación de la salud, que lo motiven a participar activamente en el cuidado de la misma (Medigraphic, 2005: pág. 41).

Para el combate específico de la obesidad, el PREVENIMSS utiliza principalmente su línea de acción de *Nutrición*, adoptando primeramente una posición preventiva para los diferentes segmentos de edad, a los que recomienda una alimentación balanceada y en sus respectivos tiempos, evitando en lo posible el consumo de comida chatarra. En caso de que el derechohabiente ya presente algún nivel de sobrepeso u obesidad, éste es integrado a un grupo de ayuda, que le elabora un plan de alimentación de acuerdo a sus características físicas. De igual manera, el tratamiento de la

obesidad, es reforzado con la línea de acción de *Promoción de la salud*, en la que se insta al derechohabiente con exceso de peso a realizar alguna actividad física (IMSS, 2009).

Los resultados de la ENSANUT 2006 indican que más del 60 % de los mexicanos presentan problemas de exceso de peso, provocando que la obesidad fuera reconocida como un problema de salud público a principios del año pasado, y al ser el IMSS la institución de salud que a más mexicanos atiende; es a esta a quien le ha correspondido enarbolar la cruzada nacional de combate al sobrepeso y obesidad conocida como *Vamos por un millón de kilos*, para lo cual el IMSS se vale de su infraestructura de Unidades de Medicina Familiar y la experiencia de PREVENIMSS.

4.4.1 Vamos por un millón de kilos

Al ser el IMSS una institución pública encargada de brindar servicios de salud a los mexicanos y, de acuerdo a lo que sostiene la teoría del Neoinstitucionalismo Económico, al señalar que el desenvolvimiento y diseño de estrategias por parte de las instituciones está supeditado a las necesidades y demandas de la sociedad; el IMSS implementa la cruzada nacional de combate al sobrepeso y la obesidad *Vamos por un millón de kilos*, como respuesta a la demanda de los mexicanos por atender el problema de salud pública que representa la obesidad. Así mismo, esta cruzada nacional, ejemplifica la función básica de cualquier sistema de salud, de *prestación de servicios de salud a la comunidad*, ya que contempla medidas de acciones de salud colectivos, un ejemplo más de política pública para el combate de esta enfermedad.

La cruzada nacional *Vamos por un millón de kilos*, es el programa a través del cual el PREVENIMSS, promociona la salud y la medicina preventiva⁵⁷, para contrarrestar el exceso de peso; que tiene por objetivo mejorar los hábitos de alimentación de la población, además de impulsar la práctica del ejercicio físico diario para perder peso, mejorando así el nivel de salud de las personas. La campaña se dirigió a los derechohabientes del propio institutito entre los 13 y 60 años, con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, para lo que el IMSS utilizó toda su infraestructura en medicina familiar para la inscripción y el seguimiento de aquellos que se integren a la cruzada (Guzmán, 2008: pág. 4).

El IMSS brinda a cada persona inscrita en esta cruzada de *Vamos por un millón de kilos*, una cartilla con 28 planes de alimentación saludable para 8 semanas y recomendaciones para una vida activa. En la cartilla son asentadas las características físicas del derechohabiente, además de que en ésta misma, se lleva un registro de los kilos perdidos, por lo cual, el derechohabiente tiene que acudir cada 15 días a su clínica familiar para ver sus avances.

En la primera etapa de esta cruzada, se inscribieron en todo el país 1 millón 810 mil 360 derechohabientes, que en el lapso en que duró esta etapa, del 2 de junio al 25 de julio del 2008; registraron una reducción global de peso de 1 millón 160 mil 895 kilos. Por magros que pudieran parecer los resultados, ya que en promedio cada persona perdió un poco más de medio kilo durante casi dos meses, lo relevante de esta cruzada es inculcar la cultura

⁵⁷ Contrario a lo que se pueda pensar, de que sólo se usa la medicina preventiva para las personas sanas; está también es válida para las enfermas, en el que la medicina preventiva persigue que la enfermedad no progrese, además de que toma un carácter de rehabilitación, por medio de la superación de la enfermedad física, mental y socialmente.

del cuidado de la salud como medida para contrarrestar la obesidad, sin la necesidad de tener que recurrir a costos tratamientos (como podrías ser una operación) para atenuarla.

La superación de las expectativas del IMSS en la cruzada *Vamos por un millón de kilos*, lo llevó a iniciar una segunda etapa que lleva por nombre *Vamos por más kilos*, que para finales de noviembre del año anterior registró a un total de 2 millones 503 mil 703 derechohabientes inscritos, para sumar un total acumulado de 2 millones 251 mil 297 de kilos perdidos (IMSS, 2008).

Con la revisión de la campaña nacional *Vamos por un millón de kilos* y su sucesora *Vamos por más kilos*, concluye la revisión de las principales propuestas y políticas públicas, del Gobierno Federal, sus dependencias e instituciones, para combatir la obesidad. Resalta el hecho, de que estas políticas, que si bien, son necesarias; no son suficientes para acabar de fondo con el problema de la obesidad, ya que generalmente se enfocan a promover hábitos de vida saludable (actividad física y alimentación balanceada), y no atacan de lleno todos los factores que explican las dos principales causas de la obesidad: consumo de comida chatarra y sedentarismo.

4.5 Hacia una política pública integral contra la obesidad

La solución al problema público de salud que representa la obesidad, al igual que esta enfermedad es entendida de forma médica; debe de considerar un grupo heterogéneos de condiciones que interactúan entre sí (Calzada et al., 2004: pág.169). Si bien son aplaudibles las iniciativas que ha tomado el Estado Mexicano para combatir a la obesidad, no se puede dejar de reconocer que en

su mayoría están mejor diseñadas que aplicadas y esto, obviamente, si llegan a ponerse en marcha.

Aunque el Estado Mexicano ha sido preciso al señalar, que para atacar a la obesidad es necesario inculcar hábitos alimentarios saludables y equilibrados, poco ha hecho para que esto sea una realidad al alcance de todos los mexicanos. A lo mucho ha presentado, a través de la SSA la iniciativa de desayunos escolares antiobesidad, que si bien es importante que estén dirigidos a los niños del país, no justifica el hecho de que no se haga extensiva a más segmentos de la población, que de igual manera están expuestos a una dieta perjudicial para su salud. El descuido de la política alimentaria por parte del Gobierno Federal es un hecho innegable, basta decir, que el último programa nacional de alimentación data de 1982 (Aregional, 2008: pág. 72).

Los actuales programas del gobierno federal, poco han colaborado a la disminución de la obesidad y si a la desatención de otros problemas vinculados a la alimentación. Por ejemplo, según con el Dr. Ávila Curiel del Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, considera un error muy grande del Estado Mexicano que ya no considere a la desnutrición como un problema de salud pública, a pesar que alcanza a más de un millón de niños de las zonas más marginadas del país (Dávila, 2008, pág. 36).

La desatención, por falta del Estado Mexicano, en el problema de la desnutrición; va en contrasentido con sus políticas públicas contra la obesidad; ya que, según con el Dr. Torres, alguien que padece obesidad, puede al mismo tiempo presentar signos de desnutrición; es decir, el problema de la desnutrición y el de la obesidad no son problemas contrarios el uno del otro,

por que el Gobierno Federal equivoca su estrategia al no considerar a la desnutrición como eje de ataque contra la obesidad.

De igual manera, el deterioro permanente en el ingreso de las familias mexicanas se vuelve una limitante para poder acceder a una dieta balanceada. Por ejemplo, tan sólo en lo que va de la actual administración, el poder adquisitivo ha disminuido un 45% respecto al de hace diez años, incapacitando así, a 2 millones de mexicanos (que ganan entre uno y dos salarios mínimos) a acceder a una dieta balanceada (para la que se requieren de entre cuatro y cinco salarios mínimos) (Turati, 2008, 34), lo que no necesariamente significa que el ingreso del que disponen estas familias se destine al consumo de comida chatarra. Lo que sí es evidente, es la incapacidad del Estado Mexicano, para hacer posible un mejor ingreso, para el ancho de la población que garantice un acceso a la dieta saludable y equilibrada, que tanto recomienda el sector salud para solucionar el problema de la obesidad.

Por otra parte, un determinante clave al momento de elegir qué comer, es la influencia que tiene la publicidad sobre esta decisión. En el caso de los niños mexicanos, se calcula que al ver éstos, dos horas de televisión diariamente, en el transcurso de un año, presenciarán 12 mil 700 anuncios de comida chatarra y ni uno sólo de nutrición (Dávila, 2008: pág. 34), lo que en parte ha llevado a que México ocupe el primer lugar de obesidad infantil en el mundo. Esto a pesar, de que el Programa Nacional de Salud 2007-2012, señala la iniciativa no sólo de regular la publicidad, sino también de exhortar al etiquetado de los alimentos, de manera clara y precisa, que indiquen sus propiedades nutricionales.

Lo anterior ha quedado como una buena intención, ya que las acciones de la SSA en esta materia, se han limitado a sugerir una moderación en la publicidad de la comida chatarra, lo que ha provocado que las grandes empresas tanto nacionales como internacionales dedicadas a la producción y venta de comida chatarra, aglutinadas en la Consejo de Autoregulación y Ética Publicitaria (Conar), caigan en la desvergüenza de autoregularse, y en el caso de que un adherente no respete dicho acuerdo, se hará acreedor solamente a la retirada de la publicidad del comercial que viole los términos de la firma, pudiendo éste, volver anunciarse con las modificaciones pertinentes (Espinosa, 2008), lejos de una sanción seria, como la de retirar su producto de la venta.

Por otra parte, otro de los puntos que sugiere el Estado Mexicano para combatir la obesidad, es a través de la actividad física; en lo que la CONADE no ha sido lo suficientemente precisa en señalar con qué recursos y en qué lugares llevará acabo sus objetivos del Plan Nacional de Cultura Física y Deporte 2008-2012; mostrando así la precariedad con que se redactó este plan (20 días), además de ser presentado con dos años de retraso (Pereyra, 2009: pág. 74).

Las campañas que fomenten la actividad física, deben de ser más intensivas y persuasivas, ya que según una encuesta realizada a nivel nacional, el 72% de los mexicanos entrevistados, perciben que la falta de ejercitación regular se debe a la falta de voluntad (Bimsa, 2008: pág.5), por lo que el proceso educativo en el combate a la obesidad, también debe de considerar la motivación y la participación activa hacia los que está dirigidos (Álvarez, 2002: pág. 47).

Al momento de fomentar la actividad física también debe considerarse la activación de un transporte público eficiente que promueva el desuso de los medios motorizados particulares, ya que aunque estos últimos parecieran no impactar directamente en el aumento de los casos de obesidad, hay que tener en cuenta que los actuales niveles de sedentarización son explicados en gran medida por el excesivo uso de los automóviles para cualquier desplazamiento. De tal manera, que la existencia de un transporte público eficiente ayudaría a incrementar los niveles de actividad física, ya que fomentaría la movilidad no motorizada; desde la persona que decide caminar de su casa al paradero del transporte público –en vez de usar su automóvil que tiene en su estacionamiento, reduciendo su caminar a prácticamente cero-, hasta el peatón o ciclista que se sabe respetado en las vialidades y por ende tiene seguridad de realizar actividad física al aire libre.

La política pública para combatir la obesidad, además de adoptar una postura de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para combatir integralmente el problema de la obesidad; debe de considerar los métodos curativos para aquellos casos de personas obesas con un muy elevado exceso de peso y en los que la vida del mismo, está en riesgo, en los que ni la implementación de una dieta balanceada ni la actividad física constante han ayudado a reducir su obesidad.

El gobierno del D.F., para atender los casos crónicos de obesidad, es decir, aquellos casos en los que el IMC de la persona es mayor a 50 y se encuentran entre un 50% y 100% arriba de su peso ideal; puso a partir de marzo pasado, la primera clínica de obesidad mórbida, para lo cual a través de una operación (ya sea un bypass o manga gástrica) el paciente con obesidad

crónica disminuya su peso. Actualmente más de 70 candidatos están inscritos, para ser beneficiarios de esta operación gratuita que correrá a cargo del erario público del gobierno del D.F., que ha de costar entre 150 y 250 mil pesos (Sánchez, 2009: F2).

Una política pública integral contra la obesidad, debe de hacer énfasis en los métodos preventivos, ya que además de promover mejores niveles de salud, también evitan incurrir en costosos tratamientos. Sin embargo, se considera la opción de operación para los casos más crónicos de obesidad, de tal manera que ninguna persona sin importar lo avanzado de la enfermedad, quede sin atenderse.

Con todo lo expuesto en este apartado, una política pública que busque combatir integralmente la obesidad, debe considerar en su diseño, los puntos señalados en el cuadro 4.4

Cuadro 4.4 Medidas a considerar para una política pública integral contra la obesidad

De salud
<ul style="list-style-type: none"> • La promoción de la salud. • La prevención de la enfermedad. • Educación en salud, que contemple la motivación y participación activa del receptor para el cuidado de su salud. • Operación y cirugías para los casos extremos de obesidad.
Económicas
<ul style="list-style-type: none"> • Niveles salariales lo bastante altos para acceder a una alimentación saludable. • Una política alimentaria que vele por poner al acceso de los mexicanos alimentos saludables.
De regulación
<ul style="list-style-type: none"> • La regulación por parte del Estado de la publicidad de comida chatarra, con sanciones que correspondan al nivel del daño generado. • Etiquetado claro y preciso de las atribuciones nutrimentales de los alimentos. • El saneamiento o disminución de comida chatarra en escuelas y lugares de trabajo.
De actividad física e infraestructura
<ul style="list-style-type: none"> • El diseño consensuado, sólido y preciso de los programas de actividad física para toda la población. • Accesibilidad a lugares en forma y seguros para la realización de alguna actividad física. • Un transporte público eficiente que desincentive el uso de automóviles particulares y fomente la movilidad no motorizada (caminar, andar en bicicleta), colaborando a aumentar los niveles de actividad física

Fuente: Elaboración propia.

Como queda de manifiesto en el cuadro 4.4, una política pública que combata a la obesidad, no debe de reducirse al campo de la salud, sino que para hacerlo integralmente, tiene que considerar aquellos factores que influyen en el desarrollo de esta enfermedad. Por lo que le corresponde principalmente al Estado, el diseño de esta política pública, valiéndose de ese cuerpo a la vez heterogéneo pero articulado que es el sector público, ya que es a través de él, que el Estado puede intervenir, modificar y unificar cuestiones de incumbencia pública tal como lo es el problema de salud que representa la obesidad a nivel nacional.

La implementación de una política pública integral que combata a la obesidad, no verá reducido su efecto positivo al ataque de esta enfermedad, ya que por ejemplo, de llevarse a cabo medidas que promuevan mejores niveles de ingreso para poder acceder a una dieta balanceada, ayudará igualmente a la redistribución de la riqueza y por ende a la disminución de las desigualdades sociales, o por otra parte; un transporte público eficiente colaborará además de incrementar los niveles de actividad física al promover la movilidad no motorizada, a un entorno sustentable, al disminuir las emisiones de contaminación a la atmósfera y, más competitivo al reducir los tiempos de desplazamientos de las personas y las mercancías. Finalmente mejores niveles de salud alcanzados por la promoción de la misma y un proceso de educación, contribuirá a aumentar la productividad de las personas y muy posiblemente impactará positivamente al crecimiento económico del país.

Por todo lo anterior, la importancia de que el Estado Mexicano encabece la creación e implementación de una política pública que combata integralmente a la obesidad, se debe a que además de combatir este problema,

contribuiría a un beneficio generalizado para toda la sociedad, que atendiendo a lo que dice la Teoría de los Fallos del Mercado, justifican la intervención del Estado en la economía.

contribuiría a un beneficio generalizado para toda la sociedad, que atendiendo a lo que dice la Teoría de los Fallos del Mercado, justifican la intervención del Estado en la economía.

CONCLUSIÓN

A lo largo de todo este trabajo se ha ido señalando la importancia del Estado como actor primordial tanto en la provisión de servicios de salud como en su promoción, respaldando esta idea en el sostén teórico de la Teoría de las Fallas del Mercado, la Teoría del Neoinstitucionalismo Económico, la Teoría del Estado de Heller y la Teoría Política del Estado del Bienestar de Luhman.

Estas series de teorías explican el comportamiento del Estado en materia de salud con un sentido equitativo, de inclusión y de cooperación social; colocando a los asuntos de salud en las prioridades de la agenda nacional, sin embargo, ante esas concepciones de participación del Estado surge la interrogativa, de creer que si este caso es aplicable a la realidad nacional.

Las teorías, utilizadas en esa investigación, como la gran mayoría de las teorías, realizan su análisis a partir de una serie de supuestos y restricciones para estudiar un objeto de estudio, lo que permitió a esta investigación el contar con una justificación de por qué debe encargarse el Estado de brindar servicios de salud. Sin embargo, la fractura más evidente entre la teoría y la realidad, es que desde hace décadas el Estado Mexicano ha ido perdiendo su carácter de Estado Social, evidente a la luz de las políticas económicas que sacrifican el gasto social, a favor de opciones más rentables.

El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, para la periodicidad de esta investigación, se mantuvo prácticamente igual, al rondar el 12% en promedio; muy por abajo del de otras naciones miembros de la OCDE. Por ejemplo, para el mismo periodo, el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, en República Checa fue de 90% o, Islandia con un 85%, por lo que México ocupa una de las últimas posiciones de de la organización; pero de igual manera se encuentra por debajo de países latinoamericanos como Argentina, con un 14.6% o Chile con un 13% promedio para el mismo periodo (OCDE, 2009)⁵⁸.

Las limitantes de recursos por parte del Estado Mexicano enfocado a la salud, podría explicarse por el discreto crecimiento económico nacional, que para los primeros 7 años de esta década, no alcanzo tasas de crecimiento mayores al 4% anual, por lo que el gasto en salud como porcentaje del PIB, apenas alcanzo alrededor del 6%.

La desatención del Estado Mexicano en salud, resulta evidente por la cada vez menor participación de éste en el gasto total en salud. Por ejemplo, en 2004, el Estado sólo cubrió el 46.4 % del gasto en salud de todos los mexicanos, por lo que el resto tuvo que pagarlo los respectivos usuarios de servicios de salud de su propia bolsa, lo que representa un gasto empobrecedor ya que le quita a las familias la oportunidad de consumir otros bienes, o quizá de poder acceder a una mejor dieta.

⁵⁸ Consultado 17 de agosto de 2009 a las 16 hrs en: <http://www.oecd.org/>

La menor importancia que le presta el Estado a los temas de salud, coloca a la sociedad en una situación desfavorable; ya que aunado a desinformación, ambientes nocivos para la salud, a la mayor sedentarización, a la sobreingesta de productos, falta de un mejor ingreso para alcanzar mejor niveles de vida; han favorecido el crecimiento de enfermedades atribuidas a los actuales estilos de vida como lo son el tabaquismo, la diabetes o la obesidad. En el caso de las últimas dos, entra las que existe una amplia relación; anualmente mueren alrededor de 6 millones de mexicanos por diabetes, mientras que el sobrepeso y la obesidad alcanzan a más del 60% de la población nacional.

La obesidad, representa un problema de salud pública, ya que contribuye a una disminución de 10 años en la esperanza de vida de quien la padece, es causa de desaprovechamiento escolar durante la infancia y la adolescencia, mientras que impacta negativamente en la productividad, pues reduce la vida económicamente activa al incrementa los ausentismos y los retiros tempranos por motivos de salud, que de una manera u otra afectarán el desenvolvimiento económico del país.

Desde el análisis económico, la alta prevalencia de casos de obesidad, provoca un mayor gasto en el sector salud para su tratamiento. Por ejemplo a lo largo de esta investigación se demostró que tan sólo en el IMSS en el D.F. del periodo del 2001 al 2007 la demanda de consultas de medicina familiar otorgadas por obesidad creció en un 53% mientras que las de especialidades aumentó en un 11%, lo que llevó que para todo el periodo el gasto en que incurrió el IMSS para atender estos servicios aumentará en un 83% al pasar de \$15,812,992 en 2001 a \$28,914,032 en 2007. Por lo que se comprueba la

hipótesis de esta investigación, que plantea que los altos niveles de prevalencia de obesidad, ha generado un incremento en la demanda de consultas para su atención, lo que provoca que una mayor proporción de recursos se enfoque al tratamiento de esta enfermedad, convirtiendo a la obesidad como un problema de salud pública y en un problema económico para el IMSS.

En términos generales, la obesidad tuvo un impacto promedio sobre el gasto del IMSS de \$ \$24,050,989 anuales por concepto de consultas en el D.F. del 2001 al 2007, lo que implica que cada año debe incrementarse en promedio \$1,968,857 el gasto para hacer frente al cada vez mayor número de consultas que son demandadas para el tratamiento de esta enfermedad, es decir, anualmente crece en alrededor de 10.7% el gasto por concepto de consulta, y aunque lo anterior pudiera parecer una cantidad mínima ante las millonarias partidas presupuestarias que se le dedican al IMSS, hay que tener en cuenta que solamente se está analizando una entidad federativa, al igual que sólo un instituto de todo el sector salud.

De igual manera, hay que considerar que sólo se estudió los gastos imputables directamente al tratamiento de la obesidad, lo que podría aumentar considerablemente si se toman en cuenta aquellas enfermedades que están ampliamente vinculadas a la obesidad, tales como la diabetes, la hipertensión arterial o las cardiovasculares. Basta decir que actualmente el tratamiento para los mexicanos diabéticos consume una tercera parte del presupuesto total del IMSS, aunque hay que aclarar que la obesidad es sólo un factor para desencadenar diabetes.

El carácter de problema de salud pública que representa la obesidad, ha hecho que el Estado Mexicano lleve a cabo una serie de medidas con la intención de disminuir la prevalencia de exceso de peso entre los mexicanos, medidas que si bien son necesarias, no son suficientes para arrancar de raíz este problema, dado que se limitan a atacar las dos principales causas para desarrollar obesidad: la sobreingesta de alimentos altos en carbohidratos y el sedentarismo, sin ahondar en las condiciones que han llevado a que estos hábitos se arraiguen entre los mexicanos.

Una política pública que busque combatir integralmente la obesidad debe de considerar todos los aspectos socioeconómicos adherentes al problema de la obesidad, aunque esto implique luchar contra el peso de la historia, la rutina, las costumbres y los gustos alimentarios (Sendrail, 1983, 43). Una lucha difícil, pero no imposible; una lucha que podrá ganarse como muchas otras, a través de la educación, la concientización y un cambio de actitud, porque se habla de la salud, elemento sin el cual, prácticamente resulta imposible disfrutar la vida.

Finalmente, la aportación que persigue esta investigación, es la de reconocer el problema que representa la obesidad desde una de las muchas perspectivas económicas que puede ser abordado, en este caso su gasto en el sector salud; que aunado al problema en salud y cultural (una enfermedad atribuible a los actuales estilos de vida) que representa esta enfermedad, sirva para reconocer a la obesidad como un problema que de no combatirse de forma integral limitará la capacidad de la sociedad para pretender desde mejores alimentos, hasta mejores niveles de atención médica.

III FUENTES DE INFORMACIÓN

a) Bibliografía

- Álvarez Alva, Rafael, Salud pública y medicina preventiva, Manual Moderno, México, 3ª edición, 2002, pp. 472.
- Aranovich, Fernando, Gasto público e inflación, Ediciones Depalma, Buenos Aires, Argentina, 1983, pp. 83.
- Aspe, Pedro, La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (para entender), Nostra Ediciones, México, 2007, pp. 73.
- Ávila Curiel, Eduardo, Adolfo Chávez Villasana, Carlos Galindo Gómez y Teresa Shama Levy, Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 2002, estrato socioeconómico bajo (ENURBAL 2002), Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003, pp. 115.
- Ayala Espino, José, Economía del sector público mexicano, Editorial Esfinge, México, D.F., 1º edición, 2001, pp.815.
- Ayala Espino, José, Mercado, elección pública e instituciones. Una revisión de las teorías modernas del Estado, Miguel Angel Porrúa, México, reimpresión 2º edición, 2004, pp. 519.
- Benjamín, Roger, Los límites de la política. Bienes colectivos y cambio político en las sociedades postindustriales, Alianza Editorial Mexicana, México, 1991, pp. 172.
- Bustamante, Miguel E., Carlos Viesca Treviño, Federico Villaseñor, Alfredo Vargas Flores, Roberto Castañón y Xochitl Martínez B., La salud

- pública en México 1959-1982, Secretaría de Salud, México, 1984, pp.850.
- Carbonell, Miguel(actualizador), Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Porrúa, México, 155ª edición, 2007, pp. 194.
 - Centro de Estudio de las Finanzas Públicas, H. Cámara de Diputados, Manual de Presupuestos de Egresos de la Federación, Serie de Cuadernos de Finanzas Públicas, No. 16, Octubre 2006, México, pp. 37.
 - Comisión Nacional de Salud Física y Deporte, Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2008-2012, México, 2008, pp. 44.
 - Córdoba Gutiérrez, Alberto y Carlos Palencia Escalante, Obesidad: problema de salud pública y tendencias actuales en México y en el mundo, Instituto de Investigación Económica y Social Lucas Alemán, A.C.,México, 2004, pp.94.
 - Del Río, Eduardo, Obesidad al alcance de todos, Grijalbo, México, 1ª edición, 2008, pp. 80.
 - Galindo Camacho, Miguel, Teoría del Estado, 4º edición, Editorial Porrúa, 2001, Toluca, México, pp. 398.
 - Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos Presidencia de la República, Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, México, 2001, pp. 160.
 - González Barranco, Jorge, Obesidad, Mc Graw Hill, México, 2004, Pp. 341.
 - Heller, Hannerm, Teoría del Estado, Fondo de Cultura Económica, México, 2º edición, 1998, P. 260.
 - Instituto Mexicano del Seguro Social “Capítulo 1 Magnitud de los servicios personales del personal en activo”.

- Instituto Mexicano del Seguro Social, Las prestaciones sociales: presente y futuro de la seguridad social en México, IMSS, México, D.F., 1° edición, 1997, pp. 31
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de Ingresos y los Gastos Hogares 2008 (resultados principales), archivo PDF, 2009, pp. 31.
- Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal, Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007, pp. 113.
- Lee Jr., Robert D. y Ronald W. Johnson, El gobierno y la economía, Fondo de Cultura Económica, México, 1ª edición, pp. 363.
- López i Casanovas, Guillem y Vicente Ortún Rubio, Economía y salud, Encuentro Ediciones, Madrid, España, 1ª edición, 1998, pp. 155.
- López Olguín, Manuel, El sistema financiero mexicano, pp. 127.
- Luhmann, Niklas, Teoría política en el Estado de Bienestar, Madrid, España, 1° edición, 1997, p. 303.
- Martí Tusquets, José Luis, Dela enfermedad a la fábula. Apariencia e imagen de salud, Anthropos, España, 2004, pp. 157.
- Merino Juárez MF, Alarcón Gómez M, Lozano Ascencio R, Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, México, D.F., Dirección general de Información de Salud, Secretaría de Salud, 2004, pp. 138.
- Merino Juárez MF, Alarcón Gómez M, Lozano Ascencio R, Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, México, D.F.,

- Dirección general de Información de Salud, Secretaría de Salud, 2004, pp. 138.
- Moreno Hentz, Pedro, Gran atlas de México, Editorial mexicana Planeta, México, 2005, 196.
 - Morichau Beauchant, Jacques, La salud en el mundo, Oikos- tau s.a. ediciones, España, 1ª edición, 1971, pp. 114.
 - Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J., Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, pp. 132.
 - Ponciano Rodríguez, Guadalupe y Octavio Rivero Serrano, Riesgos ambientales para la salud en la Ciudad de México, Programa Universitario de Medio Ambiente, UNAM , México, 1996, pp. 592.
 - Ruíz de Chávez, Manuel H y José Cuauhtémoc Valdés Olmedo, La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos, Fundación Mexicana para la Salud AC, México, 1ª edición, 2005, pp. 400.
 - Samuelson, Paul A. y William Nordhaus D., Economía, España. 15ª edición, 1996, pp. 808.
 - Secretaría de Educación Pública, Programa Sectorial de Educación, México, 1ª edición, 2007, pp. 64.
 - Secretaría de Gobernación, Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, México, 30 de mayo de 2001, pp. 115.

- Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, 1ª edición, 2007, pp. 188.
- Sendrail, Marcel, Historia cultural de la enfermedad, Espasa-Calpe, Madrid, España, 1983, pp. 437.
- Sistema Nacional de Información en Salud, “Recursos financieros”, Boletín de información estadística, Secretaría de Salud, México, no. 27, vol. IV, 2007.
- Stiglitz, Joseph E, La economía del sector público, Antonio Bosch editor, España, 2º edición, 1988, pp.825.
- Torres Torres, Felipe y Yolanda Trápaga Delfín, La alimentación de los mexicanos en la alborada del tercer milenio, Miguel Ángel Porrúa, Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México, 1ª edición, 2001, pp. 253.
- Vázquez, VM., Merino MF, Lozano R., Las cuentas en salud en México 2001-2005, México, D.F., Dirección general de Información de Salud, Secretaría de Salud, 2006, pp. 60.

b) Hemerografía:

- Aldrete Rodríguez, María Guadalupe, Josefina Fausto Guerra, María del Carmen López Zermeño y Rosa María Valdez López, “Antecedentes históricos sociales de la obesidad”, Medigraphic, México, Vol. VIII, No. 12, Agosto 2006, Pp. 91-94.
- Aregional, “El gobierno ha abandonado la política alimentaria”, México, año 2, No. 13, 2008, pp. 72-75.

- Aregional.com, “¿Sabías que el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) refleja las prioridades de cada administración?”, Aregional.com, México, año 2, No. 11, 2008, p. 66.
- Aregional.com, “Instituto Mexicano del Seguro Social”, Aregional.com, México, año 1, no. 9, 2007, pp. 22-24.
- Bimsa, “Encuesta Nacional IPSOS- BIMSA/ El Universal: Obesidad”, México, 2008, pp. 13.
- Correa, Raúl, “Desnutrida, 40 por ciento de la población mexicana”, La gaceta, UNAM, México, No. 4049, 14 de febrero de 2008, p. 14.
- Dávila, Patricia, “Obesidad, corrupción y complicidad oficial”, Proceso, México, no. 1640, 6 de abril de 2008, pp. 34-35.
- Diario Oficial de la Federación, “ACUERDO ACDO. SA2.HCT.250209/41.P.DF, por el que se aprueban los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para el año 2009 y la Base de Cálculo para la Actualización de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para el año 2009”, Diario Oficial de la Federación, México, tomo DCLXVI, no. 5, 6 de marzo de 2009, pp. 65-68.
- Fausto Guerra, Josefina, María Guadalupe Aldrete Rodríguez, María del Carmen López Zermeño y Rosa María Valdez López, “Antecedentes históricos sociales de la obesidad”, Medigraphic, México, vol. VIII, no. 12, agosto 2006, pp. 91-94.
- Gonzáles Duarte, Alejandra, “Un problema de grandes dimensiones”, Día siete, México, no. 396, marzo 2008, pp. 61.
- González, Beatriz, “Gestión clínica y sanitaria”, Medigraphic México, 2005, 83-87.

- Guzmán, Oscar, “Vamos por un millón de kilos”, Revista del Colegio Mexicano de Obesidad y Nutrición, México, Volumen 2, No. 12, mayo-junio, 2008, p. 4.
- Martínez, Rocío, “Modifican los mexicanos hábitos de consumo y alimentación por los altos costos”, El financiero, México, 4 de enero 2008, p. 3 A.
- Medigraphic, “Programas Integrados de Salud”, Medigraphic, México, 2005, pp. 41-56.
- Reynales Shigematsu LM, Rodríguez Bolaños RA, Jiménez JA, Juárez Márquez SA, Castro Ríos A, Hernández Ávila M, “Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, Salud pública, México, 2006, supl. 1, pp. 48-62.
- Ruiz Ruiz, Yolanda, “Generación O. El Drama de la obesidad infantil”, Quo, México, julio, 2008, pp. 43-47.
- Sánchez, Cinthya, “150 mil pesos costará el gobierno del D.F. en cada cirugía. Sueñan con adelgazar”, El Universal, México, año 92, no. 33369, 4 de marzo de 2009, p. F2.
- Secretaría de Salud “5 pasos diarios para vivir mejor”, 2009, pp. 2.
- Torres Torres, Felipe, “Transformación y deterioro de la alimentación en México”, México, 2008, pp. 36.
- Turati, Marcela , “La farsa y el hambre”, Proceso, México, no. 1657, 3 de agosto de 2008, pp. 30-34.
- Vargas Hernández, José G. “Emergencia de la nueva cultura institucional: impacto en la transformación del escenario de la globalización económica”, Economía, Sociedad y Territorio, 2005, enero-

abril, año/ vol. V, No. 17, El Colegio Mexiquense, Toluca, México, pp. 27-61.

- Vergara, Rosalía, “El azote de los pobres”, Proceso, México, no. 1689, 15 de marzo de 2009, pp. 34-36.
- Zamorano, Luis, “Ciudades Activas, Ciudades Sanas”, Movilidad Amable, México, 2008, pp. 4.

c) Cibergrafía

- Alianza por un México Sano
<http://alianza.salud.gob.mx/index.html>

- Diabetesidad

www.diabetesidad.com

- El Diario

“Diabéticos consumen 34% del presupuesto para SSA”, 5 de abril 2009.

Noticia disponible en:

<http://www.diario.com.mx/nota.php?notaid=d1b9c1d6b8bf13b18e1c8f8e91b47360>

- El poder del consumidor

<http://www.elpoderdelconsumidor.org/>

- Espinosa, Eréndira, “Empresas firman código contra la obesidad”, 22 de septiembre de 2008

<http://www.exonline.com.mx/XStatic/excelsior/template/content.aspx?se=nota&id=358803>

- Excelsior

“Los mexicanos gastan 240 mil mdp al año en comida chatarra y sólo 10 mil mdp en el consumo de 10 alimentos básicos”, 2 de marzo de 2008. Noticia disponible:

http://www.exonline.com.mx/diario/noticia/primera/pulsonacional/gastan_ninos_20_mil_mdp_en_productos_chatarra_cada_ano/148735

- INFOMEX Gobierno Federal

www.infomex.gob.mx

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Consultas dinámica para consultas totales de Medicina Familiar y de Especialidades

<http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Cubo.htm>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

Anuario estadístico del Distrito Federal 2007

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/Aee07/estatal/df/index.htm>

Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 2007

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aeum/2007/Aeeum071.pdf

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<http://www.oecd.org/>
- Plan Nacional de Desarrollo 2007- 2012
<http://pnd.presidencia.gob.mx/>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público

www.shcp.gob.mx
- Sistema Nacional de Información en Salud

www.sinais.salud.gob.mx
- Organización Mundial de la Salud

www.who.com

Conferencias:

- “Desórdenes de la conducta alimentaria: una perspectiva multidisciplinaria”, 24 septiembre 2008, Ciudad Universitaria, Ciudad de México.

Entrevistas:

- Salgado Hernández, Juan Carlos, “Entrevista al Dr. Felipe Torres Torres”, 26 de agosto de 2008, Instituto de Investigaciones Económicas, Ciudad Universitaria, Ciudad de México.
- Salgado Hernández, Juan Carlos, “Entrevista a la Dra. Ana Julia Rojas Hernández (Médico familiar)”, 12 de marzo de 2009, Clínica Familiar no. 64, Tlalnepantla, Estado de México.

IV ANEXO: Cálculo de los costos de consultas familiares y de Especialidades en el IMSS

Para el cálculo del costo unitario de las consultas de medicina familiar y especialidades en el IMSS, se utiliza la metodología señalada en la edición del 6 de marzo del 2009 en el Diario Oficial de la Federación¹, el cual calcula el costo unitario por el nivel de atención médica para el 2009, utilizando un factor de actualización de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Índice Nacional de Precios al Consumidor de diciembre del año } t+1}{\text{Índice Nacional de Precios al Consumidor de diciembre del año } t} = \text{Factor de actualización}$$

Para el caso específico del cálculo de los costos unitarios para 2009, los datos que se utilizan son los siguientes:

$$\frac{\text{Índice Nacional de Precios al Consumidor de diciembre del año 2009}}{\text{Índice Nacional de Precios al Consumidor de diciembre del año 2008}} = \frac{133.761}{125.564} = 1.06528$$

Una vez que se ha obtenido el factor de actualización, que en este caso fue un cociente de 1.06528, se multiplica éste por el costo unitario del año anterior, obteniendo así el del actual año.

Tipo de servicio	Costo unitario 2008 (pesos)		Factor de actualización		Costo unitario 2009 (pesos)
Consulta en medicina familiar	485	X	1.06528	=	517
Consulta en especialidades	1 234	X	1.06528	=	1 315

Fuente: Extraído de Diario Oficial de la Federación, "ACUERDO ACDO. SA2.HCT.250209/41.P.DF, por el que se aprueban los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para el año 2009 y la Base de Cálculo para la Actualización de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica para el año 2009", Diario Oficial de la Federación, México, tomo DCLXVI, no. 5, 6 de marzo de 2009, pp. 65-68.

¹ Disponible en: <http://dof.gob.mx/index.php?year=2009&month=03&day=06>

Entonces para calcular el costo unitario para años anteriores, basta con disponer del factor de actualización del año previo, pero esta ocasión, éste divide al costo unitario más reciente, y así obtener este mismo indicador para el año que lo precedió.

Con información del Banco de México, se obtiene el factor de actualización para los diferentes años del 2001 al 2007, que en el momento en que divide al costo unitario del año posterior arroja como resultado el costo unitario del año anterior, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Medicina familiar					
Año t	Costo unitario año t +1 (pesos)		Factor de actualización		Costo unitario año t (pesos)
2001	376	/	1.04404	=	360
2002	398	/	1.05701	=	376
2003	414	/	1.03977	=	398
2004	435	/	1.05191	=	414
2005	450	/	1.03333	=	435
2006	468	/	1.04053	=	450
2007	485	/	1.03759	=	468
Especialidades					
Año t	Costo unitario año t +1 (pesos)		Factor de actualización		Costo unitario año t (pesos)
2001	957	/	1.04404	=	917
2002	1 012	/	1.05701	=	957
2003	1052	/	1.03977	=	1 012
2004	1 106	/	1.05191	=	1052
2005	1 143	/	1.03333	=	1 106
2006	1 190	/	1.04053	=	1 143
2007	1 234	/	1.03759	=	1 190