



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ECONOMÍA**

**Política Económica en Salud.  
México 2007-2015 y sus perspectivas**

**TESIS**

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

**P R E S E N T A :**

**LUIS ENRIQUE RIVAS GARCÍA**



**DIRECTOR DE TESIS:  
BEATRIZ LEMUS MACIEL**

**Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# POLÍTICA ECONÓMICA EN SALUD. MÉXICO 2007-2015 Y SUS PERSPECTIVAS

¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

<b>Capítulo 1 Conformación del sector salud en México</b>	<b>4</b>
1.1 El Estado.	4
1.1 Desarrollo social en México	6
1.1.1 Buscando un desarrollo social	8
1.1.2 Población vulnerable	13
1.2.1 Los sistemas de salud en México.	18
1.2.2 Descentralización del sector salud en México	23
1.3 Estado y gobierno	33
1.3.1 Política económica a través de los años	34
1.3.2 La necesidad de los ajustes económicos	35
<b>Capítulo 2. Gasto insostenible del sector salud.</b>	<b>41</b>
2.1 Principales fuentes de ingresos	42
2.1.1 recaudación fiscal	45
2.1.2 informalidad en México y vulnerabilidad	49
2.2 Gasto del sector salud.	52
2.2.1 Sistema Nacional de Salud (SNS)	53
2.2.2 Instituto Mexicano del Seguro Social	58
2.2.3 ISSSTE	63
2.2.4 Seguro Popular y Secretaria de Salud	68
2.2.5 FASSA	74
2.3 Costo creciente del sector salud.	76
2.3.1 Reforma a la Seguridad Social Agregar reforma a salud también	77
2.3.2 Expectativas de gasto y población	79
<b>Capítulo 3: Política pública y bienestar social.</b>	<b>85</b>
3.1 Política económica en México	86
3.1.1 El futuro del sector salud	90
3.2 Ingreso como determinante de la salud en México a través de la alimentación	97
3.2.1 Precio de una buena alimentación	97
3.2.1.1 Enfermedades crónicas	99
3.2.1.2 Obesidad y sobrepeso	100
3.2.1.3 Capacidad del salario en México	102
3.2.1.4 Informalidad en México	107
3.3 La Globalización dentro de la salud en México	109
3.3.1 Coyuntura alimentaria	113
3.3.2 Papel del TLCAN en la dependencia alimentaria mexicana	115
3.3.3 Capacidad de los sistemas de salud	90
3.4 Perspectivas	118
3.4.1 Crisis alimentaria desde la perspectiva económica	119
3.4.2 Malnutrición y su enfoque en salud	123
3.4.3 Afectación ambiental	126
3.4.4 Expectativas de las futuras generaciones	126



# INTRODUCCIÓN

El presente proyecto tiene como objetivo establecer las perspectivas del sector salud con base en las condiciones que actualmente expone. Debido al cambio poblacional, es bien conocida la compleja situación presupuestal en la que el Estado está inmerso en cuanto a capacidad de solventar gastos como las pensiones y seguridad social.

Por otro lado, el envejecimiento de la población implica un impacto por las mayores demandas en salud que se presentarán, y que, probablemente, no estén sustentadas con un aumento en los ingresos del Estado mexicano. Dicha situación le concierne a la población más joven que verá comprometidas sus condiciones de vida y laborales al no tener una garantía de solvencia futura, específicamente cuando la edad de trabajar termine.

Bajo este panorama, se ha decidido estudiar el sector salud y su desarrollo desde décadas atrás, esto con el interés de lograr comprender a qué se debe que la población mexicana se encuentre inmersa en dicha situación. Una vez establecido el camino y las afectaciones que han generado la situación actual, otorgar al lector una perspectiva desde las finanzas públicas. Esto con la finalidad de entender la gravedad de la situación a la que se enfrentará la clase trabajadora actual. A esta parte del trabajo se le denominará “gasto insostenible”, debido a las repercusiones que actualmente ya se presentan, sin estar aún en el punto más severo de la comentada situación.

Por último, se incluyen las perspectivas, esto enfocado a qué esperar ante el fenómeno demográfico que sobrepasará las capacidades, al menos actuales, del Estado mexicano.

Debido a la complejidad de la situación, buscar una solución única, se torna difícil y probablemente inviable, a pesar de ello, existen temas poblacionales

muy marcados en cuanto a las fuertes afectaciones sobre la insostenibilidad económica. Esto no quiere decir que la misma población sea la culpable o creadora del fenómeno descrito, dicho cambio tiene sus orígenes en distintos fenómenos en la historia que han llevado a un deterioro de la calidad de vida.

Uno de estos fenómenos es la informalidad laboral. Esta no solo es grave por la pérdida recaudatoria, pues, en cuanto a calidad de vida, se cuenta con un porcentaje de trabajadores que no cuentan con ningún tipo de protección, ni actual ni futura. Esta clase de desprotección garantiza una caída en la calidad de vida aún mayor.

Es preciso mencionar que la perspectiva teórica utilizada en el presente trabajo es la teoría de la elección pública, es decir, se manejará un enfoque en el que el Estado busca solucionar fallas del mercado, debido a que este es imperfecto, generando en él mismo, fallas de Estado.

# Capítulo 1. Conformación del sector salud en México

## 1.1 El Estado

En este capítulo se expondrá la problemática en materia de salud en cuanto a políticas aplicadas por el Estado mexicano de forma histórica, poniendo énfasis desde la segunda mitad del siglo XX, donde se han establecido los lineamientos que han determinado la situación presente.

Primero se examina el desarrollo social de la población, cómo se ha venido generando desde el último par de décadas del siglo XX, después se expone el progreso del sistema de salud mexicano desde mediados del mismo siglo. Con esto se podrá comprender el por qué de la situación actual y como es que se llegó a ella. Se seguirán ambos ejes, población y salud, para así entender la situación que se vive; con base en ello se tendrá la posibilidad de conocer las necesidades de cambio que exigen las políticas que se han venido manejando años atrás.

El desfase de tiempo en el periodo de análisis entre sistema de salud y población se debe al cambio en los patrones de consumo que se han tenido en dicho periodo, patrones que en la actualidad repercuten en esta situación. Es decir, el patrón de consumo se ha visto modificado por las condiciones que el mercado expone; en relación a la situación que la población enfrenta, se trata de los bajos ingresos que limitan el mejoramiento de los hábitos de consumo a favor de una mejor calidad de vida.

## 1.2 Desarrollo social en México

En la *Ley General de Desarrollo Social* (creada en enero de 2004) se define el desarrollo social en su artículo 6 como: “el acceso a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social (*Ley General de Desarrollo Social*, reforma del 2016)”. El desarrollo social exige la participación de diferentes elementos, en 6

este caso se abordará la evolución de las políticas en salud que se han implementado en el último par de décadas.

La demanda de un desarrollo social es el primer elemento que cualquier sociedad busca, en caso de querer crecer y desarrollarse en diferentes ámbitos, este proceso compete al Estado en su conjunto sobre todo a los ciudadanos y gobierno de manera cooperativa. Teóricamente esta fue la base para llegar al concepto inglés conocido como Estado de Bienestar.

Desde la segunda mitad de la década de 1880 ya se tenía un interés hacia la protección social como fue la implementación de seguros contra enfermedades y accidentes laborales<sup>1</sup>. El concepto nace oficialmente en Inglaterra<sup>2</sup>, con esto los individuos se volvían ciudadanos, dejaban de ser reconocidos únicamente por su posición laboral dentro del mercado y la población adquiriría derechos sociales. El financiamiento de la seguridad social universal, también estuvo presente en esa época, sufragado a través del Estado, empresarios y trabajadores, igual que en la actualidad para el caso mexicano.

Este breve párrafo histórico sirve como referencia para lograr tener una dimensión de la importancia de asegurar una población; los países que lo pensaron hace más de 100 años son actualmente grandes naciones (países desarrollados) en cuanto a calidad de vida de sus ciudadanos.

En América Latina jamás se concretó un Estado de Bienestar, aunque en México se dieron acuerdos para institucionalizar la producción y distribución a favor del bienestar poblacional; en este sentido, autores como Carlos Barba (Barba, 1995) sugieren que el desarrollo social en México da inicio a partir de finalizada la Revolución Mexicana. El problema mexicano dentro

---

<sup>1</sup> Instituidos por Otto Von Bismarck en Alemania.

<sup>2</sup> Década de 1940 a raíz del Informe Beveridge, presentado en 1942, el cual dio origen al Estado benefactor inglés.

de esos pactos radicó en una bipolaridad del bienestar (1917-1940), en la que se dio privilegios al sector urbano y se excluyó el bienestar rural.

Más adelante, en la época de la posguerra, se optó por un desarrollo a través de la sustitución de importaciones que generó un fuerte crecimiento económico (1940-1982)<sup>3</sup>. Después de esto hasta el año 1988 se generó un rezago social tanto en el campo como en la industria por su poca competitividad global necesitando un cambio estructural.

Este rezago se generó a partir de la falta de reinversión productiva por parte de las grandes empresas. Cuando el modelo se volvió insostenible y vino la apertura comercial, los productos extranjeros eran más baratos y de mucha mayor calidad, debilitando el mercado interno, aumentando la dependencia del comercio internacional, dependencia que actualmente está presente.

Aunado a estas demandas, en 1988 se agregaron nuevas demandas sociales, tales como construcción de escuelas, infraestructura básica (agua potable y alcantarillado), solucionar rezago habitacional y servicios de salud dentro y fuera de los beneficiarios institucionales. (Cordera)

### **1.1.1 Buscando un desarrollo social**

La desigualdad en el acceso a los servicios es una constante que se tiene en la población mexicana, en el caso de los servicios de salud de alta calidad y especialidad, en México se caracterizan por ser sumamente costosos independientemente del sector que lo pague. El acceso al sector privado lo poseen muy pocas personas en México, siendo insuficiente

---

<sup>3</sup> En este periodo de sustitución de importaciones el campo es un instrumento de apoyo para el desarrollo de la industria, pero no recibe apoyos suficientes; debido a esto, queda en malas condiciones para desarrollarse, mermando la productividad de la agricultura desde los años 60.

debido a la diferencia en el ingreso de los mexicanos; y en materia de salud pública también son insuficientes los servicios de atención.

A pesar del rezago social, en los últimos 50 años en México ha existido una tendencia favorable en cuanto a la reducción de su índice de mortalidad en los grupos de edad en general, reducción de los índices de desnutrición, de enfermedades infecciosas, así como el incremento de los servicios públicos, además de la aplicación de vacunas cubriendo gran parte de la población. A pesar de esto, esta tendencia es la que han seguido el resto de países, por lo que México se ha elevado el nivel de acceso a la salud de su población, pero aún existen marcadas carencias al comparar a México con el resto de países de la OCDE. Seguir con la tendencia nacional en materia de salud termina siendo insuficiente.

**Gráfica 1. Tasa de mortalidad anual por cada 1,000 habitantes**



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial

Para darse cuenta de lo anterior basta remitirnos a los objetivos primordiales de del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) y compararlos desde el año 1995.

**Tabla 1. Comparación de objetivos entre el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) por periodo desde 1995 a 2018.**

<b>Años</b>	<b>Objetivos del PND</b>	<b>Objetivos en salud</b>
<b>1995-2000</b>	Combate a la pobreza	Calidad y eficiencia de servicios, ampliar cobertura, facilitar afiliación y concluir proceso de descentralización
<b>2001-2006</b>	Desarrollo de capital Humano	Mejorar condiciones de salud, abatir desigualdad en salud, mejor trato en los servicios de salud, justicia financiera en salud y fortalecimientos del Sistema Nacional de Salud (instituciones. públicas.)
<b>2007-2012</b>	Desarrollo Humano	Mejorar condiciones de la población en salud, servicios eficientes y de calidad, reducir desigualdad de servicios, aseguramiento universal y salud para evitar pobreza y aumentar desarrollo humano.
<b>2012-2018</b>	México en Paz, un México Incluyente, un México con Educación de Calidad, un México Próspero y un México con Responsabilidad Global.	Promoción, protección y prevención a la salud, acceso a servicios, reducir riesgos por actividad productiva, cerrar brechas por grupos sociales hacia la salud, uso efectivo de recursos y avanzar en el Sistema Nacional de Salud Universal.

Fuente: Elaboración Propia con base en: PND 1995-2000, PND 2001-2006, PND 2001-2006, PND 2012-2018, PROSESA 2001-2006, PROFESA 2007-2012, PROFESA, 2012-2018 y Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

Como se puede observar, en los 3 sexenios concluidos hasta el año 2017, el desarrollo de la población<sup>4</sup> y el combate a la pobreza son las líneas que el gobierno federal ha seguido en busca del desarrollo social, lo cual no es sinónimo de haberlo logrado. De hecho, la línea neoliberal que el Estado ha seguido, mantiene a la población mexicana en una situación de pobreza.

Por el lado del sector salud, se siguió la mejora de servicios de salud. Este tipo de políticas de Estado expresan el actuar del Gobierno por hacer frente a la pobreza y las enfermedades del subdesarrollo, al ser una de sus obligaciones.

Hasta el término del tercer periodo analizado, los objetivos son muy similares, 18 años intentando generar un cambio estructural a través del ataque a la pobreza que más adelante se refleje en aumentos del producto nacional, el cual no se ha manifestado. ¿Qué estuvo fallando en esos años? Es preciso destacar que un punto importante del primer sexenio analizado es el objetivo de concluir la descentralización; este punto se desarrollará más adelante, ya que hay que comparar qué tipo de consecuencias (tanto positivas como negativas) tuvo el volver a federalizar el gasto destinado a salud.

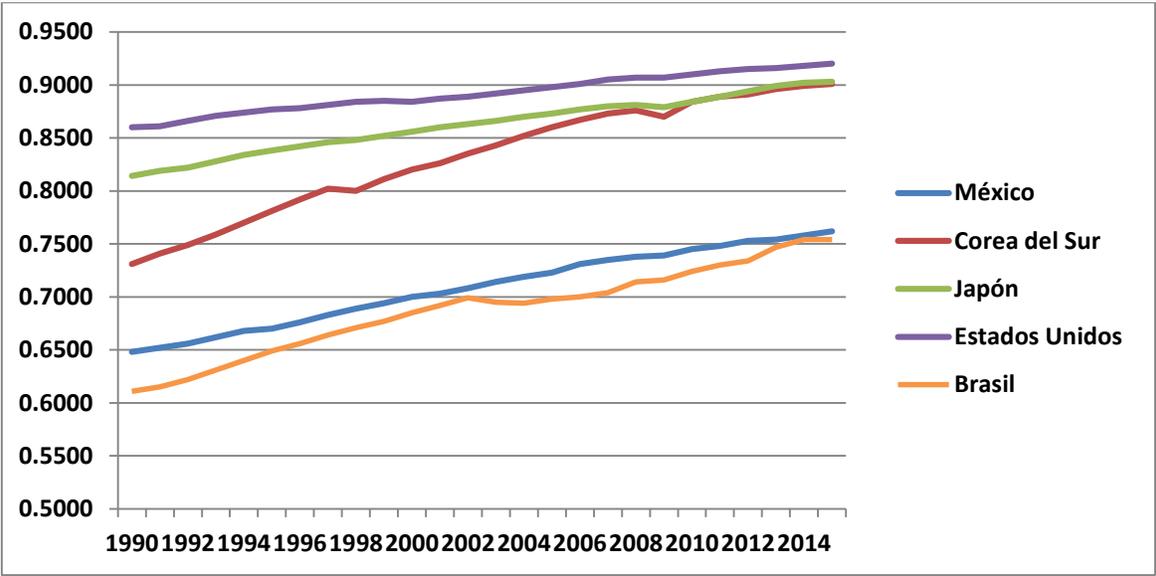
Se pueden utilizar indicadores básicos para poder saber el nivel de desarrollo obtenido y compararlos con países tanto de primer mundo como países con un desarrollo cercano al de México por periodos. Con variables como salud (esperanza de vida al nacer), educación (años promedio de escolaridad) e ingreso (producto per cápita), el IDH (Índice de Desarrollo Humano) es una medida que nos puede ayudar a dar contexto al desarrollo social mexicano en el pasado. Esto debido a que dicho índice se construye en función de las

---

<sup>4</sup> Al hablar de desarrollo poblacional se hace referencia únicamente a los individuos, por otro lado, el desarrollo social hace referencia a la promoción de la inclusión, seguridad ciudadana, rendición de cuentas, inclusión y cohesión.

variables anteriormente mencionadas. El objetivo de esta comparación es mostrar el recorrido histórico del caso mexicano con otros países, abarcando el periodo de estudio del caso a desarrollar. Una comparación histórica de naciones diferentes puede ayudar a entender el proceso y el cómo se llegó al lugar actual.

**Gráfica 2. Comparación de los niveles de IDH de diferentes países de 1990 a 2015.**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas.

En la gráfica anterior se comparan casos históricos de diferentes países que resultan significativos. Cabe mencionar que cada país tiene una historia, territorio y costumbres culturales únicas que vuelven a cada nación un caso muy particular, difícil de comparar de lleno con otros países. En este caso se puede realizar una comparación que ayude a dimensionar las oportunidades desaprovechadas de México a favor del desarrollo social y cambio estructural. (Human Development Report, 2015)

El caso de Corea del Sur es para mí el más significativo: en 1910 mientras México estaba en una revolución, habiendo ya iniciado 100 años atrás su independencia, Corea (aún no dividida) quedó bajo el dominio colonial japonés y fue hasta 1945 donde terminó esta colonización. Su división se lleva hasta 1948. En 1950 inicia la guerra entre ambas Coreas que terminaría tres años después, con problemas sociales fuertes y golpes de estado. Mientras tanto, en los años cincuenta, México comenzaba con el modelo desarrollo estabilizador con altas tasas de crecimiento en su producto nacional, que lo ponía en dirección a convertirse en un país con un nivel de vida alto,<sup>5</sup> debido al crecimiento que se tuvo hasta los años setenta, cuando se volvió inviable.

Este pequeño apartado histórico sirve como comparación para darnos cuenta que las principales políticas, (educación y salud para el desarrollo), no han tenido una inversión adecuada ni apoyo necesario a lo largo de la historia, generando así que México no obtenga el desarrollo humano necesario para salir del atraso social. Teniendo amplias posibilidades de haberlo hecho, países como Corea lograron hacerlo tiempo después, con menos recursos y en menor tiempo; recordemos que cada país es único, lo que esta comparación nos permite ver es que el desarrollo social mexicano a través de los años no se le dio el peso necesario.

### **1.1.2 Población vulnerable**

El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. En términos de la Ley General de Salud (LGS), este

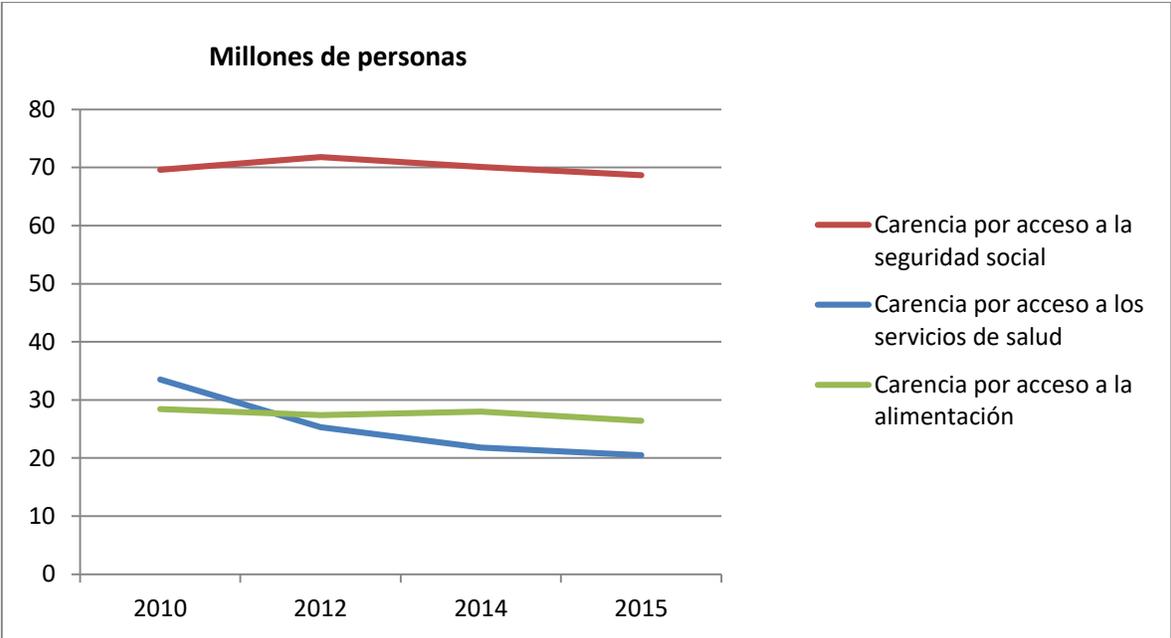
---

<sup>5</sup> Al contar con un elemento estratégico como el petróleo, las finanzas públicas estaban fuertemente respaldadas, lo cual podría haber generado una inversión en desarrollo de infraestructura y capital humano, con estos elementos se podría hablar de un desarrollo futuro. La falta de inversión en innovación e investigación por parte del sector industrial no permitió que esta situación se llevara a cabo, a pesar de que se le proveyeron los elementos necesarios, tanto **por** el gobierno como **por** el sector agropecuario.

derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis1 de la LGS).

Sin embargo, a pesar de que existe este marco legal, un sector importante de la población no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina), o los servicios médicos privados, según la definición del CONEVAL.

**Gráfica 3. Personas por indicador de carencia social de 2010 a 2015 de la población de los Estados Unidos Mexicanos.**



Fuente: Elaboración propia con base en datos publicados por el CONEVAL en su documento *Indicadores de carencia social*

La carencia por acceso a servicios de salud incluye a las personas que no cuenten con adscripción o derecho a recibir servicios médicos del Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, PEMEX, Ejército, Marina u otra institución pública o

privada. Esto indica que aproximadamente 13 millones más de personas cuentan con acceso a estas instituciones; recordemos que el Seguro Popular se puso en marcha en el año 2004 por lo que puede ser que tenga incidencia en esta cifra.

Por otro lado, la carencia por acceso a la seguridad es superior, ya que este índice toma en cuenta únicamente a:

- La PEA (Población económicamente activa) y la población trabajadora no asalariada o independiente que cuenta con todas las instituciones que están en los servicios de salud, además de:
  - Que las personas de 65 años y más sean beneficiarias de transferencias monetarias por algún programa de adultos mayores
  - Tengan una vivienda de calidad, gocen de jubilación sin importar la edad y;
  - Que sus familiares directos reciban servicios médicos.

“Una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a servicios de salud, de acuerdo con el CONEVAL, cuando no cuenta con afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social o los servicios médicos privados.” En este sentido, la medición de pobreza se refiere al mínimo que el Estado debe garantizar para que una persona pueda ejercer su derecho a la salud.

La definición anterior que nos ofrece el CONEVAL ayuda a exponer que en efecto, se puede afirmar que existe una reducción de la carencia por acceso a servicios de salud: en 2010 se contaba con 35 millones de mexicanos afiliados al Seguro popular para 2012 esa cifra fue de 47.8 millones (CONEVAL, 2014).

En las primeras décadas del siglo XXI, un porcentaje amplio de la población mexicana (44.4% para 2008 y 43.6% para 2016, es decir 53.4 millones de habitantes) cuenta con la característica de vivir con pobreza, es decir, tiene al menos una carencia social (educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos o alimentación) (CONEVAL). Una persona vulnerable ya sea por carencia social o por carencia de ingresos tiene más dificultad para lograr un desarrollo personal que le permita avanzar y alcanzar condiciones de vida favorables para él y su familia. La línea histórica nos muestra que al existir tantos ciudadanos en situación de vulnerabilidad, el desarrollo de la población se ve frenado, generando un fenómeno de reproducción de la pobreza que en el largo plazo se ve reflejado en la insostenibilidad de las políticas sociales al demandar un mayor gasto.

Los datos que nos ayudan a respaldar este argumento son presentados en el "Informe de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2014" (CONEVAL, 2015). Dentro de este informe se menciona la pérdida del poder adquisitivo desde 2007, servicios insuficientes para la población en pobreza y pobreza extrema, una caída en el ingreso de las familias desde 1992<sup>6</sup> y que para el año 2014 no habían podido recuperar el nivel que tenía en 2007, además de contar con educación y salud insuficiente para la población con menos ingresos. A pesar de que se han realizados acciones para combatir estas tendencias negativas, como modificaciones a fondos de aportaciones o acciones como la cruzada contra el hambre, los resultados no son eficientes. En 2010 había 52 millones de personas en pobreza y casi 12 millones en pobreza extrema, para el 2014 se cuenta con 55 millones de personas en pobreza y 11 millones en pobreza extrema.

---

<sup>6</sup> La caída de los ingresos se remonta a mediados de los años setenta, pero fue en este periodo de crisis de la deuda donde la recuperación de los salarios no se logró e incluso en los años actuales no se han recuperado.

## 1.2 Crecimiento del sector salud en México

En México y en cualquier país del mundo, un sistema de salud no depende de una sola persona o institución, necesita personal calificado que lo administre, que lo regule, prestadores de servicios (consultas), proveedores (productos) y apoyo también de la población derechohabiente. Todo este ensamblaje culmina con la posibilidad de ofrecer consultas, centros o clínicas de atención médica, actividades a favor del cuidado y prevención de la salud, servicios hospitalarios tanto generales como especializados, administración pública federal y municipal o estatal, seguros médicos, formación de personal entre muchas otras actividades y productos.

Al ser la salud un servicio básico e indispensable (probablemente el más importante) cualquier país debe de darle el peso que necesita, esto quiere decir, recursos financieros y recursos administrativos. De esta manera, si se logra cubrir dicha necesidad se puede esperar que la ciudadanía se enfoque en actividades productivas que generen un progreso futuro. Esta importancia que tiene el servicio de salud en cualquier lugar, lo vuelve complejo, cada localidad tiene diferentes problemas y cuentan con diferentes recursos.

**Cuadro 1. Población total cubierta por la seguridad social como porcentaje de la población total.**

<b>Año</b>	<b>%</b>
1980	43.6
1990	57.8
1996	50.2
2008	58.1

Fuente: CONAPO, serie histórica. Segundo informe de gobierno, 2008.

El caso mexicano no es distinto, una población mayor a 120 millones de habitantes en donde gran parte no tiene un servicio efectivo.

### **1.1.3 Los sistemas de salud en México.**

El sector público de salud se caracteriza por la presencia de varios aseguradores y prestadores de servicios integrados de manera vertical, que atienden a distintos segmentos de la población. Las instituciones de seguridad social<sup>7</sup> se encargan de cubrir a los trabajadores asalariados del sector formal. La OCDE estima que las personas que contribuyen a las instituciones de seguridad social representan la mitad de la población ocupada.

Por otro lado, se encuentra la Secretaría de Salud que da servicios médicos a la población no cubierta por las instituciones de seguridad social. La descentralización del gasto generó que en la actualidad los Servicios Estatales de Salud (SESA) sean los encargados de operar en materia de salud en los estados de forma propia, incluyendo hospitales y clínicas públicas. Las zonas rurales son las que más dificultad de acceso tienen a centros de salud, y los SESA se caracterizan por ser de menor calidad a los de la seguridad social.

Un sistema de salud<sup>8</sup> es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que

---

<sup>7</sup> Entiéndase IMSS e ISSSTE principalmente, también se encuentran instituciones como las instituciones de salud de los gobiernos estatales (SESA), instituciones de PEMEX, de la Defensa Nacional y de la Secretaría de Marina.

<sup>8</sup> Definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

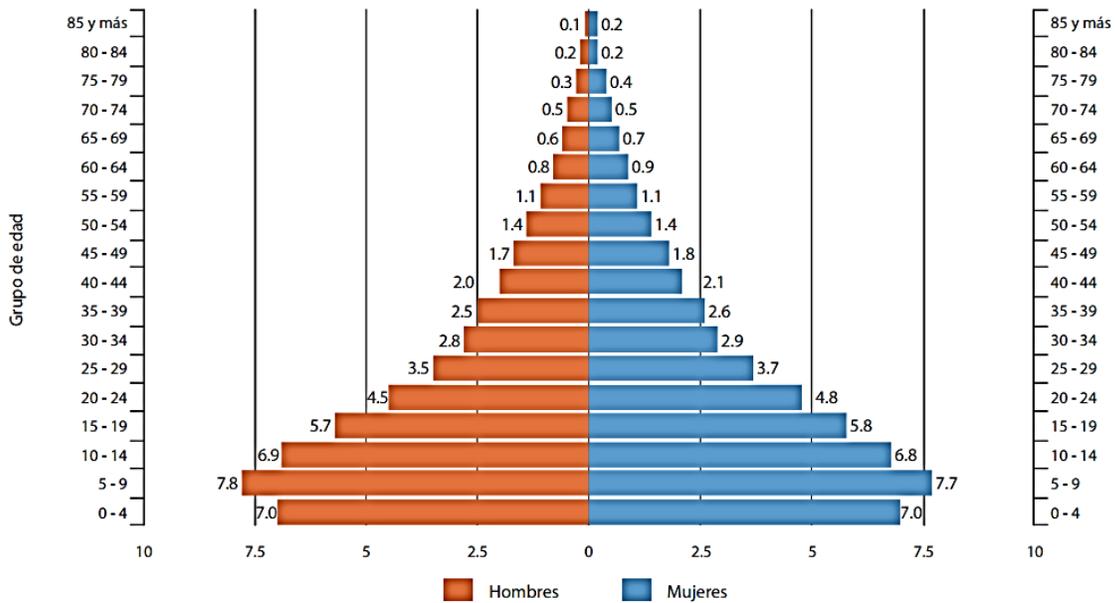
Las políticas de salud en México han tenido una aplicación que al paso de los años arrojan ciertos resultados: de 1930 a 2015, la esperanza de vida en México aumentó 40 años y la mortalidad se redujo de 27 a 6 defunciones por cada mil habitantes, estos datos suenan prometedores en pro del desarrollo social. El problema latente que se observa en la población mexicana va unos años atrás, en donde el estilo de vida se empieza a modificar y genera el aumento de las enfermedades conocidas como crónicas degenerativas<sup>9</sup>, de las cuales pocas son curables y generan consecuencias a largo plazo.

La OMS nos define estas enfermedades como “Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.” Como pueden ser las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, estas son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. Esta característica de ser de alta duración se traduce económicamente en un gasto recurrente en cada individuo que haya adquirido este tipo de enfermedades, y a esto se le suma el aumento de la esperanza de vida, volviendo este tipo de enfermedades más costosas.

---

<sup>9</sup> Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era menor a 60 años de edad.

**Gráfica 4. Pirámide poblacional, 1980. Distribución por edad y sexo.**



Fuente: CONAPO (1980). *Censo de población y vivienda*

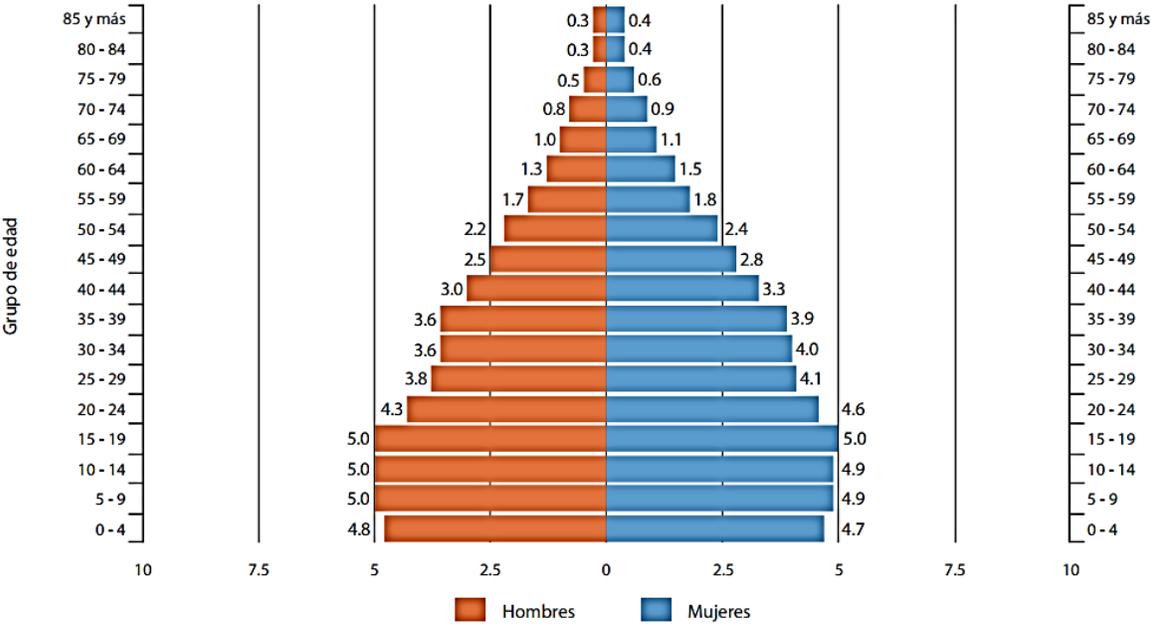
La pirámide poblacional anterior muestra la estructura de la población mexicana por edades. En 1980, en el rango de 0 a 20 años es en donde mayormente está contenida la población. La gráfica en la página siguiente corresponde a la pirámide poblacional del año 2010, mostrando que la población pasó a concentrarse en rangos de edad ligeramente superiores. El CONAPO calcula que en 1970 la tasa de fecundidad era de 7 hijos, mientras que en 2008 era de 2.1 hijos.

Con base en esto el CONAPO estimó que para 2050 las personas con 45 años van a ser la parte más densa de la pirámide poblacional. Si estos datos los analizamos desde la perspectiva económica en el sector salud, dado los niveles de prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, será estas el principal problema del sector salud; recordemos que son enfermedades de alto costo económico y social. La salud y el mantenimiento de la misma se vuelven una de las principales preocupaciones para toda administración,

gobierno y sociedad por razones tan relevantes como la productividad y la calidad de vida de su población.

Este fenómeno, en donde ciertos rangos de edad se están incrementando, es previsible por el simple hecho del envejecimiento natural de cualquier población. Ante estas circunstancias, debemos darnos cuenta de que las necesidades sociales son cambiantes y no se pueden mantener las mismas políticas de las décadas anteriores. En este caso las enfermedades crónicas son un problema en salud a futuro previsible, al haber habido cambios en los patrones de alimentación de la población mexicana, hay que adaptar las acciones para controlar un problema que aún no se encuentra en su etapa más complicada.

**Gráfica 5. Pirámide poblacional, 2010. Distribución por edad y sexo.**



Fuente: CONAPO (2010). *Censo de población y vivienda*

El gasto público de salud en México aumentó de 2003 a 2013 de 2.4% a 3.2% como proporción del PIB,<sup>10</sup> este aumento del gasto no siempre se ve reflejado en mejoras de los niveles de salud, además el gasto histórico en salud de México siempre ha estado por debajo del promedio de los países de la OCDE.

Del presupuesto que se le destina a salud en México, según la OCDE en su informe sobre los Sistemas de Salud México, en administración se utiliza el 10%. Por otro lado, los pagos directos por servicios de salud que salen de los bolsillos de las personas (cerca de 40%) siguen siendo los más altos de la OCDE, esto indica que el gasto en salud de México se caracteriza por ser ineficiente al no aumentar su capacidad instalada, en proporción a la demanda. La parte de gasto se desarrollará a fondo más adelante.

La disparidad de gasto en salud en México es amplia, a nivel familia los hogares más pobres están cubiertos en menor medida por la seguridad social que los hogares más ricos y una mayor proporción de la población pobre también enfrenta gastos en salud catastróficos<sup>11</sup> y empobrecedores. A nivel estatal también hay grandes diferencias, entre los estados más ricos del norte y los estados más pobres del sur del país en cuanto a la cobertura de aseguramiento, gasto público y condiciones de salud. En el nivel internacional, México gasta menos que otros países latinoamericanos con un desarrollo similar.

---

<sup>10</sup> En este periodo la población mexicana aumentó en 15 millones de personas aproximadamente, por lo cual probablemente el aumento del gasto público no generó un mejoramiento estructural, únicamente satisfizo las crecientes demandas.

<sup>11</sup> Se entiende por gasto catastrófico a las erogaciones realizadas en caso de que una familia destine 30.0% o más de su ingreso disponible o capacidad de pago al financiamiento de la atención de su salud. El ingreso disponible es aquél con el que se cuenta una vez descontados los recursos asociados con el gasto en alimentos y vivienda.

En cuanto a gasto privado la mayor parte en México se financia por medio del gasto de bolsillo<sup>12</sup>. El sistema es profundamente desigual en términos del acceso a los servicios de salud y su financiamiento.

En suma, se puede mencionar que México en estos momentos experimenta un cambio demográfico que genera un cambio epidemiológico, el cual demanda nuevas políticas y genera mayores presiones sobre las instituciones de salud del país. Este incremento de presiones presupuestarias, es derivado no solo del cambio que se mencionó anteriormente, también por el incremento de pensiones de los trabajadores, este requerimiento financiero exige una mejora en la recaudación fiscal que pueda sostener estos cambios.

Por último, cabe mencionar la necesidad de un aumento en el nivel de coordinación institucional, entre las mismas instituciones, como con los prestadores de servicios médicos, esto mejoraría el funcionamiento tanto de tratamiento en pro de la salud al igual que una disminución de costos, es decir, economías de escala.

#### **1.1.4 Descentralización del sector salud en México**

El sistema de salud en México tiene aproximadamente 85 años, pasando por diversas reformas: en 1943 la primera, cuando se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el IMSS. Entre 1979 y 1988 se introdujo la atención en salud a las personas sin derecho a la seguridad social, en este periodo se firma la Ley General de Salud. En este mismo periodo de reformas se descentralizó el servicio de salud únicamente en solo 14 entidades.

---

<sup>12</sup> El gasto de bolsillo en salud comprende el pago que realizan de manera directa los hogares al prestador de los servicios en el momento de demandar o hacer uso de éstos

La descentralización<sup>13</sup> en México fue planteada desde 1983 en el programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, en ese entonces SSA. Con este cambio se buscaba que el servicio de salud fuera financiado por el gasto federalizado, esto con la justificación de aumentar la eficiencia, ya que cada zona necesitaba un nivel diferente de salud y contrarrestar la dependencia al gobierno central.

Oates, Wallace observa la descentralización desde un punto de vista económico, menciona que la única condición para que exista descentralización, es que las decisiones sobre servicios públicos estén determinadas principalmente por la demanda de los residentes de las respectivas jurisdicciones, es decir, lo que los residentes están dispuestos a pagar por distintos niveles de servicios. (Wallace, 1999)

Cada estado de la república tuvo que adaptarse a este cambio económico, que tuvo afectación social y política. Se buscaba, además de disminuir la dependencia que los estados tenían con el gobierno central, la homogeneidad en el servicio, en la actualidad aún existe una desigualdad en cuanto a prestación de servicios, las entidades federativas operan sus propios sistemas de Servicios Estatales de Salud. Existen grandes diferencias entre estados en términos de la disponibilidad de recursos per cápita para prestar servicios públicos de atención médica y, en particular, se observan problemas de acceso en las zonas rurales. (Ley de Coordinación Fiscal, Última reforma en 2018)

---

<sup>13</sup> Adopción de nuevas disposiciones legales para el gobierno federal y estatal, redefiniendo funciones y atribuciones con el objetivo de aumentar la eficiencia de los servicios de salud.

El gasto federalizado<sup>14</sup> se lleva a cabo hasta el periodo de 1995-2000, en este año se da una tercera reforma que culmina con la descentralización de todos los estados el 20 de agosto de 1996 cuando se establecieron los lineamientos generales para la descentralización con el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, esto en busca de la universalización y disminuir la segmentación institucional. En el periodo 2000-2006, se presenta la puesta en marcha del seguro popular en busca de dicha universalización.

En estos acuerdos se encuentran las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la organización y descentralización de los servicios de salud en el Estado, y para la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros que permitieran a los gobiernos estatales contar con autonomía en el ejercicio de las facultades otorgadas en la Ley General de Salud. Todo esto con el objetivo de flexibilizar la operación del servicio de salud mexicano.

En razón a lo anterior se inició la concentración de recursos en el ramo 12 del presupuesto de egresos<sup>15</sup> "Descentralización de los Servicios de Salud", el 11 de noviembre de 1997, con motivo de la reforma y adición del Capítulo V a la Ley de Coordinación Fiscal, donde se crea el Ramo 33 "Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios" publicado en el DOF ese mismo año, dentro de este concepto se crea un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) el cual desarrollaremos más adelante.

Este proceso quería fortalecer y flexibilizar el sistema de salud, darle mayor calidad y cobertura. Pero ¿Qué resultados obtuvo y en qué realidad nos dejó? En "La Descentralización de la Educación y la Salud" (CEPAL, 1998),

---

<sup>14</sup> Gasto integrado por los recursos que el gobierno federal transfiere a los estados y municipios a través de las participaciones y aportaciones federales, apoyos a entidades federativas (PAFEF) y a convenios.

<sup>15</sup> El sector salud dentro de las finanzas públicas se abordará con mayor profundidad y detalle más adelante.

menciona que en 1987 al comparar los estados que se habían descentralizado, (Colima, Guerrero, Jalisco, México, Nuevo León y Tlaxcala, entre otros) con los que no, (Baja California, Campeche, Coahuila, Durango, Oaxaca, Puebla, Veracruz entre otros), las unidades médicas de los estados descentralizados tuvieron un crecimiento del 45% los estados centralizados apenas pudieron alcanzar el 20%. A pesar de esto, la Segunda Encuesta Nacional de Salud 2012 menciona que la calidad de los servicios era mala por los altos tiempos de espera. Además, la descentralización no estaba dando acceso a las zonas rurales con mayores carencias y daba mayor acceso únicamente a las zonas urbanas.

Cuando se dio la descentralización completa en 1996, el gobierno federal transfirió más de 7400 hospitales, clínicas y centros de salud en operación que incluyeron 6,132 millones de pesos para continuar la operación. La situación vigente deja mucho que desear, pues la utilización y existencia de un sector privado amplio en el país, sugiere que las instituciones de salud no satisfacen la demanda total ni cercanamente. Cuando las familias de bajos ingresos tienen que recurrir al sector privado para algún tratamiento, su ingreso se ve condicionado de forma crítica, al ser un sector monetariamente caro. Otro resultado negativo que tenemos es la limitada oferta de recursos humanos e insumos para el sector salud, tales como médicos practicantes y camas para atención hospitalaria de casos agudos; según la OCDE, el sector hospitalario privado provee alrededor de una tercera parte del total de camas de hospital en el país. Esta oferta se concentra en las ciudades más grandes, en los estados con mayores recursos.

### **1.2.3 Salud para todos, universalización y Seguro Popular.**

El derecho a la protección de la salud es un derecho humano que tiene toda persona, garantizado por la CPEUM. Para lograr este cometido se han realizado varias acciones macro, como ya se mencionó: se creó la Secretaría de Salud, se descentralizó el sistema de salud, se crea y expande la Ley General de Salud y se crea el Sistema de Protección de Salud en 2003, mejor conocido como Seguro Popular.

Desde el año 1943, el sistema de salud en México ha contribuido a mejorar las condiciones de un sector la población en materia de salud, el problema constante que ha tenido este sistema es la cobertura y el acceso efectivo, esto se debe a la diversidad población que tiene México, ya sea por tipo de población o por zonas. Anteriormente (antes del año 2000), únicamente los trabajadores del sector privado y del Estado contaban con protección social por medio del IMSS e ISSSTE, pero aproximadamente el 50% de la población no tenía acceso a un servicio médico garantizado.

Fue en el periodo de 2001 y 2002 cuando el ejecutivo federal envió una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud, publicada el 15 de mayo de 2003 en el DOF, creando así el Sistema de Protección Social en salud, que iniciaría funciones en 2004. Esta iniciativa se genera por la fuerte carencia (50% de la población aproximadamente) que los mexicanos tenían en cuanto a la salud. Al existir esta situación, el gasto de bolsillo se volvió elevado. En 2002, según la Auditoría Superior de la Federación (ASF), este gasto era el 52% del total del gasto nacional en materia de salud, mientras que el promedio de la OCDE era de 19%.

Bajo el artículo 4 de la CPEUM “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” y bajo diversos artículos de la Ley General de Salud, el Seguro Popular se creó con las siguientes características:

**Tabla 2. Principales características del Seguro Popular**

<b>Atributos Generales de la Prestación de los Servicios de Salud:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser de cobertura nacional.</li> <li>2. Ser servicios que se otorgan de manera gratuita para la población en el momento de su utilización.</li> <li>3. Ser acciones de impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica.</li> <li>4. Ser servicios que deben proporcionarse independientemente de la existencia de una demanda explícita para los mismos.</li> <li>5. Prestar el servicio para una persona no reduce la cantidad de recursos disponibles para otros miembros de la población.</li> </ol>	
<b>Beneficiarios:</b>	
Familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud.	
<b>Núcleo familiar:</b>	
Puede integrarse de cualquiera de las maneras siguientes:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Por los cónyuges.</li> <li>2. Por la concubina y el concubinario.</li> <li>3. Por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato.</li> <li>4. Los hijos menores de edad; los menores de edad que formen parte del hogar y tengan parentesco de consanguinidad; los hijos solteros de hasta 25 años que prueben ser estudiantes, y los hijos discapacitados dependientes.</li> <li>5. Los ascendientes directos en línea recta mayores de 64 años, que sean dependientes económicos y vivan en el mismo hogar.</li> <li>6. Las personas que aún no teniendo parentesco de consanguinidad, habitan en la misma vivienda y dependen económicamente y sean menores de 18 años o discapacitados dependientes de cualquier edad.</li> </ol>	
<b>Requisitos para la Afiliación:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser residentes en el territorio nacional.</li> <li>2. No ser derechohabientes de la seguridad social.</li> <li>3. Contar con Clave Única de Registro de Población.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Cubrir las cuotas correspondientes.</li> <li>5. Cumplir con las obligaciones establecidas en la Ley General de Salud.</li> </ol>

<b>Cuotas familiares anuales por decil de ingreso (pesos):</b>					
Decil I	} Régimen no contributivo	Decil V	2,074.97	Decil IX	7,518.97
Decil II		Decil VI	2,833.56	Decil X	11,378.86
Decil III		Decil VII	3,647.93		
Decil IV		Decil VIII	5,650.38		

Fuente: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

La tabla anterior nos presenta las características que se deben de cumplir para estar afiliados, una característica importante son las cuotas familiares anuales que deben cubrirse para pertenecer. Podemos ver que los primeros cuatro deciles no pagan cantidad alguna. En pesos de 2014 esto significaría que las personas con ingresos trimestrales de 7,716 pesos a 20,675 pesos no

pagan cuota por afiliación<sup>16</sup>. Esto con la expectativa de aumentar la cobertura y consultas eficientes. El propósito de esta universalización es satisfacer una de las demandas básicas que la población tiene, una vez logrado esto, poder enfocarse en un desarrollo poblacional que en el agregado favorezca la producción y competencia nacional. Pero no se ha llegado a esto, es decir, se debe hacer una revisión de resultados que indiquen la efectividad de estas acciones, tanto la idea como la aplicación deben de ser eficientes para lograr el objetivo.

Recordemos que el objetivo del programa es “brindar a la población sin seguridad social, el acceso a un esquema de protección financiera que evite el deterioro del patrimonio de las familias por gastos en salud, con especial atención en aquella población que se encuentra en condiciones de desventaja y marginación social<sup>17</sup>. México es uno de los pocos países de la OCDE que aún no logra la cobertura universal o casi universal del aseguramiento en salud. El sistema es profundamente desigual en términos del acceso a los servicios de salud, su financiamiento y los indicadores de las condiciones de salud. En la actualidad los costos administrativos y de rectoría también son altos comparados con los estándares internacionales, lo que quizá refleja la fragmentación del sistema de salud.

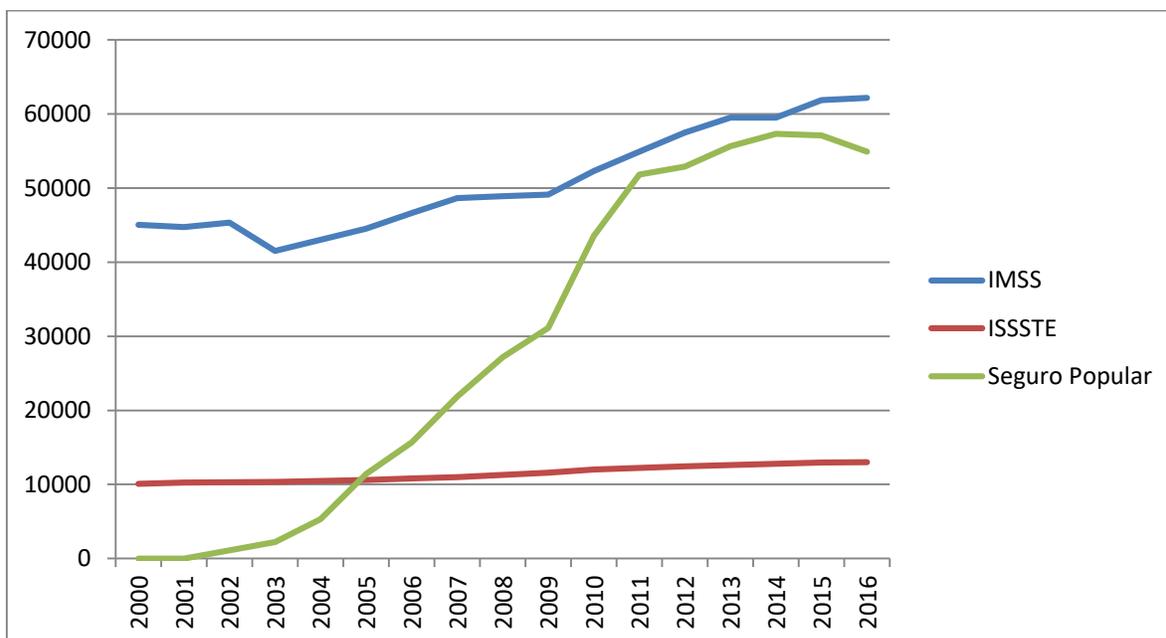
En la actualidad, el Seguro Popular registra, al año 2016 y según el INEGI, una afiliación de 54 millones 924 mil afiliados.

---

<sup>16</sup> La diferencia reside en que el seguro popular únicamente ofrece seguridad médica a diferencia del resto de instituciones que ofrecen beneficios como el AFORE.

<sup>17</sup> Fenómeno multidimensional y estructural originado, en última instancia, por el modelo de producción económica expresado en la desigual distribución del progreso, en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales, tanto del proceso como de los beneficios del desarrollo (CONAPO, 2011).

**Gráfica 6. Población afiliada a las principales instituciones en México (miles de personas)**



**Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI, "Derechohabiencia y uso de servicios de salud"**

Este aumento de personas afiliadas ha disminuido la prevalencia<sup>18</sup> al gasto en salud a través de los años. De acuerdo con la ASF, en 2011 la proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares del Seguro Popular fue de 46.5%, inferior en 5.4 puntos porcentuales al nivel de 2014. El CONEVAL menciona que en 2010 la reducción del gasto de bolsillo fue de 44%, congruente con las cifras de la ASF, esto se tradujo al 20% de los hogares más pobres y al 35% de su capacidad de pago. El CONEVAL muestra que la demanda de servicios hospitalarios en la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud por parte de los beneficiarios del Seguro Popular se triplicó de 2005 a 2011 dentro del grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales

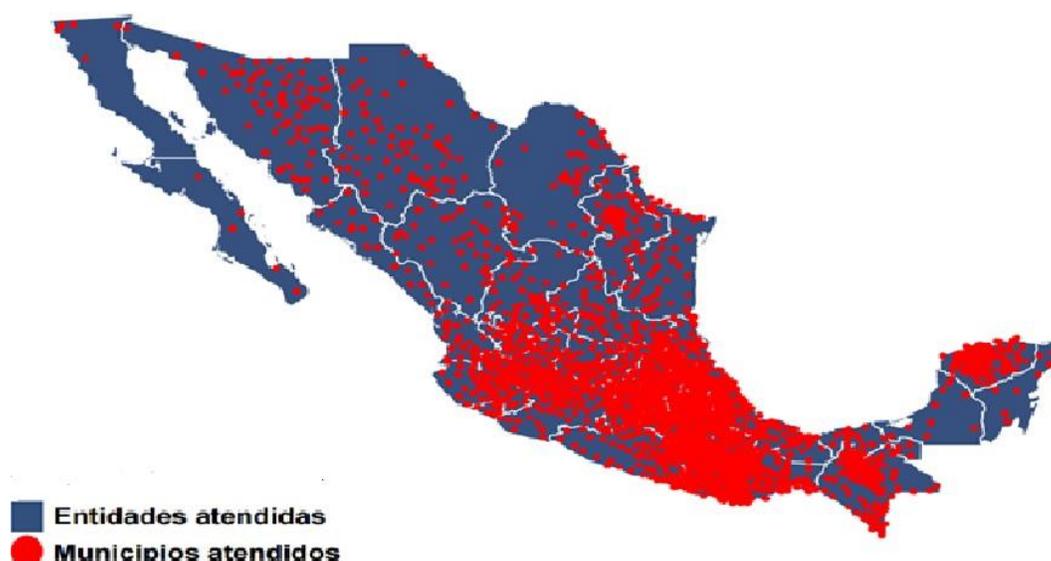
<sup>18</sup> En epidemiología, se denomina *prevalencia* a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado

y nutricionales; pasando así de 14.8% a 69.2%. Estos resultados muestran el impacto real en la población con mayor vulnerabilidad financiera: el Seguro Popular sí ha contado con atención médica de enfermedades crónicas-degenerativas.

De acuerdo con la encuesta *Satisfacción del Usuario del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) 2014*, el 86.1% manifestó sentirse "muy satisfecho" con el Seguro Popular después de recibir la consulta médica; 93.3% con la atención del personal médico general y especialista; el 62% con relación al abasto de medicamentos entregados, y el 83% manifestó haber recibido todos o casi todos los medicamentos recetados mediante el Programa.

El tiempo promedio de espera para ser atendido fue de 86.4 minutos. Dos terceras partes de la población afiliada al Sistema consideraron que los servicios han mejorado como consecuencia del desarrollo de este. Un porcentaje menor, (3.1%) de afiliados, afirmó que los servicios no sólo no han mejorado sino que han empeorado (CONEVAL, 2015).

**Ilustración 1. Localización de la población atendida por el Seguro Popular.**



**Fuente: Valoración de la información de desempeño presentada por el programa Seguro Popular, CONEVAL**

El mapa anterior nos muestra donde se realiza una mayor utilización del Seguro Popular a nivel nacional. Se observa que la tendencia es en el centro y sur de la república mexicana. En Nuevo León se cuenta con 3 millones 223 mil afiliados a alguna institución de salud, mientras en Oaxaca se cuenta con sólo 1 millón 415 mil afiliados a instituciones de seguridad social, lo anterior expone porque hay una mayor demanda del Seguro Popular en la zona sur, considerando como muestra estos ejemplo estatales (INEGI, 2016).

Esto refleja que existe un desequilibrio por zonas, mientras la zona norte del país tiene una baja utilización del Seguro popular, el sur y centro son grandes dependientes de estos servicios. La zona norte cuenta con un alto número de personas con derecho a la seguridad social y de población que puede financiar un servicio privado de salud, esto debido al mayor nivel de formalidad y de ingresos con él que cuenta la región.

Por otro lado, las otras dos zonas tienen esta dependencia a la salud pública por sus bajos ingresos y por trabajos que se desempeñan en la informalidad que no pueden ofrecer seguridad social. Lo anterior puede ser una de las causas, la realidad es que esta búsqueda de cobertura se ve expuesta a ineficiencia debido a la duplicidad; en efecto, la ASF dictaminó que uno de cada cuatro usuarios del Seguro Popular también está afiliado a otra institución de salud del país.

Mientras la universalización aún no se logra y casi 4 millones de mexicanos mayores de 5 años, 3.8% de la población, carece de acceso alguno a servicios de salud, ya sea a través del Seguro Popular o la seguridad social como el IMSS o el ISSSTE, muchos derechohabientes cuentan con un doble seguro en servicios de salud. El documento "Cotejo de padrones del Sistema Nacional de Salud", elaborado por la Secretaría de la Función Pública en

2015, genera los porcentajes de colusión del padrón del Seguro Popular con otras instituciones públicas de salud son:

- 12.5% con el IMSS, es decir, 6 millones 454 mil 519 personas registradas en esta institución de salud también lo están en el Seguro Popular.
- 1.6% con el ISSSTE, es decir, 840 mil 081 casos duplicados.
- 10.2% con el IMSS Oportunidades, es decir, 5 millones 248 mil 489 casos duplicados.

Recordar que los afiliados al Seguro Popular tienen una menor cobertura en comparación con los derechohabientes del IMSS y el ISSSTE, ya que estos tienen garantizada la atención médica de casi cualquier enfermedad, o al menos así está establecido en el marco normativo: en el Seguro Popular se cubren sólo 344 padecimientos, 285 esenciales y 59 de alta complejidad, en donde se incluyen diabetes, males cardiacos, algunos tipos de cáncer y problemas hepáticos.

De las 344 enfermedades cubiertas por el Seguro Popular representaron el 2.4% de los 14 mil 176 padecimientos registrados en el Catálogo de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud elaborado por la OMS. El seguro Popular desea que los individuos con menos ingresos reduzcan su gasto en salud, el objetivo no se alcanza aún, el 46% de los hogares afiliados al seguro popular continúan realizando gasto de bolsillo para atención médica o en medicamentos.

### **1.3 Estado y gobierno**

El Estado se define como una organización e institución dotada de poder económico y político para imponer el marco de obligaciones regulaciones y restricciones a la vida social y al intercambio económico (Espino, 2000). El papel del Estado en la economía es fundamental en la actualidad, es poco acertado suponer que el mercado es el único mecanismo de asignación de

recursos de una economía, el desarrollo de muchos mercados se debe a las acciones estatales. En el mercado los recursos se asignan por la persona que los posee, mientras el Estado distribuye recursos tanto públicos como privados.

El Estado es un gran mecanismo conformado por instituciones, población y territorio, dentro de este conjunto se encuentra el gobierno. Este último concepto va más dirigido a las autoridades que administran las instituciones del Estado, y ejerce las actividades que le corresponden, concretamente las políticas económicas.

### **1.3.1 Política económica a través de los años**

Debemos de reconocer que los mercados competitivos no necesariamente producen una asignación de recursos económicamente eficientes, el modelo de la competencia perfecta y su distribución de factores de producción no es alcanzable.

Para esto se implementan políticas económicas, sirven como una estrategia para guiar la economía de un país; para lograr esto se toman acciones con diferentes instrumentos para obtener fines económicos anteriormente delimitados. Los instrumentos de política económica pueden ser distintos como la política monetaria, la fiscal, cambiaria y comercial, entre otras.

En México, después de la Segunda Guerra Mundial, la política económica de México se llamó "desarrollo estabilizador", esta política consistía en un proteccionismo del mercado interno. Durante este periodo México experimenta grandes tasas de crecimiento anual hasta los años setenta cuando el modelo se volvió insostenible y terminó.

En los primeros seis años del siglo XIX se da una política de libre mercado y globalización por la estabilidad macroeconómica que se vivía y los altos

precios del petróleo que sostenían las finanzas públicas, se buscaba el encadenamiento productivo empresarial y de infraestructura que detonara la inversión pública.

A inicios de los años setenta aumentaron las tasas de desempleo por la pérdida del dinamismo económico y la debilidad del mercado mexicano ante el mercado internacional al momento de su apertura. En este momento se implementó una nueva política económica que tenía como base la expansión del gasto público, esto llevo al crecimiento de la deuda externa para lograr el pago de compromisos internacionales.

Fue en este momento donde se requirió de ajustes económicos en la política, se contrajo el gasto público, se liberaliza el comercio exterior, aumento de la tasa de interés, devaluación del peso, se contrae el salario y se reestructuran las empresas públicas. A inicios de los años ochenta se presenta una crisis de devaluación del peso e inflación mayor al 100%, en estos años la política estuvo enfocada a disminuir la inflación, corrección del déficit público y comercial con pocos resultados.

A final de los años ochenta y a principios de los noventa, se genera una apertura comercial y financiera, privatización de empresas paraestatales con la finalidad de reducir la deuda pública. Los últimos seis años del siglo XX se caracterizan por un déficit del peso frente al dólar, déficit en la balanza comercial y escasez de reservas internacionales, con una política de fortalecimiento de ahorro interno para reconstruir el sistema fiscal, el de seguridad social y la regulación financiera.

### **1.3.2 La necesidad de los ajustes económicos**

Al no contar con una distribución óptima de recursos, el mercado por si solo vuelve posible la intervención gubernamental con ajustes económicos, para buscar aumentar la eficiencia y la calidad, esto no quiere decir que se

pueda alcanzar un óptimo de distributivo, pero si una mejora equitativa y distributiva.

Como se mencionó previamente, la economía mexicana está a la deriva tanto de repercusiones económicas globales como a errores propios de política económica; a lo largo de los años se cuenta con una falta de proyecto de nación que se mantenga como principal objetivo a pesar de los cambios de gobierno. Al no contar con una línea de acción común, los ajustes que se realizan, principalmente en los periodos de crisis, generan desequilibrio en los diferentes sectores de la economía.

En esta última parte se abordará la política económica y política pública que se decidió seguir de forma macro, en el capítulo 2 se desarrollará de forma más puntual la política económica y pública enfocada en salud. También se planteará un breve recorrido histórico de cómo se llegó a optar por este tipo de políticas.

El objetivo de este apartado es comprender cuáles sucesos a nivel global llevaron a México a una situación de precariedad actualmente, también introducir el elemento de la globalización y desarrollarlo en el capítulo 2 de manera más puntual, con su afectación directa en la salud y el estado de bienestar mexicano.

En la década de los años noventa los países latinoamericanos fueron autores de reformas en diferentes ámbitos, esto debido a la consolidación del fracaso económico que se presentó en los años ochenta, conocido en el ámbito económico como la década perdida. Un periodo en donde México debe abandonar la sustitución de importaciones, sistema que le había generado un crecimiento como ningún otro en su historia.

Esta necesidad de un nuevo crecimiento lleva al país (también a los latinoamericanos) por adoptar las medidas monetarias y fiscales que

proponía el Consenso de Washington<sup>19</sup>, presentándose aquí la idea que incluso hoy se le da prioridad que es el control inflacionario. Por otro lado, las reformas realizadas, se encargan de abrir o globalizar la economía mexicana, terminando o reduciendo el control del Estado sobre la economía y dejándolo al mercado y al capital extranjero.

Se entiende por política económica “el conjunto de herramientas e instrumentos aplicadas por el Estado para estimular o impedir acciones a través de las diferentes políticas y generar crecimiento sostenido que aumente el desarrollo y el bienestar social” (González, 2006)

Cada país plantea la política económica que mejor le parezca para poder alcanzar sus objetivos, en México el poder ejecutivo se encarga de esta política económica a través de órganos fiscales y administrativos y se plantea en el Plan Nacional de Desarrollo de cada sexenio.

Se cuenta con instrumentos específicos, algunos con más afectación nacional que otros, pero con el objetivo de controlar la economía nacional. En el caso mexicano se ha optado por una política económica de estabilidad macroeconómica, buscando mantener controlado la inflación y el tipo de cambio principalmente. Para esto el Estado se apoya de grandes instrumentos como la política fiscal y la política monetaria, estas son las principales herramientas del Estado para lograr sus objetivos de política económica. Para hacerlo hace uso de las políticas públicas, “las políticas públicas son acciones de gobierno con objetivos de interés público, que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad” (Corzo, 2014).

---

<sup>19</sup> Documento elaborado por Williamson con base a los lineamientos fijados por el Fondo Monetario Internacional.

Dentro de este proceso de toma de decisiones se encuentra la política en salud, el cual se establece en un Programa Sectorial de Salud cada sexenio, en el caso del sexenio 2012-2018 la política en salud iba enfocada a la universalización y se buscaba a través de políticas públicas que mejoraran la rendición de cuentas, aumentar la infraestructura del Sistema Nacional de Salud, reducir brechas entre grupos sociales, optimizar los recursos financieros, prevención de enfermedades, entre otras.

Para resumir este proceso, en la actualidad la globalización demanda que las diferentes naciones tengan una integración financiera y laboral, productiva/comercial, bajo este esquema el Plan Nacional de Desarrollo plantea a través de leyes y programas una guía que el país debe de seguir, una política económica. La política económica cuenta con diferentes políticas para ser llevada a cabo, la política macroeconómica, de bienestar social, de promoción y de infraestructura. Cada una de estas tiene sus propias herramientas y son puestas en marcha por medio de las políticas públicas, las cuales tienen una afectación en diferentes aspectos de la política económica.

Obtener un desarrollo poblacional en México se ve obstaculizado por las grandes diferencias de territorio y características de la población que se tienen en México, las zonas urbanas alejadas de las grandes urbes del norte y de la Ciudad de México tienen problemas de acceso mucho mayores. Esto las vuelve poblaciones apartadas y limitadas ante el acceso a la salud. Al ser poblaciones de bajos recursos, el gasto que tienen que realizar para mantener una condición de salud medianamente aceptable, es muy alto para ellos, impidiendo así que el desarrollo individual sea homogéneo. Con esto se presentan enfermedades de altos costos que las familias de los deciles más bajos no pueden afrontar; para hacer frente a esta

problemática, las políticas de salud en el país han optado por aumentar el sistema de salud, que crezca la cobertura y buscar la universalización.

El acceso y uso efectivo a la salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría. Este elemento se vuelve complementario al del número de afiliados para saber el verdadero potencial de atender casos médicos a tiempo y en forma, y cómo ha mejorado a través de los años. Esto se debe a que la afiliación a un sistema de salud no asegura que se esté recibiendo el servicio y que, en su caso, éste sea de calidad y resolutivo.

Este fenómeno se tiene presente en el sistema de salud mexicano. Después del proceso de descentralización de la salud, se buscaba aumentar la eficiencia y cobertura, ya que cada estado y municipio contaba con una demanda diferente en materia de salud. Además de esto solo la mitad de la población contaba con seguridad social, como solución a este problema se pone en marcha el Seguro Popular, buscando la universalización. Se obtuvieron resultados como la reducción del gasto en las familias, pero no se ha cumplido el objetivo primordial, la universalización total de la población. Varios millones de personas mayores a 5 años siguen sin un servicio de salud público, además las personas que cuentan con este nuevo seguro no tienen una protección realmente amplia ante una situación de riesgo latente.

No sólo es la falta de cobertura a la población o la falta de cobertura a enfermedades y padecimientos, el problema de la coordinación administrativa también es una de las grandes barreras para aumentar la eficiencia del sistema. Esto tiene varias perspectivas, por el lado de los afiliados, cada año alrededor una tercera parte de los afiliados del IMSS o

ISSSTE cambian de institución, por lo tanto, de doctor debido al cambio de empleo. Esto afecta la continuidad del cuidado médico, algo importante en las personas con enfermedades crónicas como la diabetes. Esto deriva en un derroche de recursos, el paciente va a diferentes sistemas de salud en su vida o hasta en un mismo tratamiento, lo que afecta la relación calidad-precio. Por otro lado, la gestión administrativa por instituciones descentralizadas genera ineficiencia en el sistema, esta ineficiencia para atender problemas de salud genera que los ciudadanos lleven su problema al sector privado. Este sector casi no cuenta con cobertura a asegurados, haciendo que las familias incurran en gastos de bolsillo y catastróficos. Esta diferenciación entre público y privado también se refleja en producto, pues la disponibilidad de medicamentos es mucho mayor en el sector privado.

## **Capítulo 2. Gasto insostenible del sector salud.**

El sector salud demanda un alto nivel de recursos para poder dar servicio a los derechohabientes aunque no sea en las condiciones óptimas, en este capítulo se abordará la obtención de los principales recursos financieros y la distribución de presupuesto destinado al sector salud. Se pretende obtener una perspectiva clara de funcionamiento futuro del sistema de salud y sus riesgos a mediano y largo plazo. Para poder generar dicha perspectiva el tema se abordará desde un análisis financiero con base al Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) y la Ley de Ingresos de los últimos años en el ámbito del sector salud.

En cumplimiento con el artículo 74 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Ejecutivo Federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), envía cada año a la H. Cámara de Diputados el Paquete económico que corresponde al ejercicio fiscal. Dentro de este conjunto de documentos nos enfocaremos principalmente a la recaudación de recursos y gasto de los mismos en el sector salud mayormente.

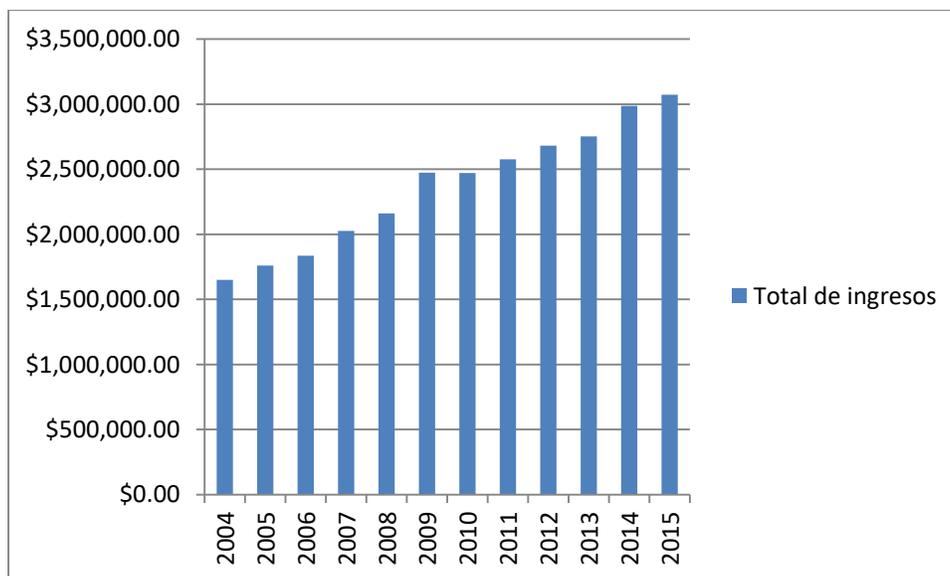
Esto cobra importancia ya que la política económica de las últimas décadas ha estado enfocada en la estabilidad macroeconómica, esto bajo la premisa de que, al tener un ambiente económico estable, la inversión y el desarrollo económico son posibles. Los principales ingresos para el país son los impuestos y la venta de hidrocarburos. Al presentar una evasión fiscal alta, niveles de informalidad altos y caída en los precios del petróleo, el gasto tiende a recortarse en diferentes sectores para intentar lograr la mencionada estabilidad macroeconómica y será destinado a los programas sociales que intentan reducir la pobreza. Dicha situación podría tener como resultado un decrecimiento del bienestar social si las necesidades básicas son desatendidas. Con la caída de ingresos federales,

evidentemente, el gasto es una variable que se ve reducida de manera automática, retirando recursos financieros de distintas áreas.

## 2.1 Principales fuentes de ingresos

Dentro del Paquete Económico de cada año se encuentran los Criterios Generales de Política Económica (CGPE) que estiman el crecimiento macroeconómico a través del cálculo aproximado de las principales variables económicas. Las variables estimadas son el crecimiento real del PIB, el precio del petróleo, la plataforma de producción del petróleo, el tipo de cambio promedio y la tasa de interés promedio. Con base a estos elementos se logra estimar los ingresos incluidos en la Ley de Ingresos de la Federación de cada año. La siguiente gráfica muestra el monto de ingresos totales en cifras reales que la federación recauda, los ingresos de México son altos comparados con otras economías, pero al tener grandes carencias en diferentes sectores, además de una aplicación ineficiente de los recursos, genera resultados de baja expectativa.

**Gráfica 7. Total de ingresos del gobierno federal, periodo 2004-2015 cifras reales, base 2004.**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos en la LIF de cada año publicadas en el DOF.

El aumento en el ingreso de la federación en los últimos años ha estado a cargo de los impuestos a pesar de la baja recaudación en México y del alto nivel de informalidad, esto se vuelve importante ya que el Impuesto sobre la Renta (ISR) resulta ser el que más recursos genera para la federación. Esto indica que el sector de trabajadores en la formalidad es la clase que más recursos genera para el Estado, la clase media.

En México, los ingresos mensuales de un hogar con dos personas son de 7,128 pesos en promedio, por lo que la clase media será definida para este documento como las personas que tienen ingresos entre los 5,346 y 14,256 pesos. (Centro de Desarrollo de la OCDE, 2011)

Esto significa que este estrato carga con el mayor peso de los programas además de que no se está aprovechando el bono demográfico<sup>20</sup>. La causa de esta decadencia laboral podía ser explicada por el favorecimiento de las condiciones de trabajo al capital extranjero en busca de una estabilidad macroeconómica, sin estar estimulando el bienestar social.

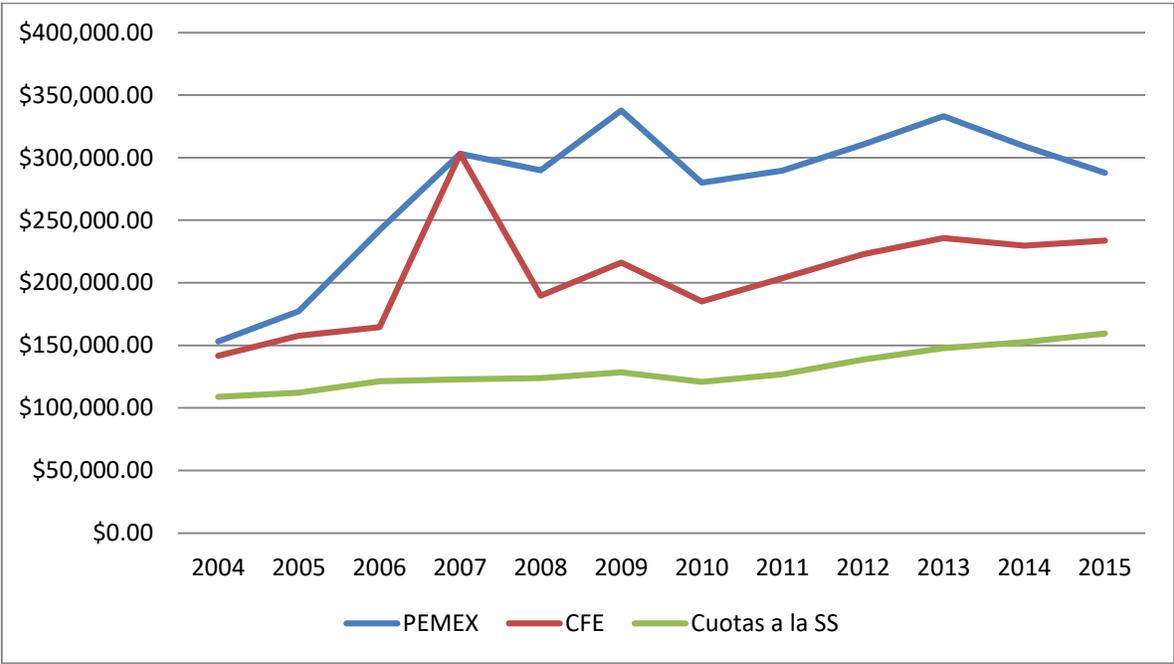
Además de los ingresos fiscales el crudo es otro ingreso importante para el erario público a pesar de la caída de su precio sigue siendo una variable de gran importancia. Mencionar que no ha sido siempre esta caída, ese precio tiene sus altas y bajas. Estos dos rubros (impuestos e ingresos petroleros) se buscan destacar debido a los problemas latentes para el Estado mexicano.

---

<sup>20</sup> El bono demográfico es un fenómeno que se da cuando el volumen de la población en edad de trabajar, que se ubica entre 14 y 59 años, supera a la población dependiente (niños y ancianos). Una mayor proporción de población en edad productiva representa menor carga para la sociedad y también es la que ayuda a impulsar el crecimiento económico, pues al estar trabajando genera productos, ingresos y acumulación de capital. Sin embargo, para que el bono demográfico se traduzca en un beneficio real, es necesario que en este breve periodo de tiempo se incremente la inversión educativa, se mejore el capital humano sobre todo de los jóvenes, pues en ellos se encuentra el mayor potencial de desarrollo. (CONACYT, 2012)

En el caso de los ingresos petroleros, están sujetos al precio del barril de petróleo, por lo que este ingreso a su vez está sujeto a la estabilidad macroeconómica y a la misma variación del precio internacional del petróleo establecido por el mismo mercado internacional. Como se sabe, la sobreproducción a nivel mundial ha generado dicha caída del precio. Por otra parte, a pesar de que el monto de recaudación tributaria es grande en el país en cuanto a cantidad, es baja en cuanto a eficiencia recaudatoria. Por su importancia estos 2 elementos son los que se tratarán más a fondo y por su gran impacto en la población, las cifras relacionadas a los impuestos son un reflejo del tipo de población en un país.

**Gráfica 8. Ingresos a cargo de PEMEX, CFE y las Cuotas pagadas a la Seguridad Social, ingresos reales, año base 2004**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos de la LIF de cada año.

La gráfica anterior muestra como PEMEX sigue siendo la empresa del Estado que más ingresos le genera, a pesar de los problemas financieros que ha estado sobrellevando.

Otro factor importante a mencionar, es el nivel de las cuotas a la Seguridad Social, a pesar de existir un alto nivel de informalidad, estas representan una cifra alta, exponiendo el daño que la informalidad causa a las finanzas públicas mexicanas y a sus expectativas de gasto.

La informalidad es una consecuencia de las condiciones laborales del mercado laboral actual.

### **2.1.1 Recaudación fiscal**

La estabilidad macroeconómica es una situación necesaria en el sistema económico en el que se opera actualmente<sup>21</sup>, para lograr esta estabilidad macroeconómica se cuenta con acciones que sirven para estimular o desincentivar ciertos sectores económicos, estas decisiones son las políticas públicas que sirven para llevar a cabo la política económica sobre la cual se lleva el desarrollo del país en materia de economía.

La política económica tiene diversos instrumentos en pro de la estabilidad macroeconómica, uno de sus principales instrumentos es la política fiscal. Esta política es “el conjunto de instrumentos y medidas que toma el Estado con el objeto de recaudar los ingresos necesarios para realizar las funciones que le ayuden a cumplir los objetivos de la política económica general” (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas , 2005).

La recaudación de recursos públicos a cargo del Estado se realiza a través de impuestos, productos, derechos, aprovechamientos, ganancias obtenidas por empresas públicas y a través del financiamiento público, ya sea externo o interno. En este caso los impuestos recaudados a través de una política financiera, han tenido un papel importante mitigando golpes a la macroeconomía por medio del financiamiento del gasto público.

---

<sup>21</sup> Un sistema neoliberal que favorece al sector empresarial.

La reforma fiscal ha provisto a México de un sistema de recaudación más eficiente, a pesar de esto la recaudación mexicana es baja. Es el país que menos recauda del grupo de la Organización para la Cooperación del Desarrollo Económico (OCDE) y de los menores en América Latina a pesar de ser la segunda mayor economía en relación a su PIB, estando sólo por debajo de Brasil.

En la actualidad esta política fiscal adquiere mayor importancia por la caída de los precios del petróleo; volver eficiente la política fiscal se vuelve una prioridad, para esto se cuenta con diferentes opciones. El crecimiento del padrón de contribuyentes es una opción, la reducción de la evasión y elusión fiscal<sup>22</sup> y el aumento y creación de nuevos impuestos son otras opciones para incrementar el ingreso vía fiscal.

Un alto porcentaje de la PEA (más del 50% según el SAT en un reporte publicado por *El Financiero* en 2014) no paga impuestos, esto significa que sus ingresos los adquieren de la informalidad principalmente (no en todos los casos son necesariamente informales), por lo que se podría pensar que ampliar la base gravable es una opción aceptable. El problema recae al analizar la situación en la que este sector de trabajadores se encuentra, la mayoría tiene muy bajos ingresos o pequeños negocios con nula capacidad para el cumplimiento de obligaciones fiscales, por lo que una imposición tributaria tendría un impacto negativo. Otra situación es la elusión y evasión fiscal que las grandes empresas practican cada ejercicio fiscal. Según la Auditoría Superior de la Federación (ASF) a finales de 2016, esta defraudación fiscal le costó al país 2.8% del PIB, es decir, 483 mil 874 millones de pesos según la Cuenta Pública de la ASF. Este dinero no entró a las arcas

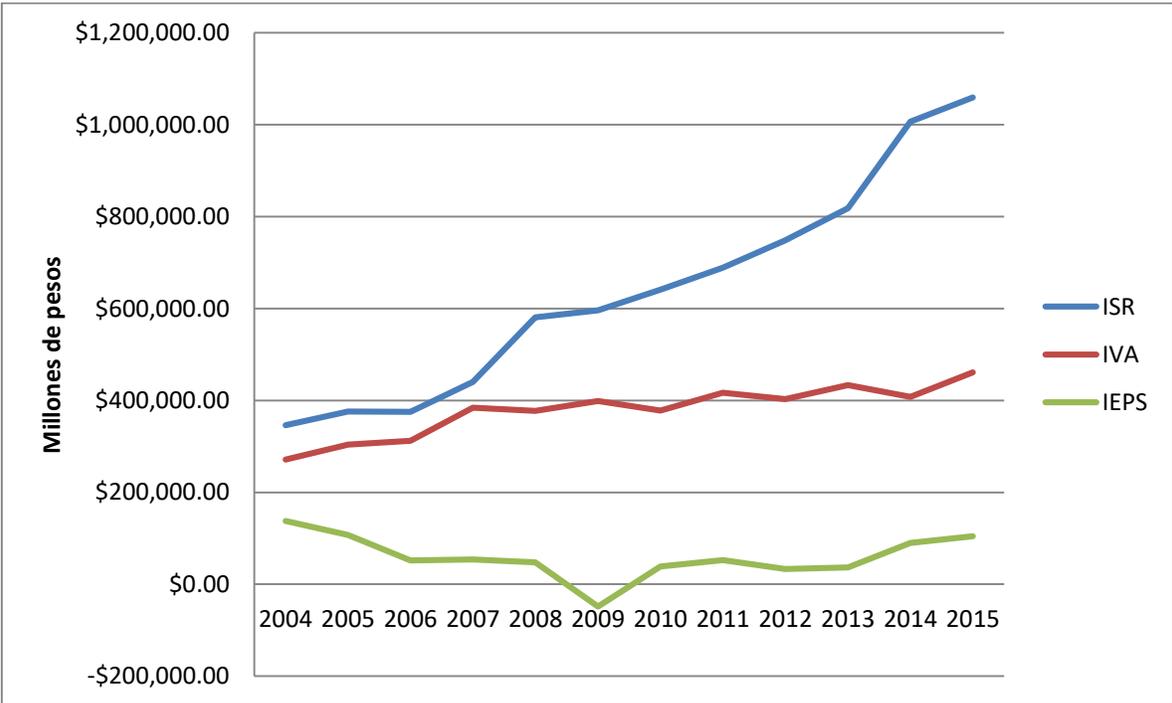
---

<sup>22</sup> La evasión tributaria se define como el uso de medios ilegales para reducir el pago de impuestos que le correspondería pagar a un contribuyente. El evasor actúa de mala fe, en forma ilícita, incurriendo en dolo para pagar menos impuesto. La elusión tributaria se define como la utilización de medios legales para reducir la cantidad de impuesto a pagar. Es decir, el contribuyente hace uso de las normas que están dentro de la ley para conseguir este propósito. (Yáñez Henríquez, 2010)

del Gobierno Federal impidiendo su utilización en diferentes proyectos o en la misma deuda de los estados.

Según el Informe Tributario y de Gestión emitido por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) al cuarto trimestre de 2017, los ingresos tributarios no petroleros se ubicaron en dos billones 854 mil 799.3 millones de pesos, 4% mayor a los presupuestado en la Ley de Ingresos (115 mil 432.5 millones de pesos). El ISR aumentó en 4.1% en términos reales con respecto al último trimestre de 2016. El crecimiento del padrón de contribuyentes tuvo un crecimiento del 13.9% respecto al año anterior, ubicándose en 64.7 millones de contribuyentes. El principal impuesto es el ISR, un impuesto que se grava al ingreso y es de carácter progresivo, este elemento permite que funcione como un redistribuidor de riqueza, lo cual es uno de los objetivos de los impuestos.

**Gráfica 9. Recaudación tributaria de ISR, IVA y IEPS en cifras reales, periodo 2004-2015 en millones de pesos. Año base 2004.**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos de la LIF de cada año.

Aquí se puede observar la evolución desde 2004 de los 2 impuestos más importantes del país: el ISR siempre ha sido un impuesto que genera mayor recaudación que el IVA, el efecto que es importante observar es como la diferencia entre ambos a partir de la última década empieza a ser mayor. Esto muestra que el ingreso ha aumentado, más no el consumo, el poder adquisitivo disminuyó en relación al incremento del ingreso. También se presenta la evolución del Impuesto Especial a Productos y Servicios (IEPS),

Lo importante de estos datos es conocer la situación del ingreso de la sociedad mexicana, para comprender la dificultad de poder hacerla parte de un régimen tributario. Además de la importancia de la reducción de la evasión fiscal.

**Cuadro 2. Estimación de la evasión del ISR e IVA en puntos porcentuales del PIB.**

<b>Año</b>	<b>% de Evasión del ISR con respecto al PIB</b>	<b>% de Evasión del IVA con respecto al PIB</b>
<b>2004</b>	3.59%	1.77%
<b>2005</b>	3.46%	1.71%
<b>2006</b>	3.02%	1.38%
<b>2007</b>	2.61%	1.56%
<b>2008</b>	2.94%	1.24%
<b>2009</b>	3.56%	1.60%
<b>2010</b>	3.51%	1.50%
<b>2011</b>	3.00%	1.73%
<b>2012</b>	2.97%	1.68%
<b>2013</b>	2.86%	1.57%

<b>2014</b>	2.94%	1.21%
<b>2015</b>	2.04%	1.12%

Fuente: INEGI, SAT, elaborado por la Universidad de las Américas de Puebla (UDLAP).

Los años de crisis de 2008 a 2010, fue un periodo de fuerte contracción económica que redujo la recaudación tributaria en todos los países miembros de la OCDE debido a la disminución de la producción y del ingreso percibido. Años más adelante, con la recuperación del ciclo económico, el nivel de evasión fiscal vuelve a bajar por la misma estabilidad macroeconómica alcanzada

### **2.1.2 informalidad en México y vulnerabilidad**

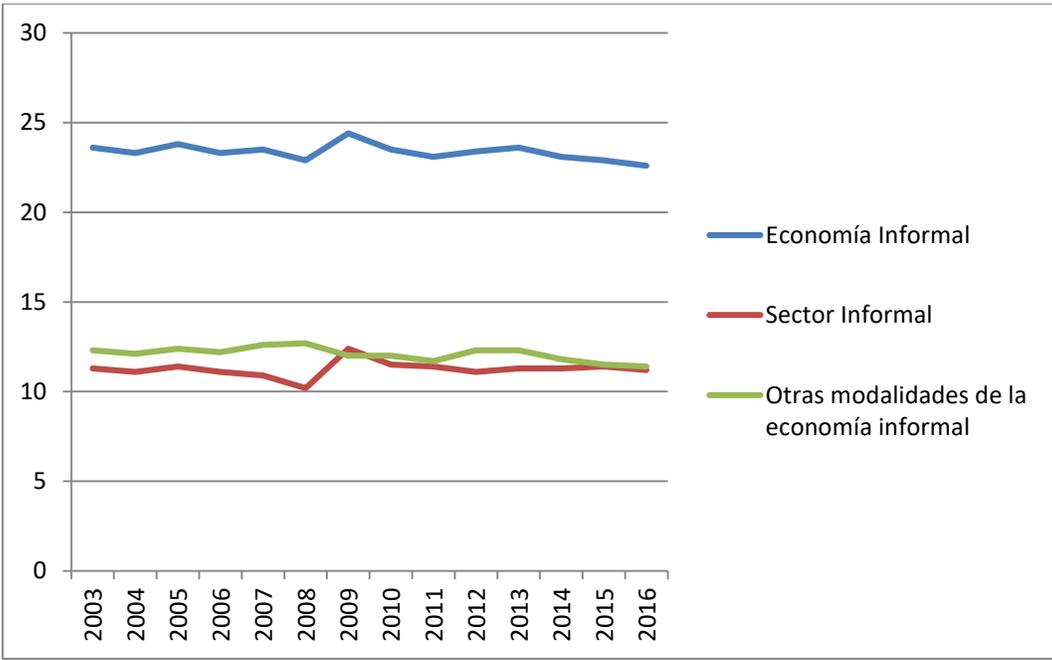
El INEGI en su Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2011 (ENOE) define el sector formal como “todas aquellas actividades económicas que se desarrollan en empresas constituidas en sociedad, corporaciones, instituciones públicas o privadas, negocios no constituidos en sociedad, que reportan ingresos ante la autoridad hacendaria y en la agricultura y/o crianza de animales orientadas al mercado”.

Por otro lado, en esta misma encuesta (INEGI, 2015) el sector informal se define como “aquellas actividades económicas de mercado que operan a partir de los recursos de los hogares, pero sin constituirse como empresas con una situación identificable e independiente de esos hogares”.

Es decir, los agentes económicos que perciben un ingreso y no pagan al fisco un impuesto por dicha entrada de recursos financieros están en la informalidad. Por otro lado, existen personas que trabajan y pagan un impuesto al ingreso al momento de percibir sus ingresos, pero no cuentan con seguridad social, como es el caso de los trabajadores sin contrato o trabajadores por obra determinada y se les paga por honorarios. Por lo que una situación de formalidad no garantiza seguridad social.

Observando esta situación desde el ingreso, este sector es vulnerable en su mayoría por lo que no se podría tomar como un ingreso potencial en el futuro próximo. La siguiente gráfica muestra la economía informal como proporción del PIB.

**Gráfica 10. Economía informal, sector informal en México y otras modalidades de economía informal como porcentaje del PIB. Serie 2003-2016.**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI (Cuentas nacionales).

La economía informal<sup>23</sup> lleva presente en la economía mexicana de forma importante a partir de los años ochenta con la caída de los salarios y con ello el poder adquisitivo, por lo cual ha servido como un refugio para generar ingresos únicos o extras (complementarios) a los ya percibidos.

Esto significa que la informalidad afecta el nivel de desigualdad del ingreso en México. Al ser una actividad que permite satisfacer necesidades básicas

<sup>23</sup> Actividad económica que esta oculta por realizar actividades de elusión fiscal, por otro lado, el sector informal son los trabajadores por cuenta propia que no aportan tributariamente bajo un régimen al no estar constituidos formalmente.

que probablemente para el sector más vulnerable resulta su única opción. La economía informal se vuelve una amplia generadora de empleos, la oferta laboral del sector productivo formal necesaria que la economía mexicana y el gobierno deberían de satisfacer no es atendida; la demanda laboral es mayor a la oferta, por lo que la economía informal resulta una salida.

Un punto porcentual del PIB equivale a 200 mil empleos aproximadamente, por lo que lograr la incorporación del incremento de la Población Económicamente Activa (PEA) se necesita un crecimiento aproximado de 6% anual según los indicadores de ocupación y empleo 2017 generados por el INEGI.

Esto nos lleva como país a una situación en la que el crecimiento anual no cubre la demanda laboral, el nivel no incorporado recae en una necesidad de ingreso no cubierta por el mercado laboral formal, esta exclusión aumenta el nivel de informalidad económica.

Para la población más pobre, la informalidad muchas veces es su único acceso a un ingreso; al estar en estas condiciones laborales, se encuentran en un ambiente de subsistencia o el vivir al día sin ninguna posibilidad de ahorro o de desarrollo personal, impidiendo así la deseada movilidad social. Además de la vulnerabilidad de ingreso, esta población **no** cuenta con otros servicios principalmente el de la salud. Al no tener acceso a una institución de seguridad social, recurren a programas como el Seguro Popular, que a pesar de cubrir a un amplio sector poblacional, la calidad y eficiencia son bajas como se explicará más adelante en las instituciones de salud.

Los elementos que impiden el desarrollo de la población más pobre revelan una brecha infranqueable para este sector que no pueden vencer por cuenta propia; la intervención del Estado, no solo de forma asistencial, sino

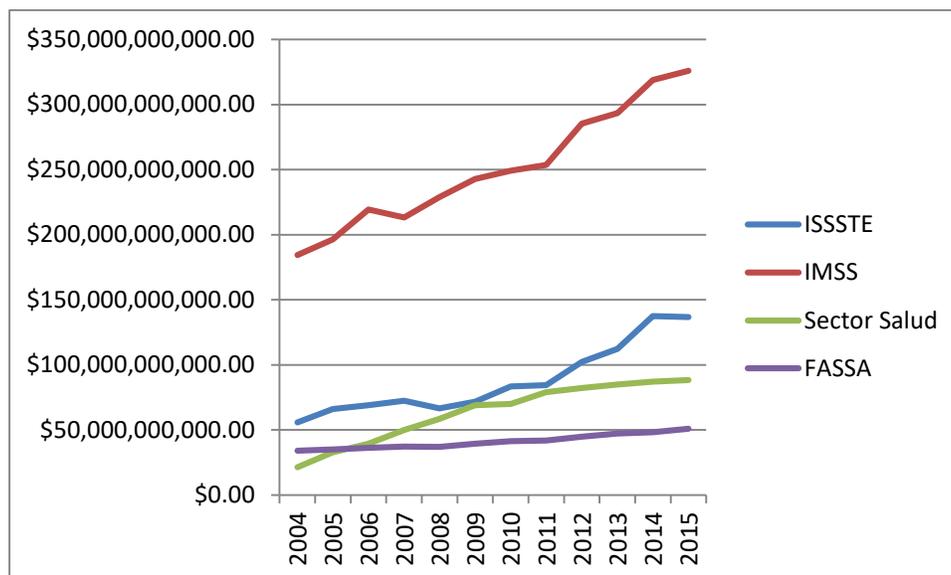
con programas de desarrollo estructural, es una opción aplicable para que disminuya este factor. El mantenimiento de programas tan costosos no puede ser una opción a largo plazo.

## **2.2 Gasto del sector salud.**

Para el caso del sector salud, la clasificación del gasto programable en dicho sector corresponde a realizar las actividades y funciones de salud a través de programas y proyectos que presten servicios personales y colectivos de salud. Estos servicios incluyen el servicio de hospitales tanto generales como especializados, servicios médicos, pacientes externos, paramédicos, entre otros. Además de estos servicios se necesita de servicios de adquisición de productos médicos, farmacéuticos, equipos terapéuticos, equipos de detección, entre muchos otros.

Los recursos asignados a las principales instituciones de salud públicas son altos en cuanto a monto, pero bajos en relación con sus afiliados, además de esto, la ineficiencia es una característica constante en su operación diaria. Es decir, a pesar de que los recursos fueran totalmente óptimos, no serían suficientes por la gran cantidad de derechohabientes, y así, el gasto per cápita sería bajo. Por un lado, se encuentra el problema del alto número de afiliados, principalmente al IMSS, por otro lado, al ser una institución pública, el uso de los recursos financieros tiende a ser más lentos por las regulaciones al momento de su aplicación.

**Gráfica 11. Gasto en millones de pesos IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud y FASSA, en valores reales.**



Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos en el PEF de 2004 a 2015.

A continuación, se desarrollará de manera más profunda la aplicación y el análisis de las principales instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud) así como el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), esto con el objetivo de conocer los recursos económicos con los que cuenta el país para enfrentar el problema de salud en México y la capacidad para mantenerlo.

### 2.2.1 Sistema Nacional de Salud (SNS)

Al ser la salud un elemento esencial (garantizado por la CPEUM en su artículo 4º) para el desarrollo económico y bienestar social el Sistema Nacional de Salud (SNS) comprende instituciones de salud públicas y privadas, en el ámbito público se encuentran el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Seguro Popular de Salud (SPS) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El SNS lo integran entidades y dependencias de la entidad pública tanto federales como

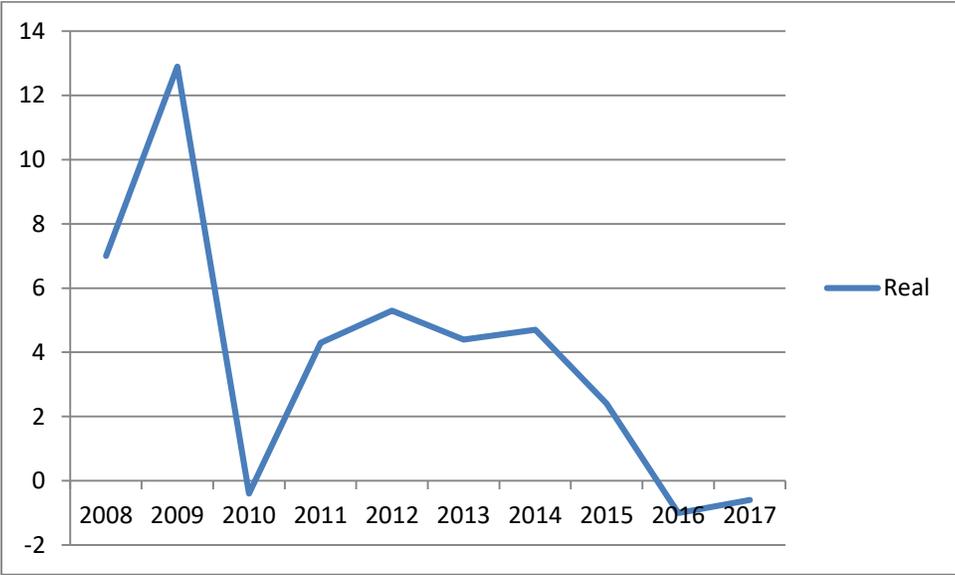
locales, también personas físicas o morales que presten servicios de salud social o privadas, mencionado en el artículo 5° de la Ley General de Salud.

La parte pública del SNS se alimenta de recursos financieros a través del otorgamiento de recursos federales a las entidades y dependencias públicas que lo conforman, también de los recursos federales otorgados a las mismas entidades federativas dirigidos a la prestación de servicios de salud. Los recursos destinados a la salud se pueden encontrar en 7 ramos diferentes: tres administrativos: Defensa Nacional, Salud y Marina; dos Generales: Aportaciones a la Seguridad Social y Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, y los dos Organismos de Control Presupuestario Directo: Instituto Mexicano de Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas , 2017). En el Ramo de Empresas Productivas del Estado se encuentra PEMEX que también destina recursos para servicios de salud, pero sus recursos se encuentran bajo el concepto de "Combustibles y Energías". Es decir, para el financiamiento de las actividades de salud se integran recursos federales asignados a los estados o municipios que sirven para realizar actividades y adquisiciones para cubrir las necesidades de salud a través de políticas públicas previamente establecidas en los programas gubernamentales.

El crecimiento demográfico genera que el SNS demande cada año más recursos para su funcionamiento: de 2008 a 2017, el gasto en salud creció de 296 mil 832.6 mdp a 553 mil 646.8 mdp, respectivamente, significando un aumento real de 36% de lo percibido en ese mismo periodo de 10 años (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas , 2017). Creciendo cada año un promedio de 3.5% de manera real, este crecimiento se debe al intento del gobierno mexicano por intentar una cobertura total de la población, esto debido al dinero destinado al programa Seguro Popular en Salud,

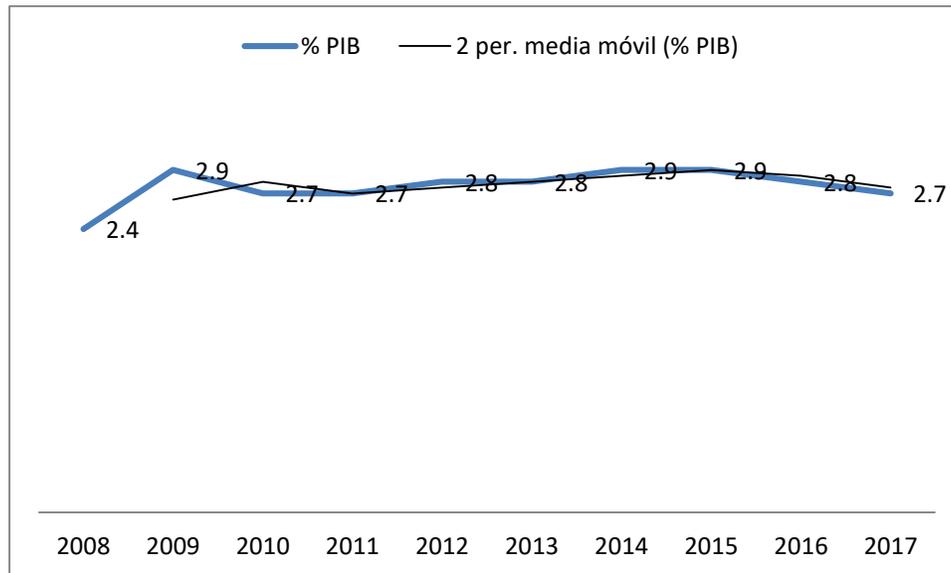
concentrando el 56.4% de los recursos totales de la Secretaria de Salud. A pesar del crecimiento promedio, se redujo el gasto público después de 2008, esta afectación al gasto se vio reflejada en los recursos del sector salud y más adelante con la caída del ingreso petrolero al verse reducido 1% en 2016 y 0.6% en 2017. A esto se deben la variación del presupuesto asignado para el sector salud.

**Gráfica 12. Variación real del presupuesto asignado a la Función Salud, 2008 a 2017 (millones de pesos).**



Fuente: Elaboración propia con base a la información recopilada por el CEFP del PEF 2008-2017, SHCP.

**Gráfica 13. Presupuesto asignado a la Función Salud como porcentaje del PIB, 2008 a 2017.**



Fuente: Elaboración propia con base en la información recopilada por el CEFPE del PEF 2008-2017, SHCP.

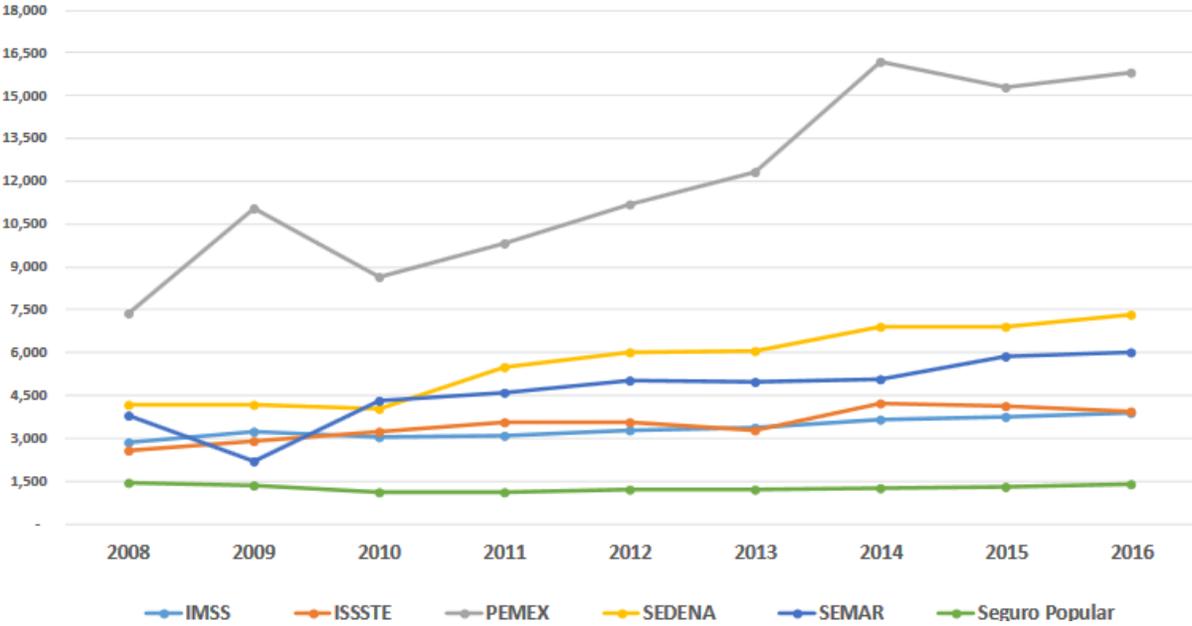
Estos datos indican que México destina en promedio 2.8 por ciento del PIB al gasto en salud, el problema es su variación: como se observa en la gráfica anterior no tiene una tendencia muy clara, no se aprecia que tenga una variación positiva generalmente. Mostrando que la necesidad de incrementar recursos no se ha presentado; se puede decir que el gasto ha permanecido en una fluctuación que deja insatisfecha la nueva demanda de servicios de salud ante un aumento poblacional.

Para hacer un análisis más detallado del SNS se expondrán las principales instituciones de salud por su alto gasto como proporción del PIB, IMSS (1.2%), ISSSTE (0.3%) y la Secretaría de Salud (0.6), dentro de esta el Seguro Popular, al ser las que más recursos reciben y más afiliados poseen. Además, se abordará el caso del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (0.4%), al ser el segundo fondo de aportaciones más grande en cuanto a recursos financieros recibidos, tan solo por detrás del fondo de educación.

La intención es conocer su forma de operación, el gasto que efectúan, sus resultados y su crecimiento de derechohabientes para generar una perspectiva futura de dichas instituciones y con ello una perspectiva del SNS. A pesar de los recursos que reciben, esto no es sinónimo de mejores centros de atención o mayor eficiencia.

De hecho, el PEMEX, SEDENA y SEMAR son las instituciones que mayor gasto per cápita destinan llegando a destinar para 2016 en el caso de PEMEX 15 mil 805 pesos por persona siendo la más alta de las tres, SEDENA destinaba 7 mil 309 pesos por persona en 2016 y SEMAR 3 mil 775 pesos por persona en ese mismo año. Por lo que recibir mayores recursos o tener una mayor cobertura no va a significar mejore servicio de salud, como ejemplo de esto el Seguro Popular es la institución que menor gasto per cápita tiene. La siguiente imagen muestra dicho gasto.

**Gráfica 14. Gasto Per Cápita por Institución del Sistema de Salud 2008-2016.**



Fuente: Obtenida del CEFP en su informe “Recursos asignados a la Función Salud 2016”

### **2.2.2 Instituto Mexicano del Seguro Social**

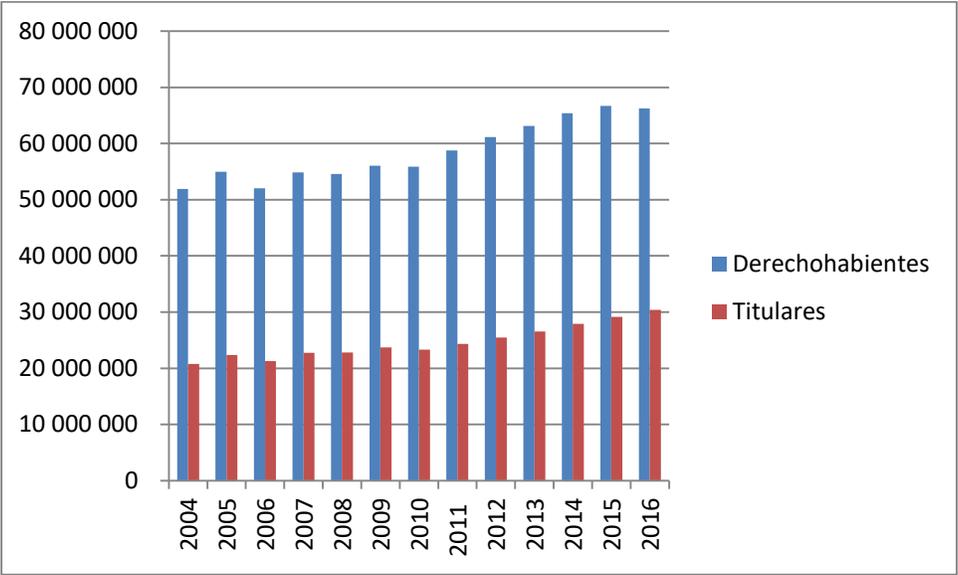
El IMSS es una institución del gobierno federal, autónoma y tripartita que, al momento de recibir recursos, se encarga brindar servicios de salud y seguridad social a la población afiliada y a sus pensionados que trabajan en el sector privado mexicano, llamados derechohabientes o asegurados. Es la institución de seguridad social más grande de América Latina por su número de derechohabientes, es la institución de salud en el país que más recursos recibe respecto al PIB, cubriendo la mayor parte de la población en salud, al 2017 se contaron 62.2 millones derechohabientes. El IMSS inició sus operaciones en 1943 establecido en el artículo 123 constitucional a través de representantes de trabajadores, patrones y gobierno federal. Este artículo y la Ley del Seguro Social (LSS) el IMSS se encarga de 5 seguros para los trabajadores:

- De riesgo de trabajo.
- De enfermedades y maternidad.
- De invalidez y vida.
- De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
- De guarderías y prestaciones sociales.

La Ley del Seguro Social vigente que data del año 1995 publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) rige las operaciones del IMSS, para el cumplimiento de sus funciones como la asistencia médica, otorgamiento de pensiones, servicios sociales y la protección de medios de subsistencia; el IMSS cuenta con 2 tipos de regímenes, el obligatorio y voluntario. En el primer caso su financiamiento es obtenido por la contribución de patrones, el Estado y los trabajadores (tripartita), este régimen cuenta con los 5 seguros enlistados anteriormente. Las personas sujetas a este régimen son los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y personas que determine el Ejecutivo Federal como el caso de los

estudiantes, en general son todas las personas beneficiadas por una relación de trabajo, enlistadas en el artículo 12 de la LSS. Por otro lado, se encuentra el régimen voluntario al que pertenecen trabajadores afiliados a la institución mediante convenios, como lo pueden ser trabajadores en negocios familiares, independientes, pequeños comerciantes, artesanos, trabajadores domésticos, entre otros.

**Gráfica 15. Población derechohabiente y población de titulares adscrita al IMSS 2004-2016. Total nacional de atención en primer nivel en México.**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados por la Dirección de Médicas para cifras anteriores a 2011 y la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) para cifras de 2011 en adelante.

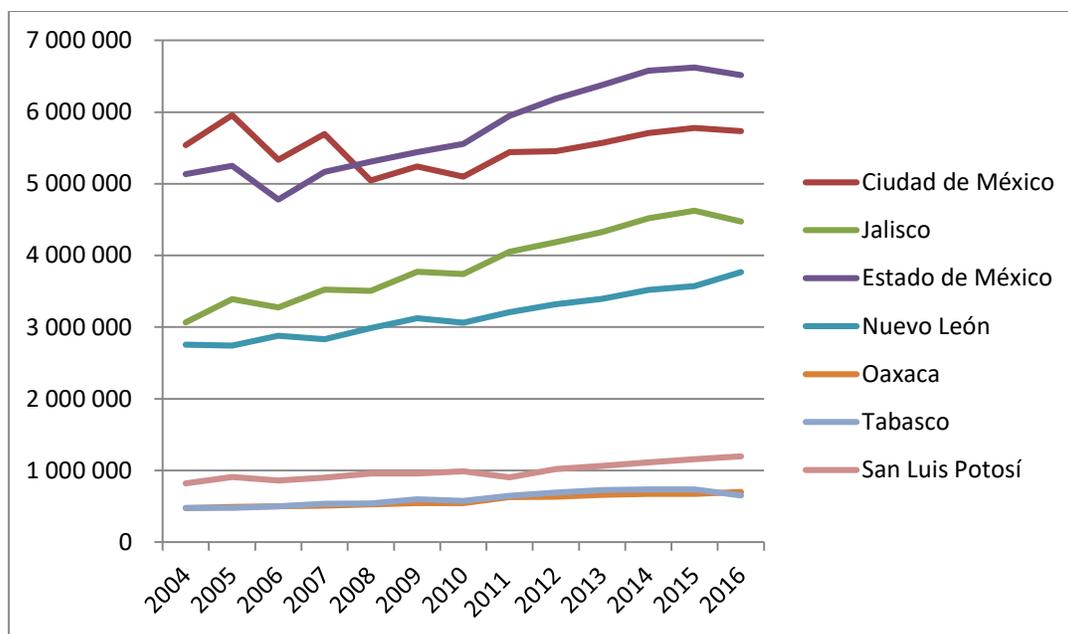
Para el año 2016 se reportó una afiliación de 66,227,940 derechohabientes, esto se traduce en que prácticamente la mitad de la población está cubierta por el IMSS, directamente por su trabajo o indirectamente por algún miembro de la familia, estudiantes o pensionados. Es importante saber que estas cifras tienen un cierto error debido a que en ciertos casos una persona puede estar contabilizada más de una vez, puede contar con algún seguro por viudez, por decir un ejemplo, y al mismo tiempo laborar dentro de los parámetros que el artículo 12 de la LSS nos señala, por lo que estaría

doblemente contabilizada. Por otro lado, se compara esta población derechohabiente con la población de titulares, es decir, específicamente la población que trabaja para conseguir esta afiliación.

Esta población llegó a 30,409,991 personas en 2016, que son el verdadero número relacionado con la formalidad y productividad nacional, es importante conocer la composición del sistema de salud más grande del país, esto con la intención de conocer o entender la magnitud de recursos humanos (no únicamente financieros) que se necesitan para mantenerlo en funcionamiento y a su vez la volatilidad que esto genera por las expectativas poblacionales a largo plazo. Con esto me refiero a que el bono demográfico actual y futuro no se está aprovechando por las condiciones laborales y educativas que se han venido presentando.

A pesar del alto número de afiliados, dentro del país se puede ver una marcada diferencia por zonas geográficas en cuanto a número de asegurados.

**Gráfica 16. Población derechohabiente adscrita al IMSS por estados seleccionados de México. 2004-2016 (total nacional de atención en primer nivel)**



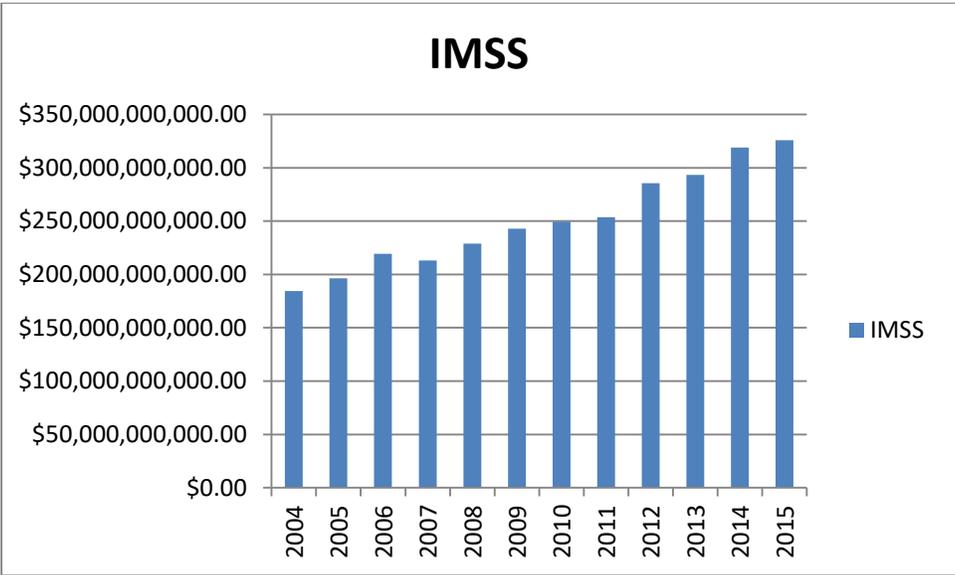
Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados por la Dirección de Médicas para cifras anteriores a 2011 y la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) para cifras de 2011 en adelante.

Por un lado, la zona centro (Ciudad de México y Estado de México) muestran una alta afiliación, esto incide directamente en los niveles de productividad y formalidad, al estar cerca de los 6 millones de personas para el caso de la ciudad de México y cerca de los 7 millones para el Estado de México. La zona norte como en el caso de Nuevo León, y Jalisco en la costa del Pacífico, presentan un menor nivel, aunque con una buena proporción en relación a su población (4.6 y 7.3 millones respectivamente). La Zona del Bajío, en el caso de San Luis Potosí, tiene un índice de afiliación notablemente más bajo, con expectativas al alza por el impulso económico actual que recibe dicha región, además de la tendencia ascendente que presenta. La zona sur (representada por Tabasco y Oaxaca) resulta ser la que menor índice de afiliación presenta, (cabe recordar que, en el capítulo

anterior, se presenta un mapa en el cual se observa que la zona sur es donde mayor afiliación al Seguro Popular hay). La vulnerabilidad por regiones en México es marcada, zonas de bajo impulso económico como el caso de las regiones del sur, son afectadas en su crecimiento, reflejándose en el bienestar de la población a través de sus niveles de seguridad social y su posibilidad de acceso a servicios de salud del IMSS.

Por la parte de recursos financiero, el IMSS recibe recursos federales, patronales y del trabajador como se mencionó anteriormente, además de percibir ingresos por actividad económica. Los recursos federales que recibe están establecidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación que se presenta cada año, las funciones de salud pública se presentan como gasto programable en dicho documento, esto permite que las instituciones adapten sus actividades a la disposición de recursos financieros.

**Gráfica 17. Gasto neto total del Instituto Mexicano del Seguro Social (pesos), valores reales a precios del 2004.**



Fuente: Elaboración propia con base en las cifras reportadas por el PEF de 2004 a 2015.

El aumento de recursos al IMSS es indudable, a pesar de esto los resultados no han impactado en el bienestar social al compararlo con el crecimiento de la población. "Se ha privilegiado la atención médica curativa sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y existe una baja cobertura de los servicios médicos y falta de información sobre la población en riesgo, lo que se traduce en la prevalencia de enfermedades transmisibles e incremento en el número de personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles" (Auditoría Superior de la Federación, 2014).

### **2.2.3 ISSSTE**

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es una entidad paraestatal de control presupuestario directo, que tiene como objetivo satisfacer la necesidad de seguridad y bienestar social de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes. Para poder cumplir con dicho objetivo, el ISSSTE cuenta con 14 macro procesos, entre los de mayor impacto están: Pensiones; Préstamos personales; Servicios para el desarrollo infantil; Atención médica preventiva; Atención médica curativa, maternidad y rehabilitación; Comercialización de productos básicos y medicamentos y Administración de cuentas individuales.

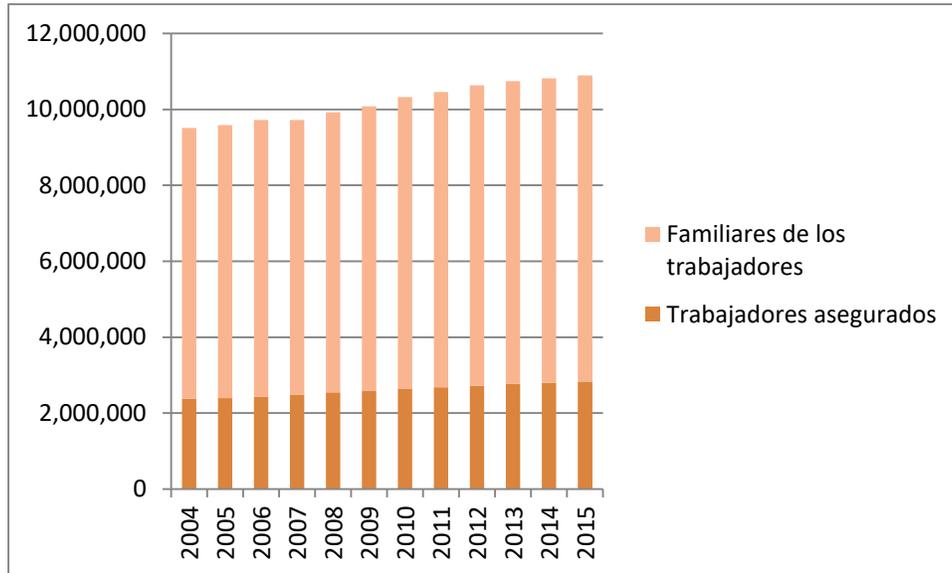
Después de décadas de expansión en sus afiliados y sus beneficios, el ISSSTE inició una reforma que se pondría a prueba en 2007 a través de la nueva Ley del ISSSTE, esto se debió al panorama financiero poco viable impactando probablemente en los servicios que se ofrecían a la población asegurada. Se buscaba una salida a causa de una falta de previsión de impactos exógenos poblacionales como los cambios demográficos y principalmente epidemiológicos. A principios del presente siglo se realizó un diagnóstico que reveló la situación del ISSSTE como proveedor y

administrador de distintos tipos de seguros, prestaciones y servicios; los escenarios coincidían en que no se incrementaron las aportaciones desde que el ISSSTE inició a dar sus servicios. Esto se vio reflejado en ingresos insuficientes por el crecimiento de obligaciones al adquirir nuevos derechohabientes a través de los años, volviendo así deficitario su esquema financiero, como consecuencia, cuatro de sus seis fondos se manejaban con déficit y en específico el fondo de pensiones y médico (Yunes Linares, 2009).

El cambio demográfico y epidemiológico en la población mexicana fueron los principales factores que afectaron el fondo de pensiones hasta llevarlo a un nivel de déficit. La parte demográfica hace referencia al aumento en la expectativa del nivel de vida de los trabajadores haciendo insuficiente el cubrir las pensiones por parte del fondo de pensiones.

En 1960, cuando se crea el ISSSTE como encargado de la seguridad social de los trabajadores del Estado a través de una reforma de ley al artículo 123, la esperanza de vida en México era de 57 años, para 1975 era de 65 años, y en 2007 ya era de 77 años, que es la edad que se ha venido manteniendo en los últimos tiempos. Por otro lado, la edad promedio de retiro en 1965 era de 62 años, para 2007 era de 56 años, esto indica que una pensión en 1965 se pagaba durante aproximadamente 2.5 años y en 2007 se pagaba por 21 años aproximadamente. Si se refleja por trabajador en 1965 había 16.2 trabajadores por cada pensionado mientras que en 2007 eran 3.7 trabajadores por pensionado. (Sistema de Estadísticas Institucionales del ISSSTE)

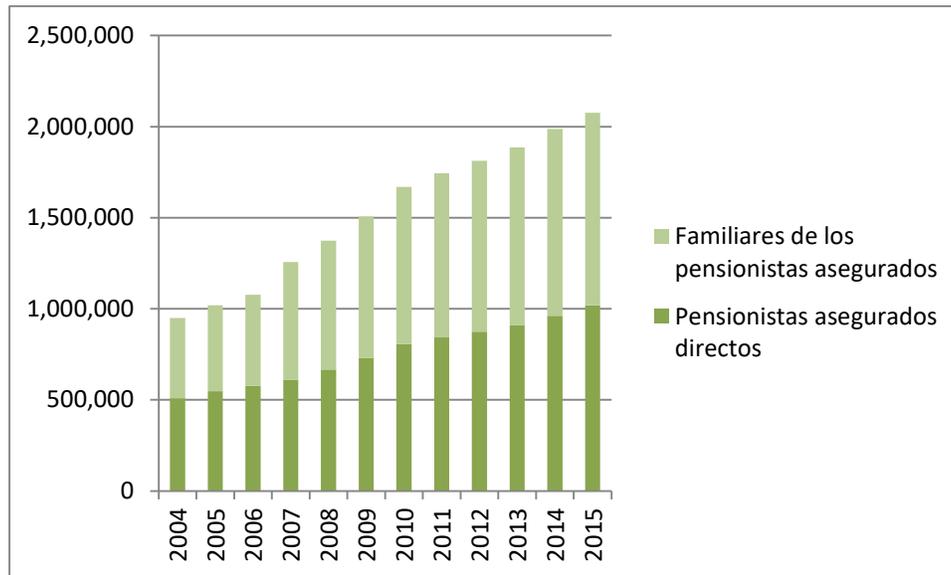
**Gráfica 18. Trabajadores asegurados por el ISSSTE y familias de los trabajadores asegurados, 2004-2015.**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos en los anuarios estadísticos del periodo.

La gráfica anterior muestra la proporción de familiares que disfrutan de un seguro por parte del ISSSTE en comparación con los trabajadores directos que lo poseen, el balance no se altera mucho en nuestro periodo de estudio, por otro lado, la siguiente gráfica muestra el cambio en la demografía en México.

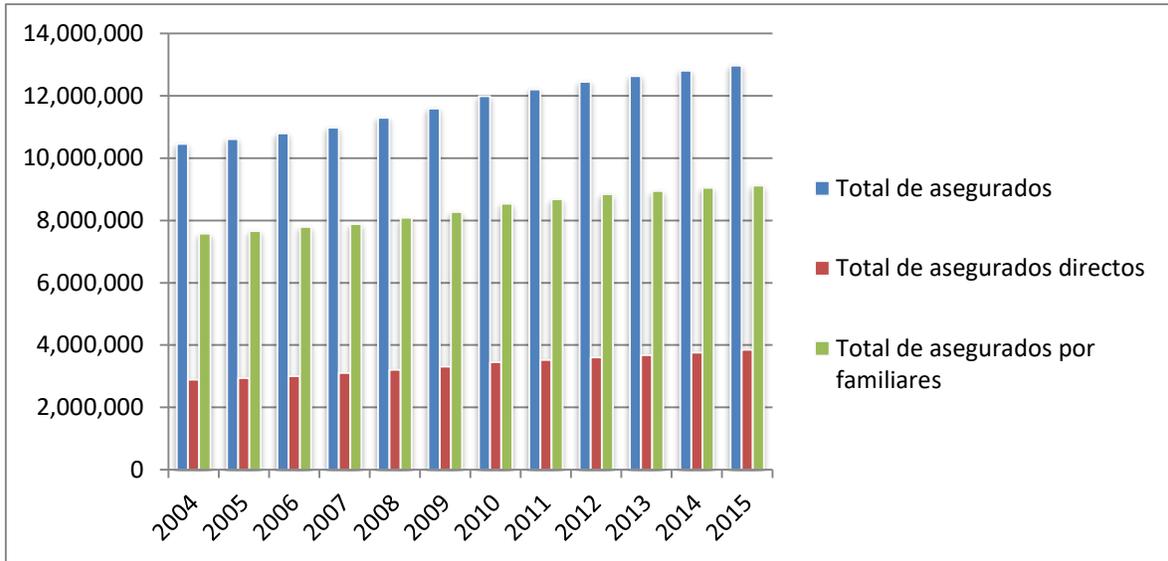
**Gráfica 19. Pensionados con acceso a la seguridad social del ISSSTE y familias de pensionados con acceso al seguro social del ISSSTE.**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos en los anuarios estadísticos del periodo.

En esta gráfica se aprecia como el número de pensionados ha aumentado por los dos efectos mencionados anteriormente, el aumento de la expectativa de vida y el recibir una pensión a una edad más joven. Por lo que el número de pensionistas aumenta y por ende el número de familiares que logran acceder a los beneficios de seguridad social.

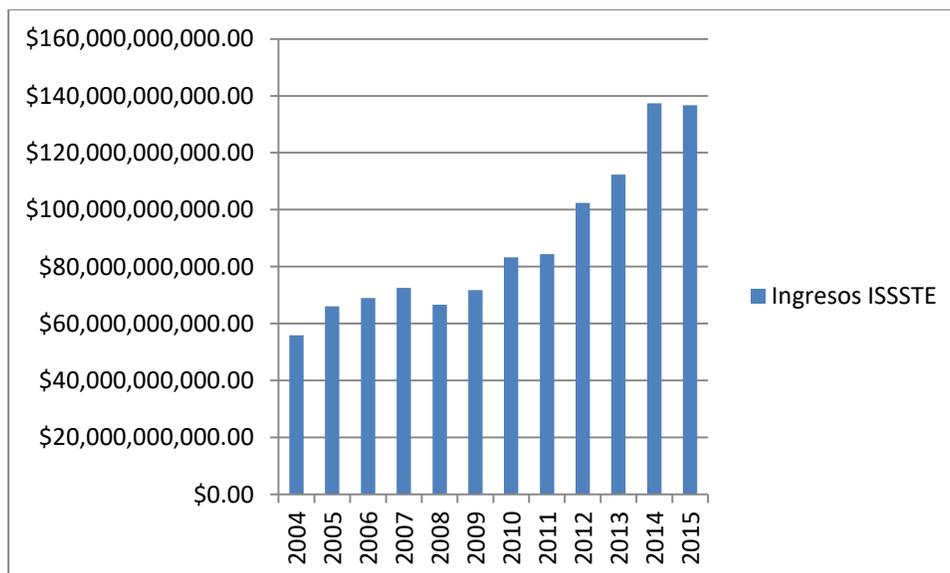
**Gráfica 20. Total de asegurados del ISSSTE y su composición entre asegurados directos y asegurados por familiares en México, 2004-2015.**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos en los anuarios estadísticos del periodo.

Este aumento demográfico se debe de analizar conjuntamente con la parte financiera, un incremento de derechohabientes y pensionistas demanda un incremento en los recursos que percibe el ISSSTE por parte de la federación.

**Gráfica 21. Recursos destinados al ISSSTE observados en el PEF del 2004 al 2015 en cifras reales base 2004.**



Fuente: Fuente: Elaboración propia con base a las cifras reportadas en el PEF de 2004 a 2015.

Existe un crecimiento real de los recursos destinados a la prestación de servicios del ISSSTE, esto no garantiza que sea suficiente o que se cubran las necesidades mínimas o las que ya se venían cubriendo. Para esto la gráfica realiza una comparación por medio de tasas de crecimiento para comparar que nivel de cobertura se ha tenido o si se ha mantenido el mismo.

#### **2.2.4 Seguro Popular y Secretaria de Salud**

A principios del año 2000, el 42% de la población en México no contaba con un servicio de salud, además el crecimiento demográfico medio anual era del 1.9%, mayor al crecimiento de la tasa de cobertura media anual, la cual era del 0.6%. En los años noventa el concepto de seguridad universal ya se había puesto en la agenda nacional, para esto el gobierno puso en marcha la opción de afiliación por parte de la población no derechohabiente a una institución de salud.

Después del diagnóstico realizado por el Programa Nacional de Salud, encontró los principales retos a vencer en materia de salud que incluía equidad del servicio para disminuir el rezago social, calidad e todos los niveles con el objetivo de desaparecer la heterogeneidad en el servicio y dar una protección financiera a 50 millones de mexicanos. De este análisis la reforma a la Ley General de Salud e 2003 creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), este sistema opera a través de la creación del Seguro Popular.

El Seguro Popular presta servicios a través de la infraestructura de la Secretaria de Salud. Se busca integrar el Seguro Popular a diversas instituciones de salud, incluso privadas, que conlleven a un Sistema Nacional de Salud con el objetivo de la cobertura total de la población mexicana. Este sistema se crea en 2002 a cargo de la Secretaría de Salud, encargada

de la aplicación de recursos y ampliación de infraestructura, así es como el Seguro Popular se vuelve el elemento clave para el Sistema de Protección Social de Salud (SPSS). El resultado al cual se quiere llegar a través de este conjunto de políticas públicas es deseable, al ser la salud la primera condición necesaria de una población que pretenda alcanzar cualquier tipo de desarrollo. Lo importante es saber los resultados obtenidos desde hace ya 15 años puestos en marcha este programa.

El problema más evidente de esta política pública es la falta de cobertura en zonas rurales marginadas, compuesta con población indígena en la mayoría de los casos, y al carecer de infraestructura por parte de la Secretaría de Salud automáticamente no tienen acceso al mismo. Este fenómeno también se presenta en zonas urbanas, pero es aún más marcado o claro en zonas rurales de difícil acceso. Esto convierte a la Secretaría de Salud en la segunda institución de salud con más asegurados, mediante el seguro popular, cubriendo a 54.9 millones de personas inscritas en 2017, población que no cuenta formalmente con un servicio de salud.

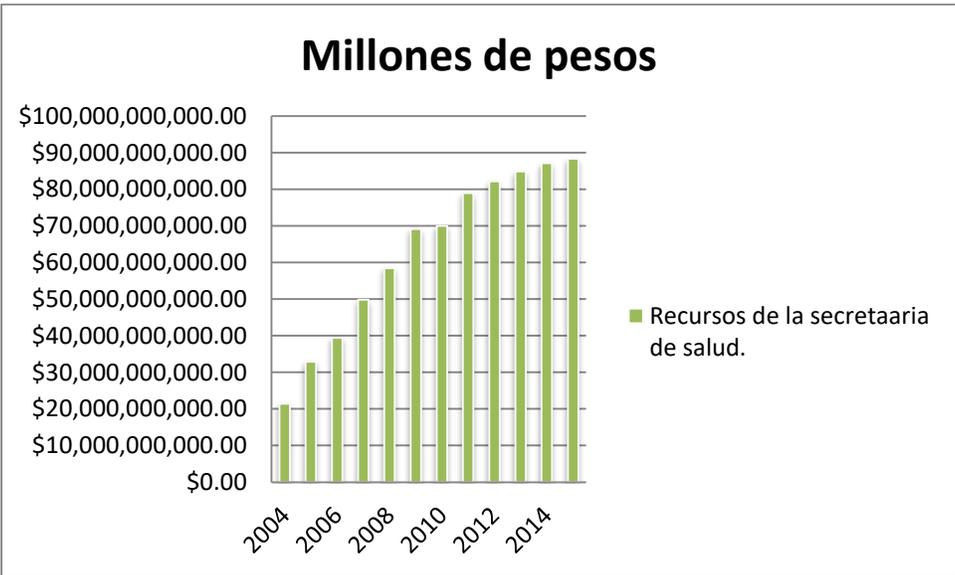
Su sistema de financiamiento es mediante el subsidio federal que se estipula en el PEF de cada año a partir de su creación además de las cuotas que los beneficiarios deben de aportar por concepto de afiliación. Este caso resulta polémico por su verdadera efectividad sobre el bienestar social, al intentar reducir el gasto del bolsillo en salud de la población no asegurada, pero factores como la infraestructura, el acceso y la cobertura médica (tiempos de espera para ser atendidos y padecimientos y enfermedades que pueda cubrir y financiar) vuelven cuestionable su papel dentro de la salud en México.

Primero se dará análisis a la Secretaría de Salud al ser una secretaria de estado que contiene al Seguro Popular. Dicha secretaria tiene como objetivo la salud del pueblo mexicano a través de acciones como

campañas de vacunación, fomento de la salud y de diversos programas, sus herramientas son la administración y el control de Centros de Salud, Hospitales, Clínicas, entre otros. También se encarga de la afiliación de personas a sus programas y sobre todo del consumo y catálogo de sus medicamentos, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal le concede la función de conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad en general.

La Secretaria de Salud recibe recursos federales indicados en el PEF de cada año al igual que el resto de las secretarías de estado. Como se presenta en la siguiente gráfica, a partir del 2004 los recursos recibidos han ido en aumento de forma considerable, esto se debe a la aplicación del Seguro Popular como intento de universalización de la salud en México. Se tiene el aumento de los recursos, pero los resultados no han sido los mejores, puede ser que aun sean insuficientes, que la aplicación no se ha realizado de forma correcta o algún error en el modelo del sistema de cobertura universal, sin duda es más de uno el problema.

**Gráfica 22. Presupuesto otorgado a la Secretaria de Salud 2004 a 2015 cifras reales base 2004.**



Fuente: Elaboración propia con base en las cifras reportadas en el PEF de 2004 a 2015.

Al haber existido una implementación del Seguro Popular de forma gradual, los recursos otorgados a la secretaria fueron aumentando de igual manera, pero en el primer par de años presentó el mayor de todos hasta reducir su crecimiento, llegando incluso a un coeficiente negativo en 2015 de -7.02% como lo muestra la siguiente gráfica.

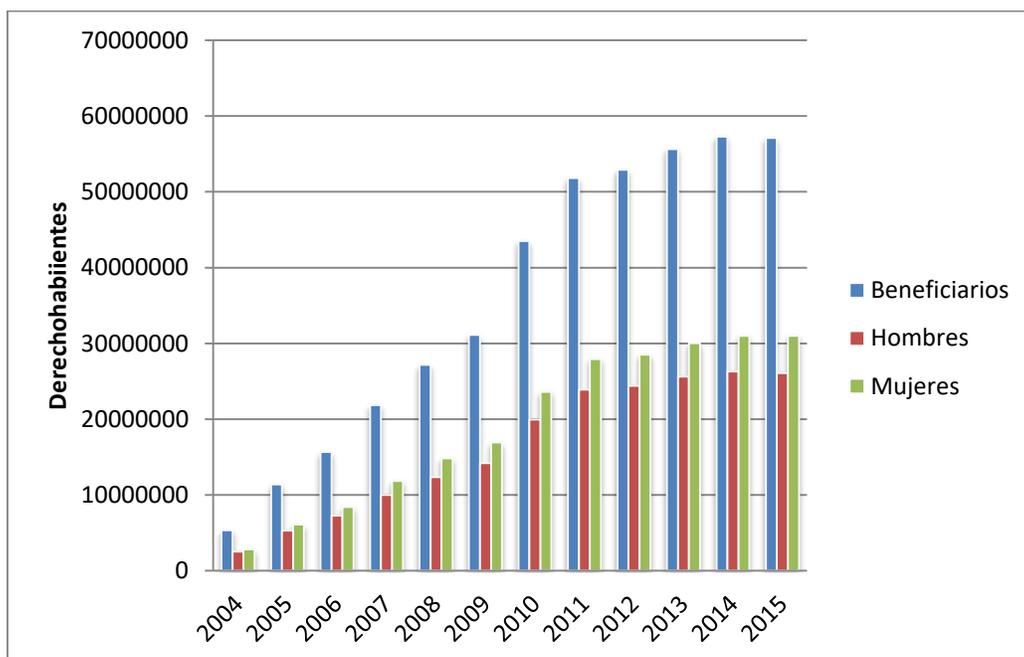
**Gráfica 23. Crecimiento a corto plazo de los recursos otorgados a la Secretaría de Salud en millones de pesos de 2004 a 2015, cifras reales base 2004, México.**



Fuente: Fuente: Elaboración propia con base en las cifras reportadas en el PEF de 2004 a 2015.

Los recursos de la Secretaría de Salud han tenido crecimientos bajos ante un alza poblacional como se muestra en la gráfica anterior, para el caso del Seguro Popular condiciona sus posibilidades para lograr la universalización y la atención médica efectiva. Al final la implementación del Seguro Popular está en manos de los gobiernos estatales a través de los regímenes estatales de protección social de salud (REPSS), estos funcionan según la autonomía que les otorgue cada estado.

**Gráfica 24. Beneficiarios del Seguro popular en México, de 2004 a 2015.**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Padrón Nacional de Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

El Seguro Popular en 2002 daba servicio únicamente en 21 estados del país, en el año 2004 en 31 estados y en 2005 cubría la totalidad, o al menos se contaba con una presencia del programa a pesar de no cubrir realmente a la población. Es por eso que en este periodo los afiliados al Seguro Popular aumentan vertiginosamente, hasta tener más de 57 millones registrados en 2015. Un fenómeno que se presenta aquí es la duplicidad por individuos que ya cuentan con protección social, pero se registran dentro del Seguro Popular, debido a esto las cifras se llegan a ver superadas. De aquí nace la importancia de los recursos financieros para el Seguro Popular y para el sector salud en general, que tan solo en América Latina, México es de los países que menos destinan a la salud.

“La Secretaría de Salud remitirá mensualmente a los Servicios Estatales de Salud el subsidio federal correspondiente, con base en los Padrones de Familias e Individuos con aseguramiento vigente.” (Secretaria de Salud ,

2003). En este acuerdo de 2003 también se fijan las cuotas a pagar por familia y su monto es dependiendo de su decil de ingreso.

**Cuadro 3. Cuota por familia según decil por ingreso.**

Deciles de ingreso <sup>1</sup>	Ingreso corriente Trimestral por hogar		Trimestral	Semestral	Anual
	Promedio	Rango <sup>2</sup>			
I	3,537	1,808-5,170	65	130	260
II	6,157	5,171-7,154	95	190	380
III	8,395	7,155-9,296	160	320	640
IV	10,707	9,297-11,689	285	570	1,140
V	13,284	11,690-14,520	475	950	1,900
VI	16,511	14,521-18,035	600	1,200	2,400
VII	20,611	18,036-22,699	790	1,580	3,160
VIII	26,209	22,700-29,396	945	1,890	3,780
IX	37,502	29,397-44,689	1,260	2,520	5,040
X	90,224	77,593-102,855	1,575	3,150	6,300

Fuente: Cuadro obtenido del Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud).

El cuadro anterior nos presenta esta división de aportaciones por familia según su ingreso dividido en deciles, lo importante es analizar los deciles más bajos ya que son la población objetivo del Seguro Popular y los que en verdad carecen de acceso a la salud. Si hablamos específicamente de acceso en salud al sector privado, únicamente el décimo decil tendría este acceso por altos costos del sector privado mexicano. Al final tanto los asegurados por instituciones como IMSS o ISSSTE, como los derechohabientes del Seguro Popular, tienen una necesidad de cobertura en salud, ya que muy pocas enfermedades o padecimientos serían pagables por ingresos propios. Para generar una idea de esto, padecer alguna enfermedad crónica degenerativa significaría que una persona

debe vivir con este tipo de enfermedad el resto de su vida, por lo que los gastos serían una especie de gasto vitalicio que una persona debe absorber, esto sin mencionar la pérdida de la calidad de vida y que una persona no puede trabajar toda su vida, por lo que los ingresos de jubilación o AFORES no alcanzarían para cubrir esta necesidad.

Para el caso de la diabetes, una enfermedad crónica degenerativa, el Seguro Popular cubre la diabetes melitus tipo 1 y tipo 2 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud , 2018),

### **2.2.5 FASSA**

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) es uno de los siete fondos que constituyen el Ramo 33 Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios. Este Ramo 33 busca dotar a los estados y municipios con una mayor disponibilidad de recursos para solventar sus necesidades en salud, educación, infraestructura social y seguridad pública principalmente (Centro de Estudios de Las Finanzas Públicas , 2006).

Estos recursos al ser aportaciones son etiquetados, por lo que sólo se les puede dar un uso específico, como lo señala la Ley de Coordinación Fiscal (LCF). El FASSA resulta ser el segundo fondo que más recursos recibe después del Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal (FAEB). El FASSA busca atender los gastos de los Servicios de Salud como se establece en el artículo 30 de la LCF; al igual que el resto de los fondos, para otorgarle un monto en el PEF de cada año se utilizan distintas variables o criterios. Para el caso del FASSA se toma en cuenta el monto asignado en el ejercicio fiscal anterior además de variables como población abierta<sup>24</sup>, mortalidad,

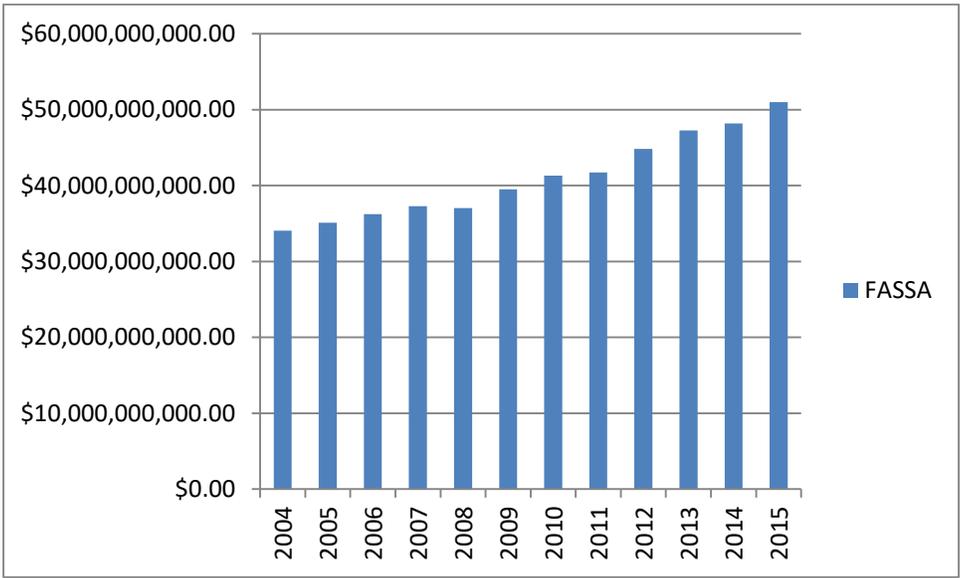
---

<sup>24</sup> Personas que no son beneficiarias de alguna institución de seguridad social. También llamada Población no asegurada.

marginación y gasto federal ejercido en la población abierta, estas son las principales variables para determinar el monto a otorgar.

Los recursos que otorga el FASSA van destinados a la población que no cuenta con un empleo formal o que por alguna razón no se encuentra incorporada en algún régimen de seguridad social que le permita disfrutar de un servicio de salud (Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2015). Los recursos son destinados para satisfacer o mejorar elementos como protección de riesgos sanitarios, promoción de la salud, prevención de enfermedades, mejora en la atención en el servicio, mejor abasto y entrega oportuna de medicinas. Al final es un apoyo en favor del SNS.

**Gráfica 25. Recursos otorgados al FASSA en el PEF de 2004 a 2015 en México, cifras reales base 2004.**



Fuente: Fuente: Elaboración propia con base en las cifras reportadas en el PEF de 2004 a 2015.

El nivel de recursos destinados a este fondo no es cosa menor, por su monto y su destino, en 2015 se encuentra por arriba de los 50 mil millones de pesos. Desde la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) a través del Seguro Popular, el FASSA inició a servir como financiamiento o

complemento financiero de este programa al tener como objeto a la población no asegurada.

El FASSA resulta un fondo con posibilidades de generar un cambio más allá del asistencialismo, pero cuenta con problemas que evitan su uso efectivo para su población objetivo, el principal problema es la opacidad del gasto. El primer elemento que favorece dicha opacidad es la ambigüedad de la LCF, ya que el capítulo V de dicha ley donde se establece el reparto de estos recursos, no ha tenido revisión ni cambio desde 1998, volviendo obsoletas varias disposiciones con el contexto actual en la relación de estados y municipios con los fondos de aportaciones (Auditoría Superior de la Federación, 2013).

Esta opacidad a causa de una falta de modificación en la LCF genera falta de transparencia en la definición y aplicación de la fórmula con la que se distribuyen los recursos. El problema de la aplicación recae en que la información de esta aplicación de recursos no es pública, por lo que la veracidad de los recursos es propensa a generar cuestionamientos acerca de su uso efectivo y correcto. Para el caso del FASSA en 15 entidades se encontró que la fiscalización de este fondo ni siquiera contaba con cuenta bancaria específica para su futura utilización (Informe del Resultado de Fiscalización Superior de la Cuenta Pública, 2011).

### **2.3 Costo creciente del sector salud.**

En este apartado se abordarán las reformas al IMSS y el ISSSTE que se aplicaron bajo la premisa del gasto no financiable futuro, el elemento que adquiere importancia es cómo afectará a la protección social para los trabajadores que contarán con el nuevo sistema. Tanto la parte del gasto, como la de la protección social, son variables de afectación al bienestar

social, por lo que después de analizar las reformas, se verá concretamente la expectativa del gasto en salud.

Dentro del PEF podemos encontrar que el gasto en seguridad social se conforma por las funciones en Salud y la Protección Social, las funciones de salud incluye la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE y el resto de instituciones; para el caso de la protección social está más dirigido a los subsidios de incapacidad, enfermedad, guarderías, seguros de vivienda, protección de población indígena y sobre todo pensiones. De la función de protección social el 94.3% se destina a subsidios, que se refleja en pensiones principalmente (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria., 2016) La Organización Internacional del Trabajo define la seguridad social como “un ingreso básico que permita solventar situaciones que se desprendan del desempleo, enfermedad y accidente laboral, vejez y jubilación, invalidez y responsabilidades familiares”

### **2.3.1 Reforma a la Seguridad Social Agregar reforma a salud también**

A finales de los años ochenta, el IMSS era el responsable del sistema de pensiones, en este sistema existía un reparto de beneficios en el cual la masa de trabajadores activos financiaba parte de las pensiones de los trabajadores retirados. El problema que se empezó a gestar en los años noventa era un incremento sustancial de la esperanza de vida conjuntamente con una disminución de la tasa de natalidad, esto redujo la relación entre trabajadores activos y retirados repercutiendo en su financiamiento futuro. Bajo este escenario en 1996 se presenta la iniciativa de Ley de los sistemas del ahorro para el retiro. En 1997 se pone en funcionamiento este nuevo Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) que era operado por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) reguladas por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR). El SAR facultó a los bancos para recaudar los montos de

cotización, además de ser los mismos bancos los administradores de los recursos a través de las AFORES.

Esta reforma sirve como instrumento financiero para la economía nacional no solo por su incidencia en el gasto, también por estimular la expansión del ahorro y el dinamismo del mercado financiero. Sin duda, este cambio tiene buenos aspectos en específico por la parte del gasto y otros factores de riesgo que se deben de cuidar, a pesar de que estos AFORES son administrados en cuentas de inversión especializadas en invertir recursos de las administradoras de fondos para el retiro conocidas como Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro (SIEFORES), son recursos que se mueven dentro del sistema financiero por lo que son vulnerables a pesar de su bajo riesgo.

Esto, por otro lado, preserva el valor del dinero de los ahorradores o al menos disminuye la pérdida del mismo valor en el tiempo, debido a esto las SIEFORES invierten en instrumentos de deuda de bajo riesgo como los Cetes y Bondes, ambos emitidos por el Gobierno Federal. Al final este cambio benefició a las instituciones bancarias, pues son grandes entradas de capital que dichas entidades administran, pero al final son entidades con fines de lucro, por lo cual la regulación y vigilancia de estos recursos debe ser estricta por parte del Estado y en específico de la CONSAR.

El panorama planteado anteriormente refleja una posible solución a la crisis, pero sobre la base de un interés personal que termina favoreciendo ampliamente a un sector privado de la economía mexicana. Las entradas de dinero generarán un recurso que los bancos prestarán para obtener utilidades a través de los intereses, si bien están generando un servicio de administración de recursos, su costo-beneficio es altamente rentable. La historia económica mexicana, en específico el rescate bancario, debe de permanecer presente al momento de sustentar políticas públicas tan

delicadas para un país y con instituciones privadas de alta volatilidad por su tipo de actividad económica. El sistema bancario en México ha sido muy costoso para los contribuyentes mexicanos, desgastante para los deudores y poco rentable para los ahorradores, esto debido a la protección que el Estado Mexicano ejerce.

El porcentaje del salario que se destina al AFORE es bajo, no importa que tan alto pueda llegar a ser un salario, el AFORE tiene un tope de aportación, al final el Estado mexicano dejó de hacerse responsable del retiro de sus trabajadores para darles dicha responsabilidad a ellos mismos. Sin duda, se avecina un problema de sostenibilidad financiera, el camino que se decidió seguir puede ser o no el mejor, sólo resta minimizar riesgos y clarificar prioridades debido a la importancia de la seguridad social dentro de cualquier sociedad.

### **2.3.2 Expectativas de gasto y población**

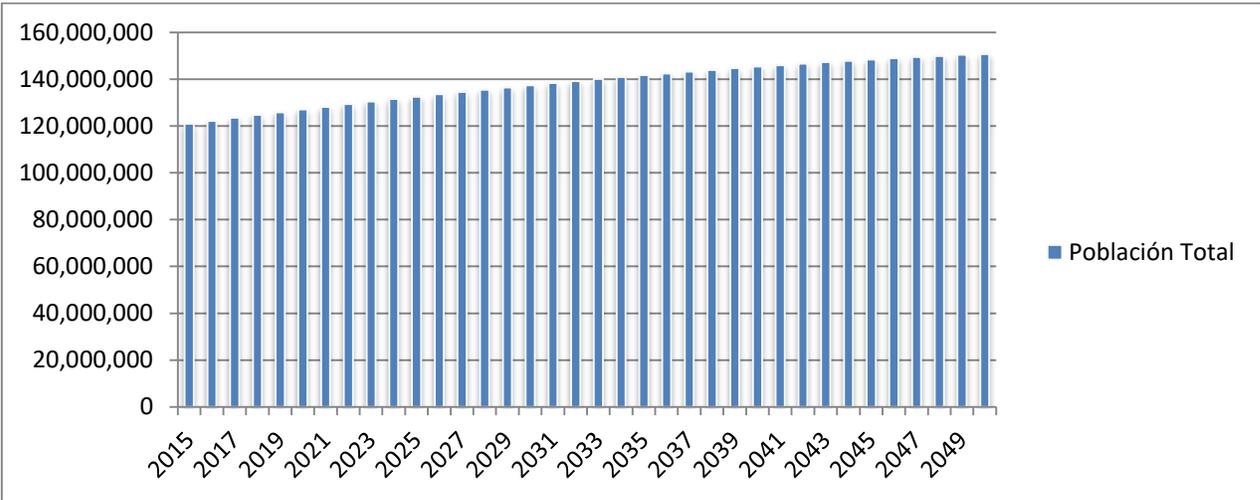
El tema de la funcionalidad de las pensiones a largo plazo (2030) no es un tema desconocido para los encargados de las finanzas públicas en México, se tiene conciencia de esta situación desde finales del siglo pasado.

El problema resulta ser delicado por ser una situación que define el nivel de vida de la población no activa, población que en su momento cumplió con su aportación económica al país y se les debe de garantizar un estado de cesantía digno. Incluso las organizaciones internacionales como la OCDE se han percatado de esta situación, al estimar que, para el año 2030, la presión financiera por el pago a jubilados será preocupante debido a que el sistema de pensiones mexicano para ese año tendrá una relación de 5 trabajadores activos por cada jubilado. Lo que agrava la situación es el estado futuro de la salud en México, en nuestro país las enfermedades crónicas representan

7 de las 10 principales causas de muerte, principalmente la diabetes y las enfermedades cardíacas.

Esto debido a la epidemia de obesidad que México sufre, la OCDE estima que para el año 2030 el 40% de los adultos en México padecerán obesidad, principal factor de riesgo en la adquisición de enfermedades crónicas. México está solo por debajo de Estados Unidos en las proyecciones de prevalencia en obesidad para el año 2030, teniendo un 40% de su población adulta con obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2017).

**Gráfica 26. Proyección del total de la población mexicana de 2015 a 2050.**

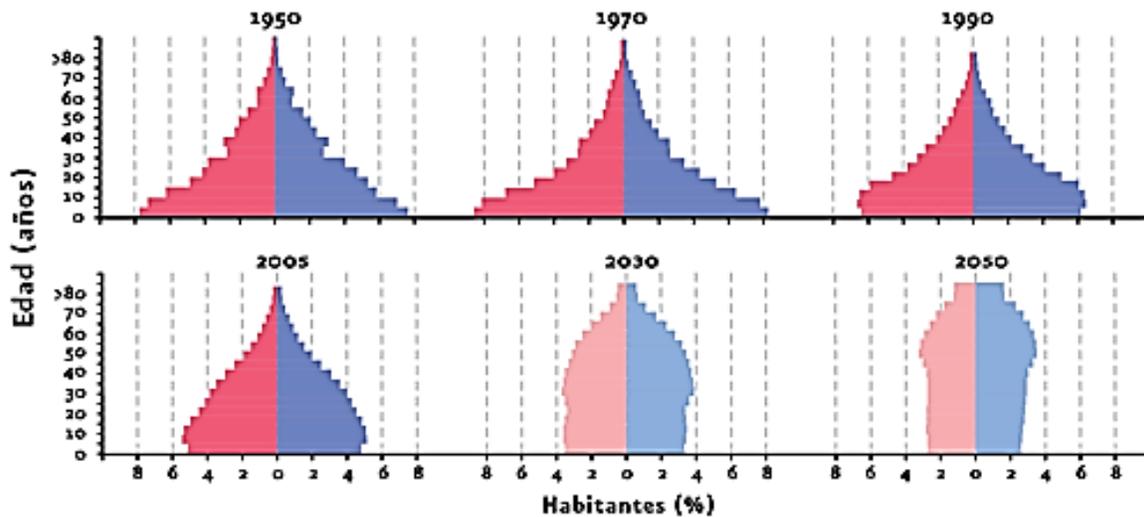


Fuente: elaboración propia con base en los datos de proyecciones publicados por la CONAPO

En 2015 se contabilizaron 121 millones de mexicano, para 2050 se estima que la cifra será de poco más de 150 millones de mexicanos, el crecimiento demográfico sin control será un problema para la economía importante; la misma definición de la ciencia económica nos indica que se encarga de la obtención, distribución y consumo de los recursos ya que son escasos. La escasez es el adjetivo idóneo de cualquier sociedad actual, porque a mayor población, mayor escasez debido al índice de desigualdad en México.

Además de esto, la siguiente figura muestra otro tipo de composición poblacional pasada y futura.

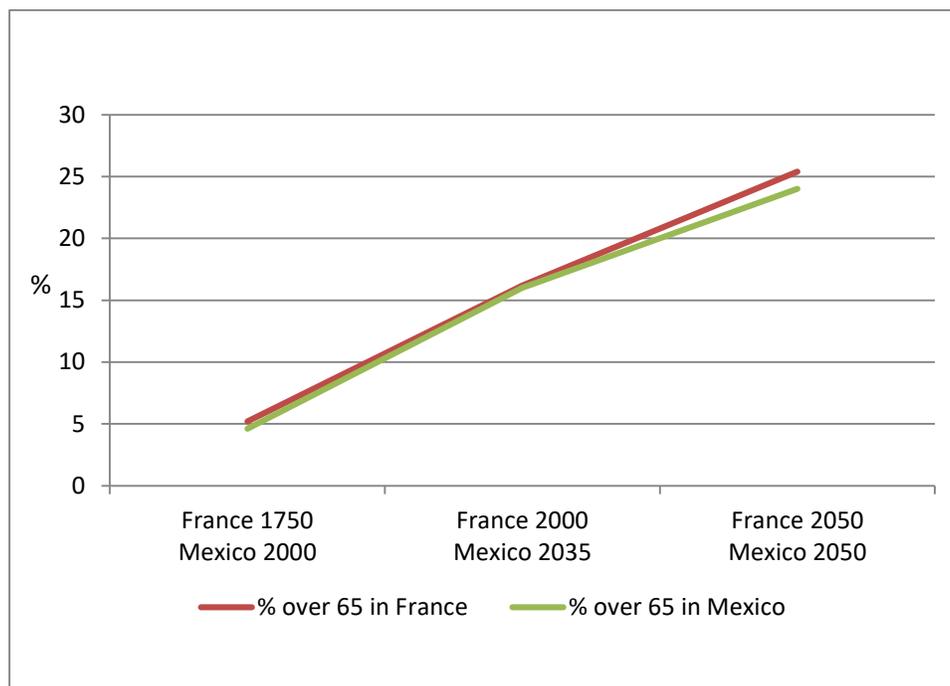
**Ilustración 2. Pirámides de edad en México de 1950 a 2050.**



Fuente: INEGI. Censos de Población y vivienda 1950 a 2000. México.

Las pirámides de población anteriores muestran claramente el cambio que se ha tenido, para 2030 el grueso de la población será activa, pero en vísperas de su retiro, para 2050 la población activa será menor. México tiene una transición demográfica acelerada, la transición que Francia experimentó entre 1750 y 2050, se experimenta en México entre 2000 y 2050, es decir 5 veces más rápida (Sinha, 2012), como lo muestra la siguiente gráfica.

**Gráfica 27. Cambios demográficos en Francia y México. Porcentaje de población mayor de 65 años.**



Fuente: Elaborado por Tapen Sinha en su documento "Estimating future pensions liability of the Mexican Government" con datos obtenidos de: CONAPO y la OCDE.

Este es el futuro poblacional que le espera a México, conjuntamente a este cambio de estructura demográfica se le suma la variable del gasto, el financiamiento de los futuros pensionados.

### **Consideraciones**

El gasto en seguridad social en México para 2016, se ubica en 5.7% del PIB, siendo una cantidad por debajo del promedio de los países de la OCDE. La situación del sistema de salud y seguridad social mexicano no solo es problema de una falta de recursos financieros, su forma de operación y estructura también contribuyen a la ineficiencia. La segmentación de la seguridad social en México, que existan diversas instituciones públicas y privadas que sean los proveedores de servicios de salud y de pensiones, vuelve ineficiente el gasto por el aumento burocrático y de gasto corriente

y por la mayor exigencia de coordinación entre instituciones. Esto se refleja en una atención a los usuarios de baja calidad. A esta situación en 2015 y 2016 se agrega el recorte presupuestal por la caída del precio del petróleo y el bajo crecimiento del país; el gasto de seguridad social es una variable que cada año cobra importancia por el cambio de estructura poblacional, más adultos mayores y menos jóvenes, más enfermos y con una mayor esperanza de vida y menos trabajadores activos que aportan, además del aumento de la informalidad en la última década.

Como opinión personal, se necesitan cambios a la ley que no se apliquen de manera aislada, en lo que el sistema de seguridad social y salud rompan con la división del servicio y sea provisto de manera conjunta. Volver el sistema nacional y estatal uniformes, con un mismo servicio, evitando que, dependiendo de la institución, sea el nivel del servicio y de la infraestructura y equipo, reduciendo así costos de operación. Definir un solo programa médico que se adopte en todas las instituciones, que permita controlar el costo de la atención médica y el uso de los recursos financieros.

En el caso de las pensiones, la insostenibilidad de pago es segura a pesar de las reformas, aún quedan varios años para cuando la población del antiguo régimen esté por pensionarse, obligando al Gobierno Federal a hacer frente a estas personas que habrán cumplido con su deber laboral. La relación entre pensionado por trabajador activo va disminuyendo y generando presión en las finanzas públicas del IMSS e ISSSTE, la ASF registró que tan solo del 2015 al 2016 el gasto en pensiones aumentó 9% de forma real.

En conclusión, la seguridad social demandará un gasto no sostenible en el futuro, esto debido al cambio poblacional, por lo cual, además de recibir una pensión, más grupos serán demandantes de servicios de salud más caros por sufrir enfermedades crónicas que deben de ser atendidas. Esto debido al aumento de la esperanza de vida, por lo que la búsqueda de un

sistema de salud y seguridad social universal no es una realidad y no se podrá concretar.

### **Capítulo 3: Política pública y bienestar social.**

La intención del presente capítulo es exponer las acciones concretas realizadas por el Estado a favor de mejorar la salud y la protección social en México, además de analizar variables determinantes de la salud y la protección social. El objetivo del tercer capítulo será establecer de forma clara las acciones faltantes del Estado y las áreas a estimular para mejorar el acceso y calidad de salud en México

Para poder alcanzar este objetivo, primero se abordará la política económica y la política pública que se ha implementado en el México en nuestro periodo de estudio, en específico las políticas de salud.

Una vez definido el marco económico y político sobre el cual se ha trabajado en nuestro periodo, introduciremos la variable del ingreso a través de los salarios y su relación con la obesidad y enfermedades crónicas. Se busca establecer una relación entre alimentación, salud e ingreso. Teniendo dicha relación presente se buscará introducir este panorama en el área de la globalización económica, esto debido a la incidencia que ha tenido en el cambio de los patrones de consumo, en el ingreso y en el tipo de modelo económico actual. México al igual que el resto de países latinoamericanos, han tenido un cambio de sistema económico influenciado por otras ideas de pensamiento, que sin la globalización no se hubieran podido haber implantado. De aquí surge la necesidad de llevar el panorama de salud mexicano, a un marco globalizado.

La parte final del capítulo presentará un enfoque de perspectivas sociales, debido a que las perspectivas financieras fueron abordadas en el capítulo anterior. En este caso se tiene el objetivo de generar una visión futura de la calidad de vida que los mexicanos puedan llegar a tener, tomando en cuenta el cambio de estructura poblacional que se va a presentar de forma

segura<sup>25</sup>. Hay que recordar que todas las decisiones económicas, políticas, en salud, educación, etc., tienen el objetivo de verse reflejadas directamente en el aumento del bienestar social. Es por esto que la generación de una perspectiva del bienestar social cobra importancia, porque es donde recaen los resultados de las acciones puestas en marcha.

### **3.1 Política económica en México**

Del periodo de 2007 a 2012 el presidente Felipe Calderón planteó en su Plan Nacional de Desarrollo los ejes que se seguirían en su gobierno. Los principales elementos eran la seguridad, el empleo, igualdad de oportunidades y la política exterior. La herramienta con la que pretendía estos cambios era la política tributaria, a través de una reforma Hacendaria obtener nuevos ingresos distintos a los petroleros y poder financiar el alto gasto social. Dentro de dicha reforma se estipulaban también cambios en la salud y educación.

Las acciones que utilizó el Estado fueron gasto austero, transparente y más eficiente y sobre todo la imposición de dos nuevos impuestos, el Impuesto Empresarial a Tasa única (IETU) y el Impuesto a los Depósitos en Efectivo (IDE) aplicados en 2008.

---

<sup>25</sup> Esto debido a las proyecciones que va a sufrir la pirámide poblacional en cuanto a su composición de edades y su impacto en el mercado laboral y sistema de pensiones.

**Cuadro 4. Estructura impositiva en México 2007-2012.**

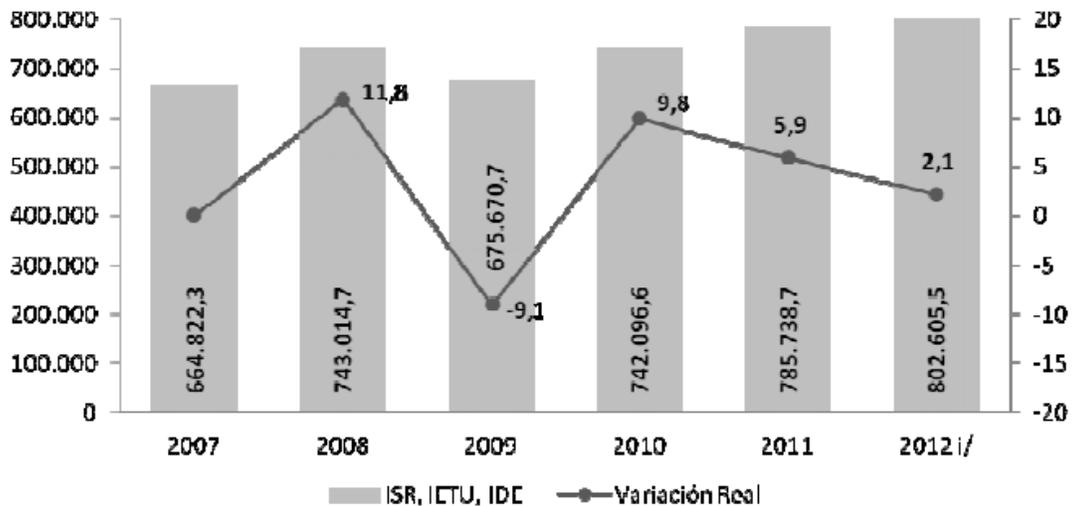
Impuesto	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Impuesto Sobre la Renta (ISR)	28%	28%	28%	30%	30%	30%
Impuesto al Activo (IMPAC)	1.25%					
Impuesto Empresarial a la Tasa Única (IETU)		16.5%	17%	17.5%	17.5%	17.5%
Impuesto a los Depósitos en Efectivo (IDE)		2%	2	3	3	3
Impuesto al Valor Agregado (IVA) <sup>U</sup>	15 y 10%	15 y 10%	15 y 10%	16 y 11%	16 y 11%	16 y 11%
Impuesto Especial sobre Producción y servicios (IEPS)						
Bebidas Alcohólicas	50	50	50	53	53	53
Cerveza	25	25	25	26.5	26.5	26.5
Tabacos	140	150	160	160% +CF 0.04	160% +CF 0.35	160% +CF 0.35
Juegos con apuestas y sorteos		20	20	30	30	30
Telecomunicaciones				3	3	3
Bebidas energizantes					25	25

Fuente: Elaborada por el Centro de Estudios de Finanzas Públicas con base a los datos de cada ley por impuesto. Nota: La primera cifra del impuesto del IVA corresponde a la tasa general y la segunda a la tasa fronteriza.

En el cuadro 4 se muestra el aumento tributario en el sexenio, no solamente se crearon nuevos impuestos, también se aumentó la tasa de los que más recaudan.

Un tema a tener siempre presente es el periodo de la crisis de 2008, la cual fue de dimensiones globales y afectó seriamente la economía mexicana por su estrecha relación con Estados Unidos. Este proceso de crisis económica requiere de ajustes económicos contra cíclicos que evitan un crecimiento acelerado. Dicho proceso se vio reflejado en el nivel de recaudación de los impuestos anteriores, como lo muestra la siguiente gráfica. En 2009 cae la recaudación en términos reales, siendo una reducción real del 9.1%.

**Gráfica 28. Recaudación de ISR, IETU e IDE de 2007 a 2012. Variación real en millones de pesos de 2012 y porcentaje de variación real.**



Fuente: Elaborada por el Centro de Estudios de Finanzas Públicas con base a los datos reportados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

La importancia de conocer este proceso es tenerlo como base para entender y criticar las acciones del periodo enfocadas en materia de salud.

El respaldo en esta etapa económica que favoreció las finanzas públicas mexicanas fueron los ingresos petroleros y por lo tanto la recaudación de los Impuestos Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) por venta de gasolina. En el periodo de Felipe Calderón los ingresos derivados de la extracción de hidrocarburos representaron en promedio el 34%.

**Gráfica 29: Ingresos del Gobierno Federal en millones de pesos de 2012**



Fuente: Elaboración propia con base a los datos emitidos por el Centro de Estudios de Finanzas Públicas con base a los datos de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2007-2010; Informe Trimestral sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública al Cuarto Trimestre de 2011; y la Ley de ingresos de la Federación, 2012, SHCP.

La gráfica anterior muestra la fuerte importancia de los ingresos petroleros en el presupuesto público en este periodo.

Además de la recaudación se buscó disminuir la elusión fiscal y la informalidad, este segundo elemento se intentó por medio de los Regímenes de Pequeños Contribuyentes (REPECO), pero como ya se llegó a comentar, los montos importantes de elusión fiscal se encuentran en las grandes empresas y no en los pequeños productores. Por lo que la medida no tuvo un impacto considerable.

Como pequeña conclusión de este periodo podríamos hacer énfasis en que las medidas tributarias puestas en marcha (creación de IDE y IETU) no tuvieron el efecto deseado, dar fortaleza a las finanzas públicas y depender

menos del petróleo. Se realiza esta afirmación debido a que cifras de 2007 indican que los ingresos tributarios del país representaban el 9.3%, para 2012 representaban 9.7%, en términos nominales, por lo que al representar las cifras de 2007 a cifras de 2012 no existe un incremento real.

### 3.1.1 Capacidad de los sistemas de salud

Para este apartado se expondrá la capacidad que cada institución de salud puede llegar a tener, esto con base sus unidades médicas en el país, a pesar de que tengan una alta o baja capacidad, la variable de calidad resulta un factor determinante, ya que una maña atención o atención a destiempo, es tan perjudicial como no contar con seguridad médica. La siguiente tabla muestra las unidades médicas por tipo de unidad y por nivel médico.

**Tabla 3. Tabla: Unidades médicas que posee el ISSSTE por nivel de atención médica a diciembre de 2015.**

TIPO DE UNIDAD	TOTAL UNIDADES	
Consultorio Médico en Centro de Trabajo (CMCT)	83	Primer Nivel
Consultorio de Atención Familiar (CAF)	478	
Unidad de Medicina Familiar (UMF)	395	
Clínica de Medicina Familiar (CMF)	87	
Clínica de Medicina Familiar con Especialidades (CMFE)	15	
Clínica de Especialidades (CE)	12	Segundo Nivel
Clínica Hospital (CH)	71	
Hospital General (HG)	26	
Hospital Regional/Hospital de Alta Especialidad (HR/HAE)	14	Tercer Nivel
Centro Médico Nacional (CMN)	1	
<b>TOTAL UNIDADES</b>	<b>1,182</b>	

Fuente: Catálogo de unidades médicas del ISSSTE.

El ISSSTE cuenta con un total de 1182 unidades propias y subrogadas, la mayoría son de primer nivel y cuenta con una distribución poco homogénea a lo largo de la República Mexicana, y para el caso de las clínicas de tercer nivel, se puede notar que hay menos clínicas que estados de la república, por lo que no en todos se cuenta con una clínica para atender padecimientos que necesiten clínicas de tercer nivel.

Mientras en estados como Jalisco se cuenta con 86 clínicas de primer nivel y una clínica de tercer nivel, existen estados como Colima y Tlaxcala con tres y cuatro clínicas de primer nivel, respectivamente, y ninguna de tercer nivel para ambos casos.

Por parte del IMSS, esta institución cuenta con 1,499 unidades de primer nivel, 1,118 pertenecen a unidades médicas familiares y 381 auxiliares. Para el caso de unidades de segundo nivel, se reportaron 271 unidades de las cuales 38 son unidades y para el tercer nivel se cuenta con 25 unidades médicas de alta especialidad, una situación parecida a la del ISSSTE en cuanto a la relación estados contra unidades, además de contar con una infraestructura de 40 años de antigüedad.

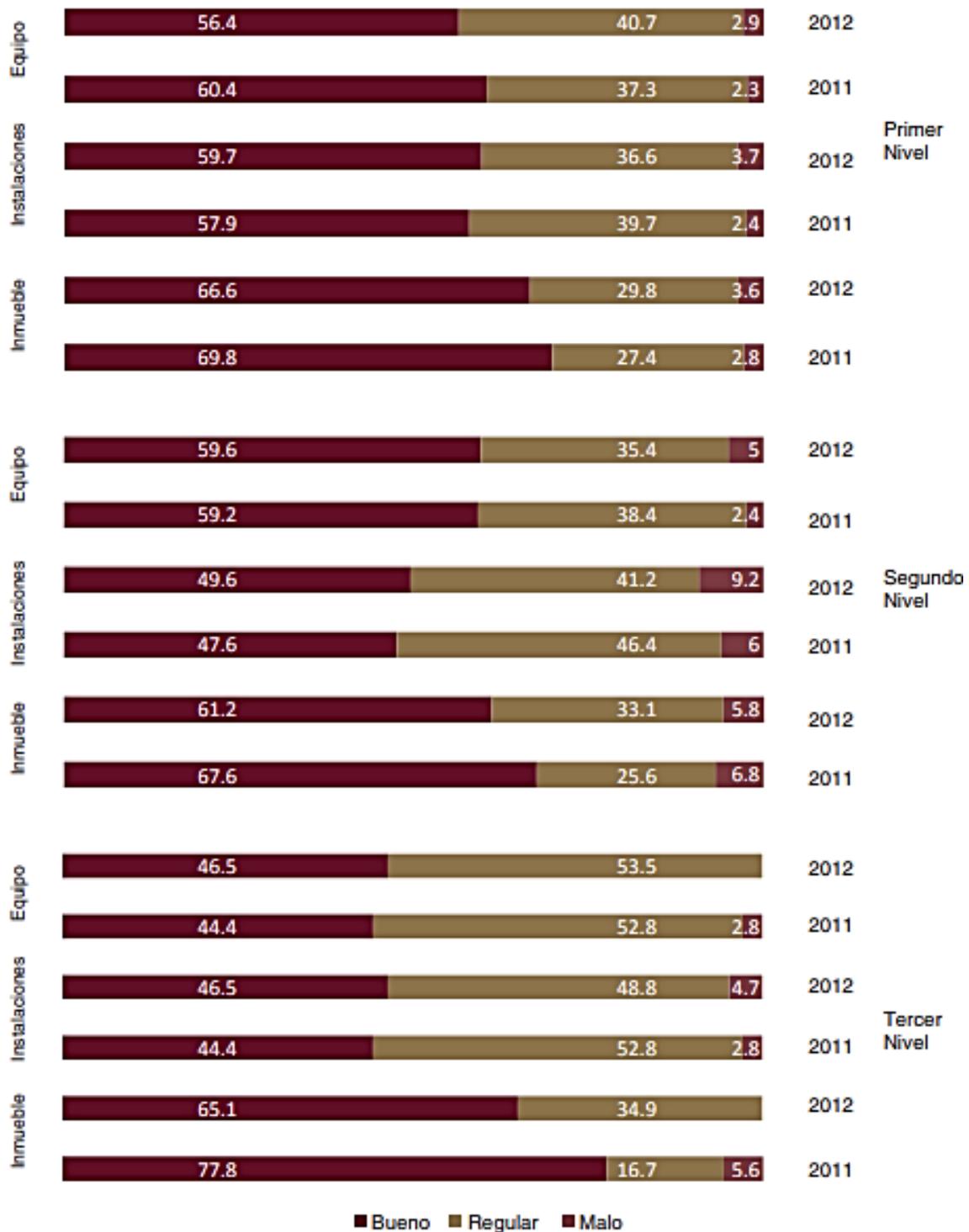
Como cumplimiento de la Ley de Seguridad Social en su artículo 273 se dio valoración a equipos propios, inmuebles e instalaciones, evaluando el 81.5% del total de unidades en operación.

La gráfica 31 refleja la tendencia que el IMSS ha tenido en cuanto a capacidad instalada como proporción a sus derechohabientes, el aumento de la demanda<sup>26</sup> e inversión insuficiente provocan que el IMSS tenga un crecimiento de sus recursos desproporcional a los demandantes de salud.

---

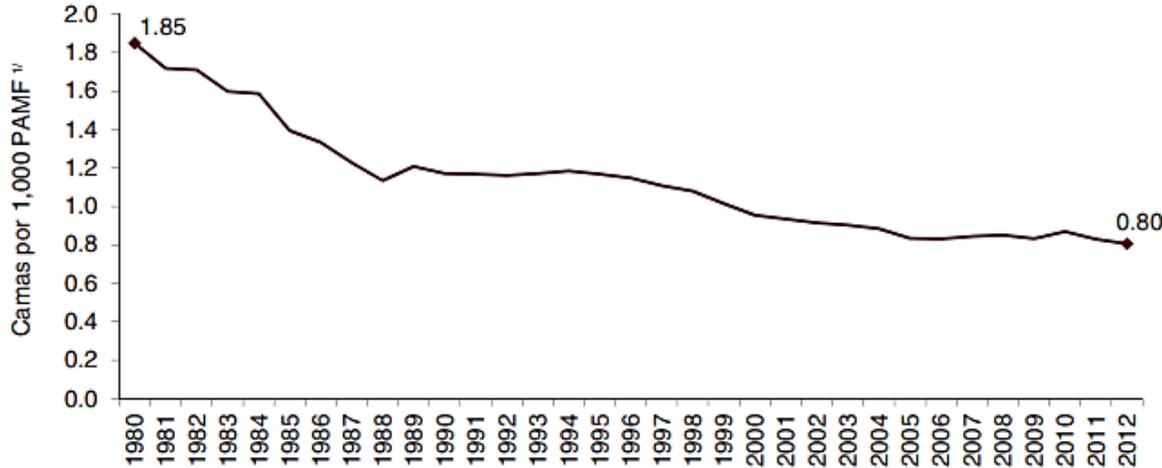
26 Por diversas situaciones como el aumento de la población y el cambio en los patrones de consumo, este problema es simplemente una consecuencia de un cambio coyuntural al que no se le dio una solución en tiempo y se ha vuelto un generador de déficit en la calidad de vida de la clase con menos ingresos. Un generador de desigualdad.

Gráfica 30. Imagen: Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades médicas en porcentajes, 2012.



Fuente: Obtenida del Informe realizado por el IMSS al ejecutivo federal sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano de Seguridad Social.

**Gráfica 31. Imagen: Número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes adscritos a médico familiar.**



Fuente: Obtenida del Informe realizado por el IMSS al ejecutivo federal sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano de Seguridad Social.

### 3.1.2 El futuro del sector salud

Por lo que se ha abordado en este documento, las perspectivas de la salud en México enfrentan grandes retos con pocas alternativas de acción, el horizonte muestra una creciente demanda por servicios de salud así con un costo más elevado. Esta dificultad da pie a generar un análisis de las posibles soluciones que el estado podría llevar a cabo, una de estas alternativas es la llamada privatización del sector salud.

Sin duda una decisión de esta magnitud se escucha lejana y poco aplicable por el poder adquisitivo que los mexicanos tienen, un nivel bajo que en muchos casos solamente cubre las necesidades básicas. Al inicio del siglo XXI, cuando se pone en marcha el Seguro Popular, se hace bajo la idea de la universalización de la salud, a pesar de esto el Seguro Popular tiene una

cuota por ingreso, dicha cuota es baja, pero se tiene que pagar para ser afiliado a este programa.

Si comparamos casos latinoamericanos, se debe de tener presente en 1994 el caso colombiano el llamado Sistema General de Seguridad en Salud puesto en marcha a través de la Ley 100, permite comparar la estructura de salud mexicana con el caso colombiano, esto no resulta lo más adecuado, por la composición poblacional de cada país, aun así, se puede utilizar para generar una idea de los resultados que ha obtenido Colombia con este modelo de privatización de la salud.

Este sistema resulta interesante por su forma de operación y financiamiento, la OMS ha calificado dicho sistema como: “el más imparcial del mundo” en cuanto a la contribución financiera, esto debido al acceso que proporciona. En el caso colombiano el Estado se convirtió en un contratista de servicios creando empresas de salud y dividiendo a su población en dos regímenes. El primero, es el subsidiado para personas de bajos recursos y el segundo el contributivo donde están las personas con un contrato y cotizan el 16% de su ingreso. Por otro lado, el régimen subsidiado se mantiene por regímenes fiscales y fondos diversos.

Como se puede observar, este sistema tiene un parecido al régimen de salud en México. Los resultados de esta ley en Colombia han sido una cobertura del 90% de su población, a pesar de que la población es distinta comparte la característica de tener un alto índice de informalidad, aunque su nivel de pobreza en relación a su población es menor. Este porcentaje de cobertura es alto, pero su calidad de salud es baja y el régimen subsidiario tiene un costo muy alto para el Estado. **Fuente especificada no válida.**

En México se han presentado elementos que se prestan servicios de salud privados, en específico, la privatización de los fondos públicos que se

destinan a la operación del IMSS e ISSSTE ya son operados por Asociaciones Público-Privadas (APP). Aunado a esto, la pérdida de presencia pública en la salud se observa desde 1985 en donde se realiza un ajuste estructural al reducir las unidades médicas, consultas y personal, volviendo precario sector salud. En 1995 se presenta la reforma a la Ley del IMSS, esta reforma genera la subrogación del servicio de las pensiones de los trabajadores pasando a dominio de la banca privada. Llegando hasta la creación del Seguro Popular. **Fuente especificada no válida..**

Existen contraposiciones como de José Narro argumenta que la universalización es un proceso global, citando la privatización de India, Filipinas, Chile y Colombia. La Fundación para la Salud (Funsalud) ha estimulado este proceso de universalización a través de la privatización, casualmente, entre los miembros de la Funsalud se encuentran empresas como Laboratorios Pfizer y el Consejo de la Asociación Nacional de Fabricantes de Medicamentos.

En esta coyuntura entre la entrada de organismos privados al sector salud, se debe analizar si en verdad son una solución real, no solo hacia la calidad del servicio, los trabajadores del sector salud están en riesgo ya que su estado laboral puede volverse precario al dejar de ser contratados por el Estado.

La teoría de la elección pública menciona que hay ciertos servicios que el Estados debe de controlar y otros que debe dejar al libre mercado, se debe de hacer cargo de servicios claves como la educación y la salud y dejar servicios de altos costos hundidos como el transporte aéreo. En Estados Unidos la educación privada es de alta calidad, pero sumamente exclusiva., en casos de países europeos de alta calidad de vida, la educación y la salud es generada exclusivamente por el Estado con altos resultados por su gran eficiencia y calidad. Este argumento no se puede considerar como una

ley, y menos en países con estructuras tan diferentes, pero sirven como ejemplo práctico para repensar la dirección que la salud en México está optando por llevar a cabo.

### **3.2 Ingreso como determinante de la salud en México a través de la alimentación**

El ingreso y costo de los alimentos han sido factores determinantes de la elección de los consumidores. Los alimentos chatarra, son bajos en precio y contienen gran cantidad de energía, pero bajo aporte nutrimental, mientras los alimentos más sanos, son los que presentan los precios más elevados. Volviendo así las dietas de azúcares más asequibles que la comida sana como el pescado o el pollo.

Tomando en cuenta esta realidad, los consumidores con menores ingresos, son los que no tienen la capacidad para lograr seguir las recomendaciones alimentarias de consumir pocas grasas y azúcares y enfocarse en granos enteros.

#### **3.2.1 Precio de una buena alimentación**

La medición de la pobreza en México no es un tema menor, el método para medirla se vuelve complicada, lograr obtener una muestra representativa sobre la cual trabajar es complejo por la alta desigualdad que existe en el país.

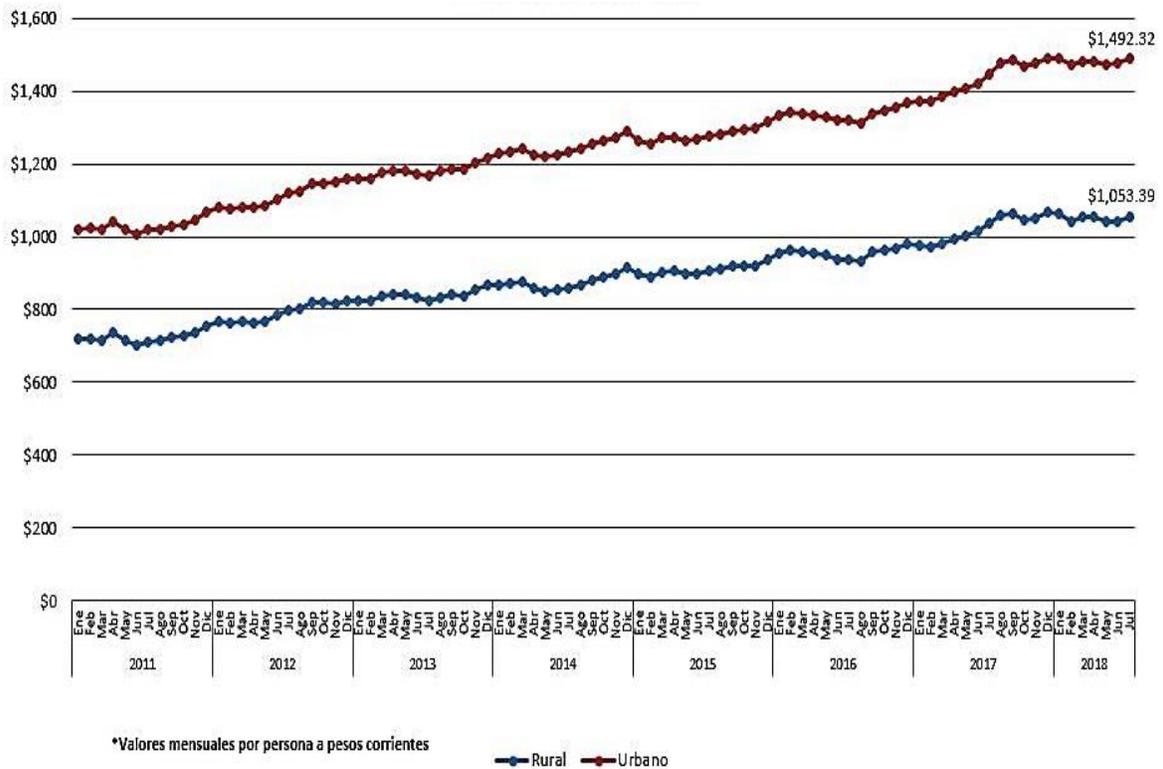
¿Cómo se puede determinar un ingreso bajo?, alguien que no pueda comprar un coche puede decir que tiene un ingreso bajo, un ciudadano que compra ropa usada puede decir que tiene ingreso bajo, una familia que no tiene acceso a productos básicos como la tortilla o el huevo puede argumentar que tiene un ingreso bajo. Debido a estas dificultades se utiliza la canasta básica para determinar un ingreso bajo y con base a ella un

porcentaje de pobreza. Es preciso mencionar que la canasta básica sirve para realizar esta comparación de ingreso, pero no quiere decir que sea una canasta recomendable para el consumo de la sociedad ni que sea digna.

De forma general se toma la ENIGH para observar el consumo de los hogares y estimar el valor de una canasta observada, la canasta observada dependerá del nivel socioeconómico que se elija observar, aquí es donde se pueden ver implícitos influencias políticas o periodísticas. Por lo que se estima a través de un reporte de consumo de calorías mínimas recomendadas por miembros del hogar **Fuente especificada no válida..**

El CONEVAL determina que el umbral para ingresos bajos es de \$11,291 pesos por hogar conformado por 4 personas al mes, este es el ingreso que se recomienda como mínimo no se denomina como digno. La canasta básica no es de utilidad para cubrir el total de las necesidades, pero si como referente para decisiones de política pública.

**Gráfica 32. Gráfica: Evolución mensual de la canasta alimentaria (línea de pobreza extrema) de enero 2011 a julio 2018.**



Fuente: Elaborada por el CONEVAL en su documento "Evolución del valor de la canasta alimentaria"

### 3.2.2. Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser de larga duración además de una progresión lenta, estas pueden ser de alta prevalencia o no curables y las más comunes son:

1. Enfermedades cardiovasculares.
2. Enfermedades respiratorias.
3. Enfermedades osteoarticulares.
4. Diabetes mellitus.

Estas enfermedades son generadas por ciertos factores de riesgo comunes, estos factores son:

1. Mala alimentación.
2. Inactividad física.
3. Consumo de tabaco.

Además de estos factores, el elemento de la genética también es determinante, estas enfermedades están ligadas al estilo y calidad de vida de una población y a su envejecimiento.

Dentro de este amplio universo de enfermedades crónicas degenerativas, este trabajo se centrará en la obesidad y diabetes, se tiene la intención de exponer las determinantes de las altas tasas de obesidad y diabetes que afectan a la población y, como se comentó anteriormente, comprometen el gasto público a futuro.

Las acciones llevadas a cabo por el Estado mexicano para la prevención de estas enfermedades han recaído en el IMSS, a través de su programa PREVEIMSS, enfocándose en la investigación médica de este tipo de enfermedades con su "modelo preventivo de enfermedades crónicas".

Este modelo se divide en 4 ejes:

- Identificación
- Focalización
- Seguimiento
- Vinculación

### **3.2.3 Obesidad y sobrepeso**

La importancia de darle un tema específico a la obesidad, se debe a que es el factor común que termina por derivar en una enfermedad crónica,

dicha enfermedad, no es solamente un padecimiento que estaría presente de por vida en una persona, representando un alto costo para el Estado. También es una determinante de la mala calidad de vida, de las personas que la padecen por los condicionamientos que genera su padecimiento.

México es de las naciones con mayor obesidad en el mundo según los reportes de la OCDE, más de la mitad de la población adulta y 1 de cada 6 niños padecen sobrepeso u obesidad. Del grupo perteneciente a la OCDE los países con mayor prevalencia son Estados Unidos con un 38.2% de su población adulta con sobrepeso u obesidad, seguido por México con un 32.4%

Si contrastamos estas cifras con naciones como Japón y Corea del Sur, obtenemos que su porcentaje de adultos con sobre peso y obesidad es del 3.7% y 5.3% respectivamente, la proyección del reporte Obesity Update, de la OCDE revela que para 2030 que el porcentaje de México aumentará a 39% y el estadounidense a 47%.

De las cifras de la ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud) al cierre de 2015 podemos obtener la siguiente tabla:

**Cuadro 5. Resultados ponderados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.**

<b>Rango de edad</b>	<b>Prevalencia combinada en 2012</b>	<b>Prevalencia combinada en 2015</b>
<b>5-11 años</b>	34.4%	33.2%
<b>12-19 años</b>	34.9%	36.3%
<b>Más de 20 años</b>	71.5%	72.5%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos presentados por el instituto Nacional de Salud Pública.

Como se puede apreciar, los cambios en la prevalencia por edades, después de los 20 años, es muy marcado, para conocer las posibles causas.

A continuación, se tratarán los aspectos de la obesidad desde dos puntos de vista, la parte social, en cuanto a salarios, desigualdad laboral, protección social, entre otras y desde un punto de vista económico y médico, saber el efecto de la obesidad y las enfermedades crónicas y el costo que tiene atenderlas para el Estado.

### **3.2.4 Capacidad del salario en México**

Para lograr aspirar una buena calidad de vida, existen diversos factores que determinan el acceso a esta, la alimentación es una de los principales factores. Debido al estilo de vida que un trabajador mexicano lleva, la alimentación resulta un elemento decisivo.

Por lo general, un trabajador mexicano, tiene una actividad laboral sedentaria, con poco tiempo y dinero para llevar a cabo una actividad física que le permita mejorar su salud, dejando la alimentación como una actividad de alta importancia en la mayor parte de la PEA en México.

Una alimentación sana debe de proporcionar todos los nutrientes esenciales, esto puede llegar a ser relativo, pero para este caso se utilizará la Norma Oficial Mexicana (NOM) denominada NOM-043-SSA2-2005, la cual hace referencia a la promoción y educación para la salud en materia alimentaria. La norma muestra alternativas alimenticias y utiliza 3 divisiones para el buen comer. Estas son las frutas y verduras, cereales y leguminosos y alimentos de origen animal.

La obesidad en México es el reflejo de un estilo de vida, en el cual se trabaja en un ambiente sedentario principalmente, con remuneraciones salariales bajas que impiden una dieta estricta para comer de forma sana. Además de comer sanamente, se debe de comer correctamente el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), marca que la correcta alimentación debe de llevar 6 aspectos:

1. Completa
2. Equilibrada
3. Inocua
4. Suficiente
5. Variada
6. Adecuada

Las siguientes 3 tablas elaboradas por la Profeco, recopilan diversos productos del plato de buen comer y una comparación de precios en diferentes tiendas, después de dichas tablas se presenta una tabla de ingreso promedio dividida por deciles.

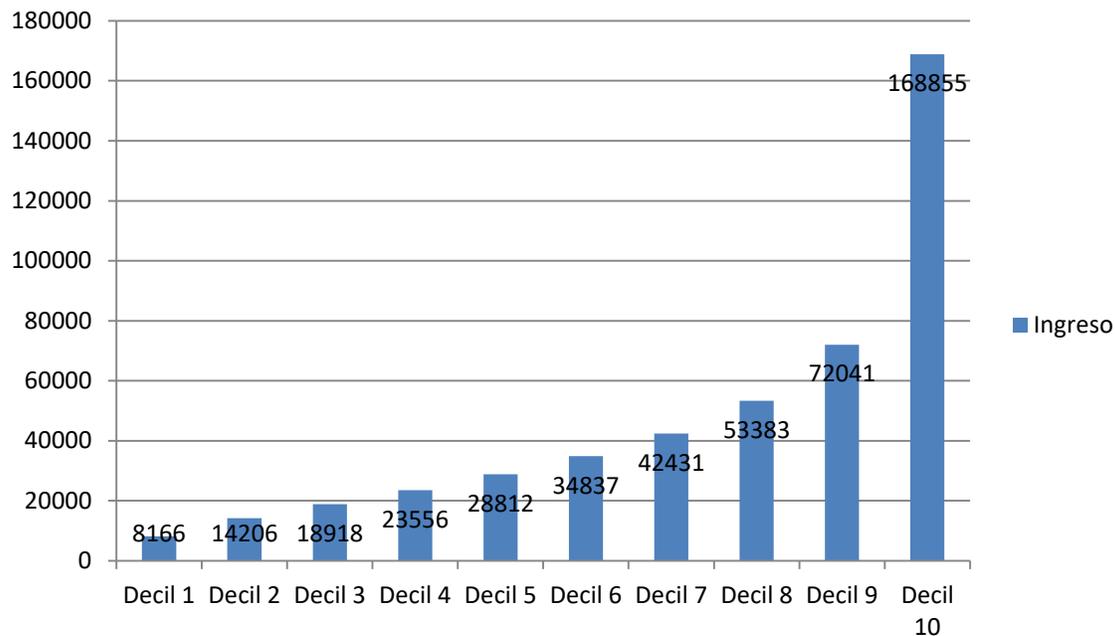
La OMS recomienda que una alimentación sana incluya frutas al menos 400 gramos, dos hortalizas, verduras y legumbres.

La mejor manera de combatir la obesidad es a través de una buena alimentación, además de hábitos como el ejercicio, pero llevar una dieta sana en México no es sencillo, en especial para los sectores que se encuentran en los deciles<sup>27</sup> más bajos. Los deciles en México por ingreso, se distribuyen como lo muestra la siguiente gráfica:

---

<sup>27</sup> Es una distribución del ingreso (para este caso) en 10 clases distintas, que permite la identificación de un grupo específico

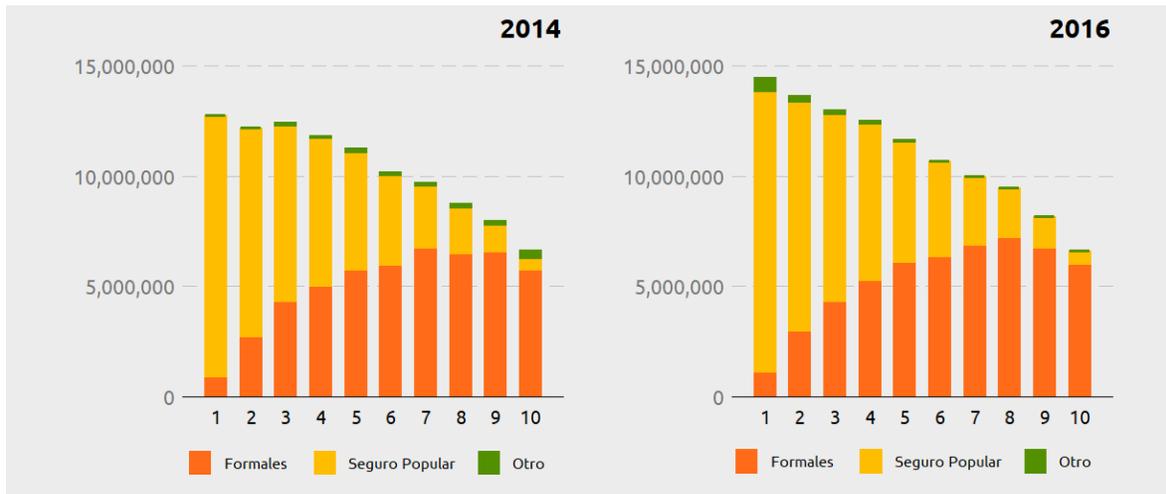
**Gráfica 33. Ingreso corriente promedio trimestral por deciles de hogares.**



Fuente: Elaboración propia con base a los datos proporcionados por el INEGI en la ENIGH 2016

A pesar de la distribución anterior, los deciles 8, 9 y 10 concentran el 63% del ingreso, y los deciles 1, 2 y 3 el 9% del ingreso corriente total. Dentro de los hogares, el primer decil presenta un ingreso de \$8,166 pesos, es decir, 91 pesos por día y 37 pesos por receptor en el hogar. Mientras el decil 10 tiene un ingreso promedio trimestral de \$168,855 que representa 766 pesos por receptor.

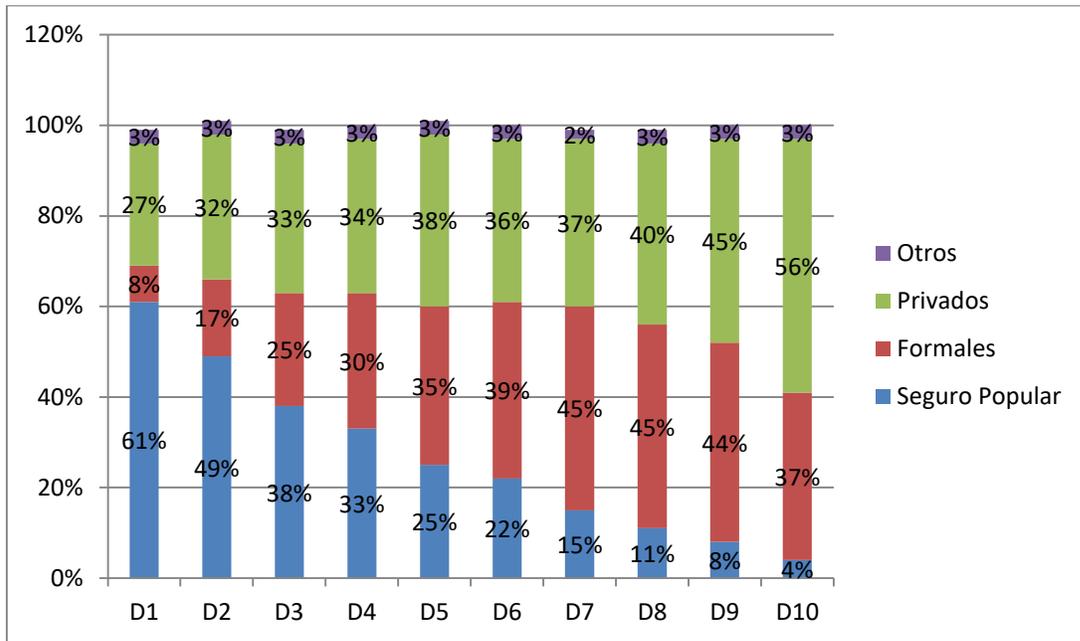
**Gráfica 34. Afiliación de las instituciones de salud. Distribución por decil de ingreso.**



Fuente: Elaborado por el CIEP (Centro de Investigaciones Económicas y Presupuestarias) con base en los datos de la ENIGH 2014 y 2016. Por instituciones formales debe entenderse el IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal y PEMEX.

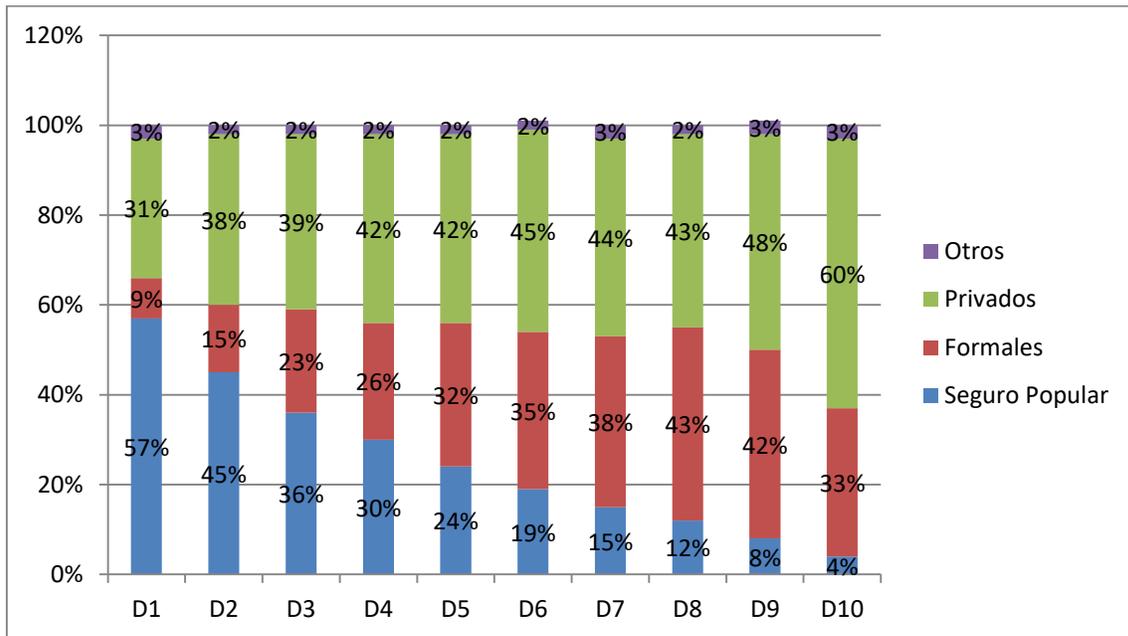
Cabe destacar que existe un crecimiento de 3.6 millones de personas de 2014 a 2016 que se afiliaron al seguro popular, es decir, existe una ligera disminución de la pobreza en cuanto a acceso a los servicios de salud aparentemente.

**Gráfica 35. Uso efectivo de las instituciones de salud. Distribución por decil de ingresos 2014.**



Fuente: Elaboración propia con datos del CIEP, obtenidos en la ENIGH 2014

**Gráfica 36. Uso efectivo de las instituciones de salud. Distribución por decil de ingresos 2016.**



Fuente: Elaboración propia con datos del CIEP, obtenidos en la ENIGH 2014

Es verdad que las cifras muestran un incremento a la salud al tener un mayor número de afiliados en el seguro popular, principalmente por parte del decil 1, a pesar de ellos las cifras muestran que el uso efectivo del programa sufrió una reducción del 61% al 57%, mientras el uso de servicios privados aumentó del 27% al 31% en este periodo. El sexto decil es el que más incremento el uso de servicios privados.

Llevar una alimentación completa, suele ser más caro que consumir alimentos con gran cantidad de azúcares y carbohidratos, que generen la energía y saciedad que un individuo busca pero con bajo contenido nutrimental.

La incógnita radica en saber, por qué cambiaron de forma tan espontanea los patrones de consumo en el país, sin duda, el aumento de la diabetes y enfermedades crónicas, está relacionado con el aumento de la expectativa de vida en México. Un adulto mayor es más propenso a adquirir estas una enfermedad crónica. A pesar de eso, países en donde la población es más longeva su población no sufre de altos índices de obesidad, el caso de Corea del Sur es un ejemplo de utilidad.

Una posible causa es el cambio en los patrones de consumo de la población introducidos por la globalización. Este elemento está acompañado del descenso brutal del salario a partir de mediados de los setenta y el proceso de transculturación por la entrada masiva de empresas transnacionales, en específico en la industria alimentaria.

### **3.2.5 Informalidad en México**

La informalidad es una característica que se presenta en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, y sin duda es una variable que ha afectado a la disminución de los salarios que se presentó desde los años setenta. Las empresas que se encuentran fuera de la formalidad, operan de

esta manera para logra condiciones como el no pagar impuestos, no tener que registrarse bajo contratos de trabajadores individuales y no otorgar las correspondientes prestaciones que las leyes de seguridad de México contemplan como la vejez, seguros de desempleo, vivienda, invalidez, entre otros.

Esto no es meramente por una disminución de costos, el grueso del sector empresarial en México son PYMES que no cuentan con la capacidad financiera para sostener estos pagos, ya que sus flujos financieros son estrechos. Al existir una relación laboral que no está sujeta a un horario de trabajo definido a través de un contrato ni un salario definido, por lo general este resulta tener un nivel bajo incluso por debajo del salario mínimo marcado por la ley.

La informalidad se ha vuelto un velo que oculta el verdadero problema del desempleo en México y de las malas condiciones sociales en las que esta población se desempeña. Sirve como un sector que acarrea la masa de trabajadores que no logran tener acceso a trabajos formales y es una característica de los países pobres, no es exclusiva de México. (Camberos Castro & Bracamontes Nevárez, 2015)

La restructuración económica que se inicia en los años setenta con un enfoque de liberalismo que apoya el individualismo impulsada por los países desarrollados en busca de nuevos mercados. La estrategia que se ha utilizado desde los años setenta es la apropiación del trabajo ajeno y mal remunerado, el elemento diferenciador es la transnacionalización del capital. Esto distribuye de mejor manera los factores productivos para la producción.

Desde 1977 se impulsó un "liberalismo social" que era apoyado por una política liberal de competitividad que provocó la reducción de salarios y

prestaciones contractuales, el PIB disminuyó su participación en la remuneración en los casi 16 millones de asalariados en una proporción del 40% en 1976 a 23% en 1992. Este ciclo de larga duración es la estrategia laboral que se el sistema liberal lleva a cabo afectando desde entonces el nivel de los salarios (Campos Aragón , 1995).

### **3.3 La Globalización dentro de la salud en México**

El Centro para la investigación de la Globalización genera una explicación de una “chatarización” en la alimentación, inducida por la globalización, en específico, a través del TLCAN. Este tratado favoreció la entrada de productos alimenticios industrializados, con un bajo contenido nutrimental, y por su forma de producción aunada a tasas impositivas menores al estar en el TLCAN su costo era bajo, por lo que se lograron vender a bajo precio.

Este fenómeno no es exclusivo de México, países como Brasil o China (en general países que han mostrado un crecimiento recientemente), han experimentado cambios parecidos, niños y adultos con obesidad, esto lo puede explicar el alza de los precios en alimentos sanos (frutas y verduras) que se ha presentado en las últimas tres décadas **Fuente especificada no válida..**

Una población pobre, con poca flexibilidad de ingreso, poco tiempo para la preparación e ingesta de una dieta balanceada y bajos precios en la comida chatarra, es un escenario ideal para el aumento de la obesidad en la población.

**Gráfica 37. Porcentaje de adultos con obesidad o sobrepeso en diversos países.**

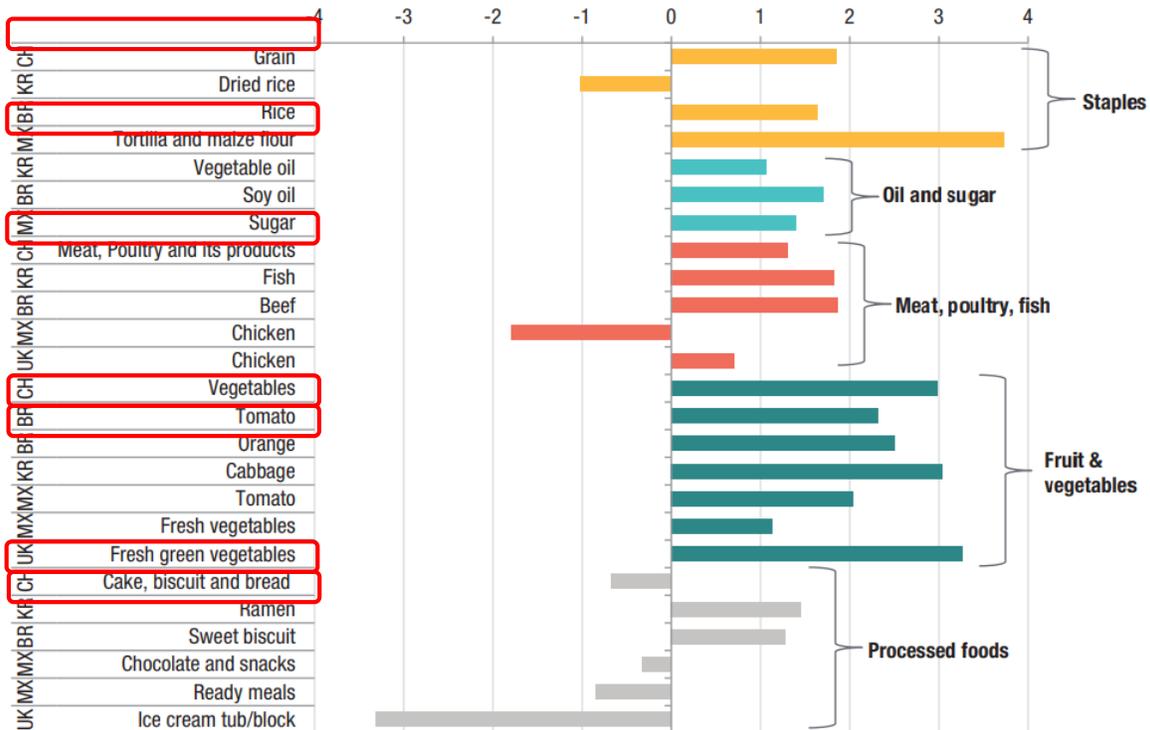


Fuente: Elaborado por ODI en su informe "The Rising Cost of Healthy Diet"

El comportamiento de la gráfica anterior no es exclusivo de México, el cambio de estructura poblacional y alimenticio provoca este aumento en el porcentaje de obesidad sobre la población adulta.

La siguiente imagen muestra el cambio porcentual que ha habido en los precios de ciertos alimentos básicos de 1990 a 2015.

**Ilustración 3. Cambio porcentual que ha habido en los precios de ciertos alimentos básicos de 1990 a 2015.**



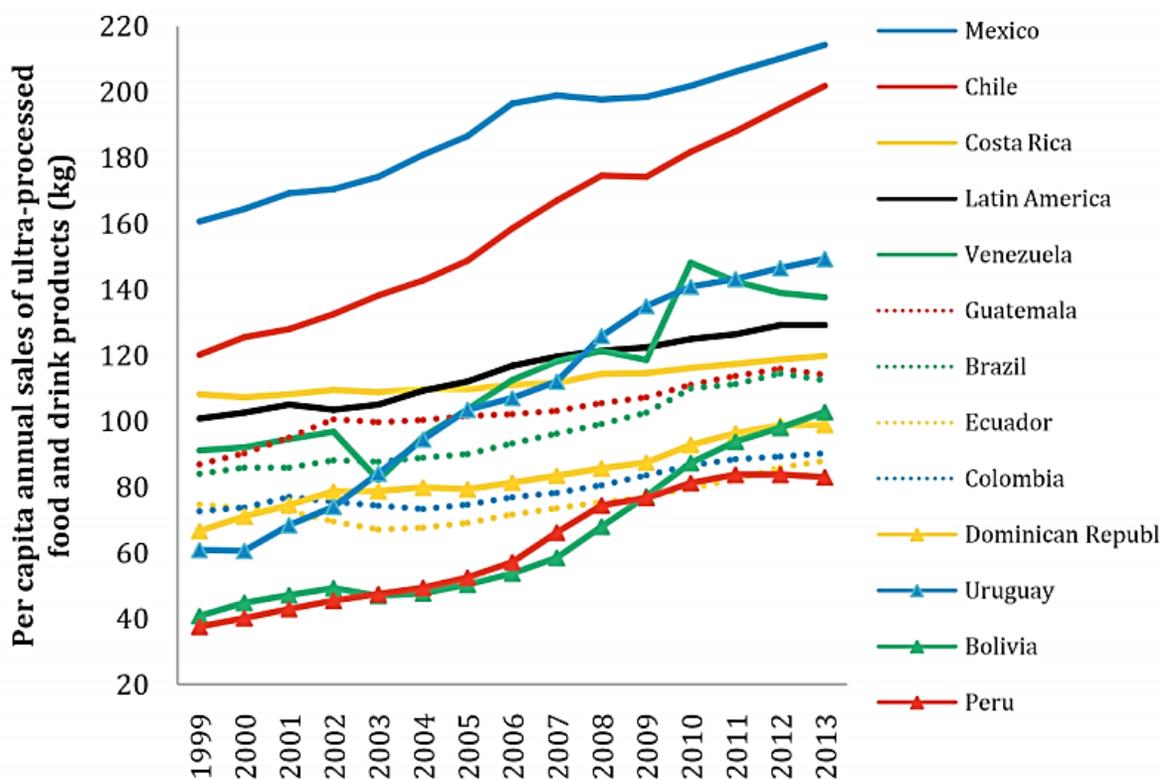
Fuente: Elaborado por ODI en su informe "The Rising Cost of Healthy Diet"

La imagen anterior tiene marcado en recuadros los casos mexicanos, alimentos como la tortilla, harina, azúcar y vegetales aumentaron, mientras las comidas procesadas, golosinas, bocadillos bajos en valor nutricional y el pollo se redujeron.

En general los alimentos como verduras y frutas, las carnes y comidas básicas como granos (maíz para el caso mexicano) aumentaron, mientras la comida procesada redujo su precio. Al ser un país actualmente exportador, los precios de estos productos se vieron encarecidos, dificultando su adquisición en los deciles de ingreso más bajos.

En relación al precio, el consumo de comida y bebidas altamente procesadas es muy alta en México, de hecho, está por arriba del resto de los países latinoamericanos, como lo muestra la siguiente imagen.

**Gráfica 38 Ventas anuales de comida y bebidas altamente procesadas en países latinoamericanos.**



Fuente: Datos generados por la base de datos "Euromonitor Passport Global Market Information Database" y "WHO Global Burden of Disease"

La tendencia al aumento es marcada en los países latinoamericanos, pero México tiene un nivel superior al resto, esto se puede deber a la diferencia poblacional, a pesar de ello, el aumento masivo en el consumo de comida chatarra es un hecho.

Analizando el caso mexicano, se le ha reconocido el impuesto que en el año 2013 se aplicó a ciertos productos chatarra, a primera vista, se puede registrar como un acierto a favor de la prevención en salud, además de que significa un mayor ingreso para las arcas mexicanas. Se estima que para 2030, este impuesto tendrá efecto en prever 515 mil casos nuevos de diabetes, ahorrando 14 mil millones de pesos

A pesar de eso, este tipo de productos son inelásticos, por lo que el consumo per cápita de México en bebidas carbonizadas, en específico de Coca-Cola, sigue siendo el más alto en el mundo, según el reporte de la compañía.

### **3.3.1 Coyuntura alimentaria**

Sin ánimos de caer en el pesimismo, México enfrenta una situación difícil y compleja, en la que la dependencia alimentaria, reduce las opciones de política pública que pueda poner en marcha para intentar cambiar el rumbo de la alimentación y revertir así, los problemas de salud actuales y sus expectativas.

El sector agrario no es siempre una actividad redituable desde el punto de vista financiero, debido a los productos importados, en ocasiones es más redituable importar un producto que producirlo dentro del propio territorio. Este es el caso del maíz en México, su alto costo estimula la importación de un gran de suma importancia para la alimentación de un mexicano.

México en el área de la agroalimentación, se caracteriza por una dependencia alimentaria del exterior para poder alimentar a su población, este fenómeno se ve reflejado en el aumento de importaciones de alimento de Estados Unidos, China e India. Debido a que una alta cantidad de cereales y oleaginosas se destinan a la producción de biocombustibles, el precio de los cereales en el mercado se ha encarecido.

Incrementar la producción alimentaria en el país cobra carácter urgente, para esto el sector pesquero y agroalimentario deben de ser receptores de recursos y condiciones específicas que favorezcan el crecimiento de la producción.

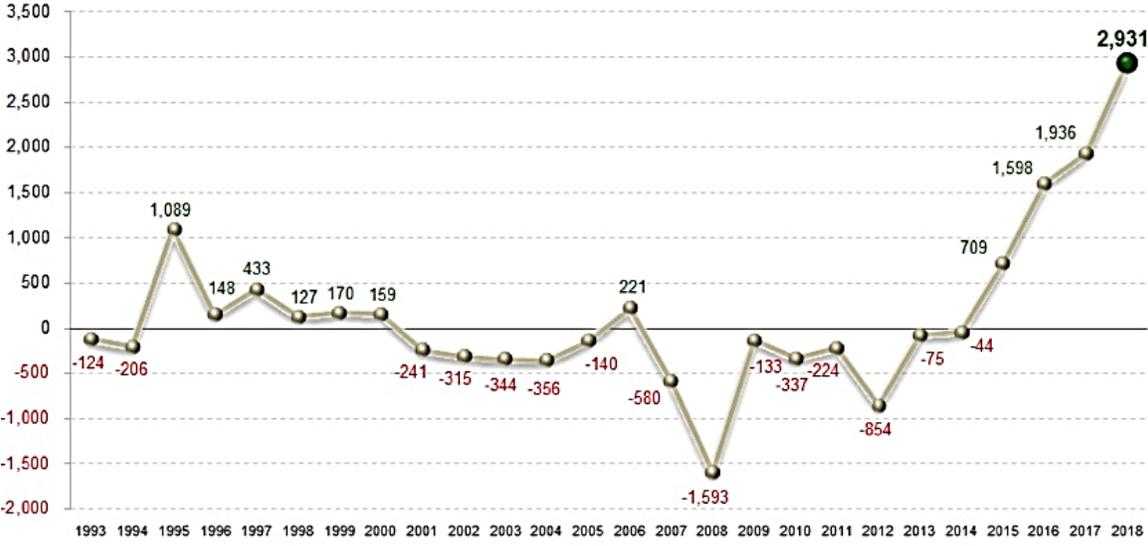
El índice de precios publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) revela un incremento muy

marcado en el aumento de los precios, sobre todo entre abril y mayo de 2011 donde se calculó un incremento de 71% en los precios de los cereales.

Desde hace varios años México abandonó el camino de la autosuficiencia alimentaria, años atrás, el denominado Sistema Alimentario Mexicano tenía como objetivo este aumento en la producción agrícola bajo la premisa de “sembrar los excedentes petroleros”, estrategia abandonada en 1981 debido a la baja de los precios del petróleo. En lugar de buscar la autosuficiencia alimentaria, se interesó en buscar la soberanía alimentaria a través de recursos financieros, capaces de soportar la adquisición de alimento en el mercado internacional.

En esta época, los bajos precios era una característica de los precios del mercado agroalimentario. Con el incremento de la demanda por parte de los mercados asiáticos (China e India principalmente) además del incremento del uso de los biocombustibles, los precios se incrementaron. La tendencia actual es el incremento de los precios de los productos agrícolas y sin una autosuficiencia alimentaria, la dependencia se profundiza.

**Gráfica 39: Saldo de enero-marzo de la Balanza Comercial Agroalimentaria de México, 1993-2018 en millones de dólares**



Fuente: Elaborado por el SIAP con datos del Banco de México

La carencia de una política alimentaria y la desigualdad que caracteriza al sistema capitalista afecta de igual manera el sector agrario si no es que, incluso, de forma más aguda. La distribución de la tierra es desigual, productores con 5 hectáreas para producir mientras propietarios disfrutan de hasta 300 hectáreas dependiendo del cultivo

Dentro de la desigualdad agraria, las tierras de riego temporal están en abandono a comparación de las que cuentan con sistemas de riego integrado. Las regiones de agricultura temporal deben de sufrir una reconquista en cuanto apoyo social, al ser un detonador de empleo, ingreso y producción, frenando la dependencia extranjera y acrecentar el mercado interno.

### **3.3.2 Papel del TLCAN en la dependencia alimentaria mexicana**

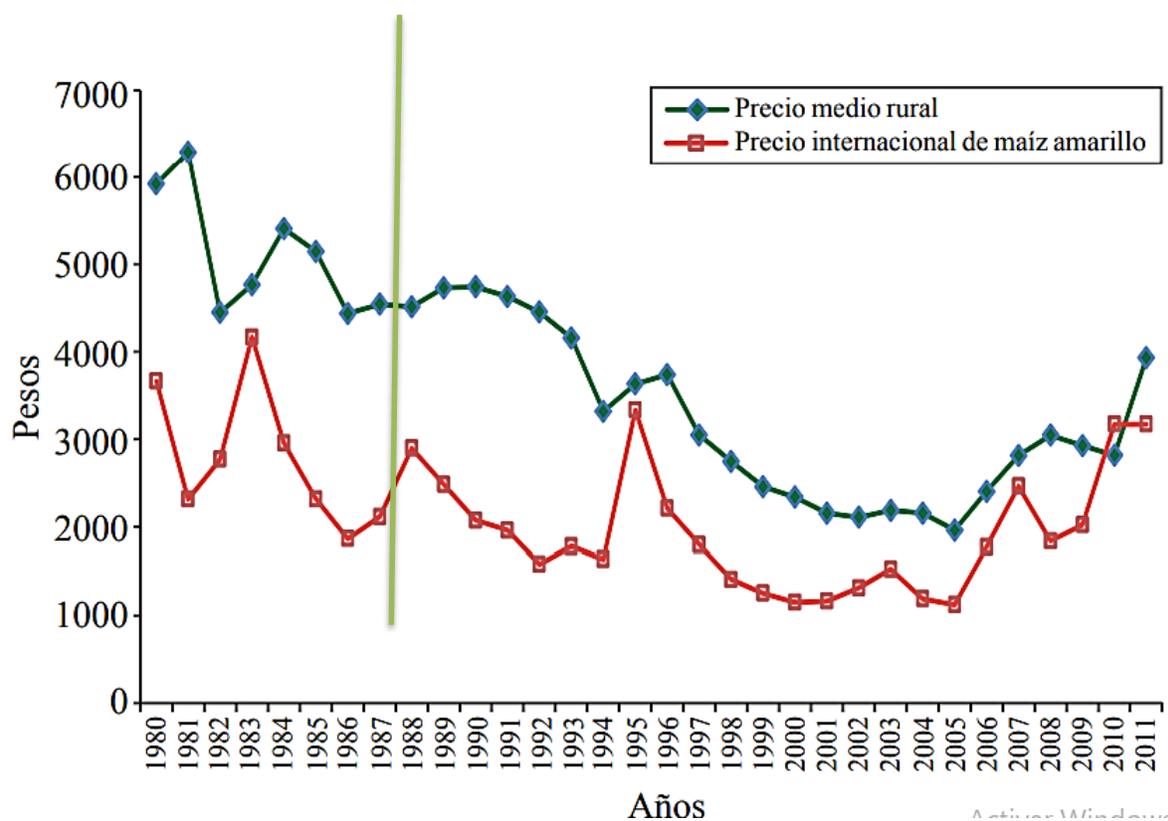
El TLCAN inicia su funcionamiento desde finales de los años ochenta, el índice de dependencia puede ser tomado como la proporción de las importaciones dentro del consumo total de un producto específico. Bajo este concepto en el periodo de 1985 a 1997 el consumo era abastecido en 86% por la producción nacional obteniendo un índice de dependencia del 14%, mientras que del periodo de 1988 a 2010 la cobertura representó un 77% con un índice de dependencia del 23%. La compensación se ha realizado con importaciones estadounidenses en su mayoría

La Agencia de Servicios la Comercialización y Desarrollo de Mercado Agropecuarios (ASERCA) reporta que el 66% de las cosechas de maíz que se produce en México es destinado a la alimentación de ganado.

Es probable que el TLACN sea un factor de afectación para el sector agrícola mexicano, al incrementar las importaciones de granos. En este caso

se tomará de análisis el maíz, por su importancia en la alimentación mexicana.

**Gráfica 40. Precio internacional del maíz y precio medio rural del maíz en México, valores a precios del 2010.**



Fuente: Información obtenida del Servicio de información Agroalimentaria y Pesquera (SIAP) y del U.S. Department of Agriculture

La gráfica anterior expone como es que el precio promedio del maíz en México siempre se ha encontrado por arriba del precio internacional del maíz amarillo, La línea verde marca el inicio del TLACAN (1988).

La FAO utiliza el índice de dependencia a las importaciones de cereales como un indicador de seguridad alimentaria, es decir, mide o representa las importaciones de cereales dentro del consumo aparente de un país. Si este método es aplicado para el caso mexicano, en el año 2011 el 35% del maíz que se consumió en México, fue importado. A partir de la llegada del

TLACAN y su apertura comercial, a partir del año 1994, el índice de dependencia osciló alrededor del 23%, en el periodo anterior de 1980 a 1993 se presentó una oscilación del 16%.

Este cambio de estructura en su balanza comercial del maíz, lo coloca en una postura e exposición ante cambios exógenos de los mercados internacionales, un ejemplo de esto es la producción de etanol en estados Unidos, que usa como base el maíz. En 2010 se utilizaron 116 millones de toneladas y se proyecta que en 2020 se utilicen 140 millones de toneladas, reduciendo las importaciones a México, aumentando su precio.

### **3.4 Perspectivas**

“Todos los seres humanos, independientemente de su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otro orden, origen nacional o social, posesiones, nacimiento u otra condición, tienen derecho a la alimentación adecuada y el derecho de vivir libres de hambre” (FAO, 2009). Esta definición que se plasma en la Declaración Universal de los Derechos Humanos declara el acceso universal a la alimentación, la realidad es que la alimentación depende estrechamente del ingreso que una persona logre percibir.

Las personas que se encuentran en una situación de pobreza, no son acreedoras a este derecho, según el Banco Mundial para 2015 en el mundo esta cifra representaba mil millones de personas. Una persona en situación de pobreza consume aproximadamente 1,400 calorías en un solo día, esto es la mitad de lo recomendado (Deaton, 1996).

Enfocándose al caso mexicano, la CPEUM reconoce en su artículo cuarto la alimentación como un derecho, que sea suficiente y de calidad, los resultados indican que este derecho no ha logrado ser garantizado. 55.3

millones de personas en México se encuentran en situación de pobreza (CONEVAL, 2015), esto significa que la restricción a la alimentación es la segunda privación social más profunda a la que se enfrenta México, al afectar a 27 millones y medio de personas, cerca de una cuarta parte del país.

La baja en la alimentación es una variable que genera una disminución de talla, escolaridad de menor calidad, menor productividad económica y, para el caso de las mujeres, que sus hijos nazcan con bajo peso al nacer (Watson). La ENSANUT 2012 revela que el 18% de los niños menores a 5 años presentan un nivel de desnutrición, siendo este el rango más afectado.

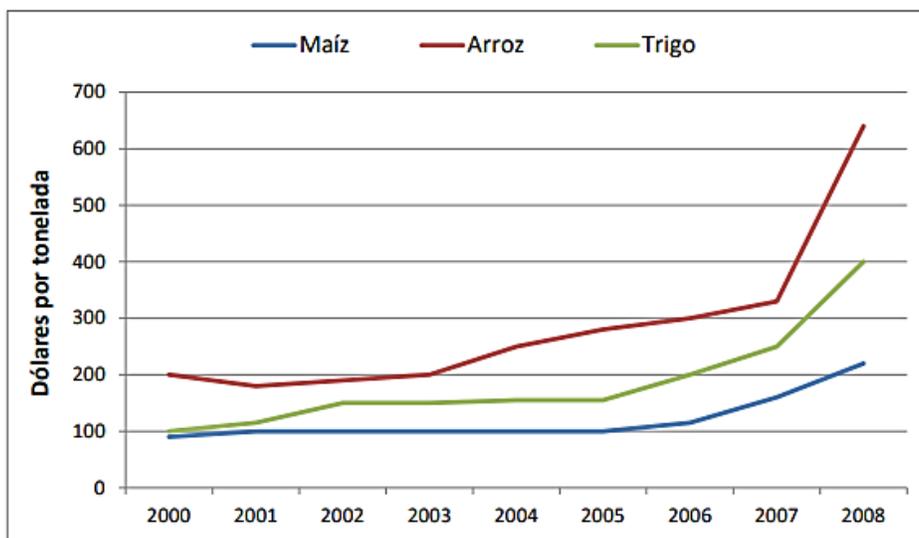
Por la criticidad de la edad en cuanto a su desarrollo futuro, significa que el 18% de este rango de edad, no logrará desarrollar su máximo potencial por falta de una nutrición adecuada. La desnutrición en una edad temprana logra modificaciones orgánicas que son permanentes, estas afectan elementos como la dentina, la producción de tejido muscular, extremidades inferiores y del sistema nervioso.

### **3.4.1 Crisis alimentaria desde la perspectiva económica**

La crisis alimentaria se puede apreciar desde el término de la Segunda Guerra Mundial en donde el poder financiero de Estados Unidos escalo rápidamente hasta convertirse en la hegemonía económica actual. Se constituyó una estrategia alimentaria que afecto primeramente a los productores rurales logrando en el largo plazo una subordinación alimentaria (Rubio Vega, 2008).

En 2008 se presenta un fuerte aumento de los precios de los alimentos básicos a nivel mundial.

**Gráfica 41. Imagen: Precios internacionales de los 3 cereales más importantes.**



Fuente: "La crisis alimentaria y el nuevo orden agroalimentario financiero energético mundial" de Rubio Vega Aurora.

La crisis tiene su origen en la especulación del sector financiero, se sufre una bursatilización de los bienes básicos al presentarse un traslado por parte de los fondos de inversión especulativos al sector agrario al salir del sector inmobiliario por la crisis que se presentó en este mismo año. Los precios tan elevados, como no se había visto en el periodo capitalista, se encargaron de afectar de manera directa a los países deficitarios alimentariamente hablando. Las consecuencias se presentan actualmente y pretenden agravarse en un futuro a través de los procesos de malnutrición y pobreza.

La ampliación de mercado estadounidense como herramienta a favor del imperialismo y expansionismo que provoca una adopción de nuevas dietas. Las intervenciones llamadas "humanitarias" le han servido para aumentar el flujo de alimentos hacia el extranjero.

Se tiene registro de que Estados Unidos entre 1955 y 1980, logró exportar cerca de 30 mil millones de dólares en producción agrícola (Flynn).

La penetración de estos alimentos a precios menores que su costo (dummping), combinado con un mercado interno mexicano desgastado por la falta rigurosidad de la política pública y reinversión de capital y tecnología nula, provocaron un quiebre de la soberanía y autosuficiencia alimentaria. Los productores locales perdieron cualquier subsidio realmente efectivo, lo cual no le permite competir con los alimentos provenientes del extranjero. En los países desarrollados, los productores cuentan con un fuerte apoyo de subsidios, además de un proteccionismo para mantener la soberanía alimentaria. Esto provoca la migración de campesinos, generando un estímulo adicional a la crisis alimentaria vigente.

Estos fuertes cambios, afectan también la cultura, ya que el campesinado lleva un estilo de vida que se desarrolló por cientos de años, es parte de la cultura de cada país, por lo que romper con eso provoca fenómenos sociales tan radicales que, como es el caso de la India, presentan suicidios en su sector agropecuario por este cambio paradigmático.

Un ejemplo de este fenómeno es la fuerte importación de granos tan importantes como el maíz. En México, desde la firma del TLCAN en 1992, México dejó de ser un país exportador de maíz para volverse una nación dependiente de su principal grano. Al lograr la entrada sin aranceles de este producto, se afecta un área medular de la alimentación y campo mexicano. Al iniciar la crisis de 2008, México tenía una dependencia del 26% al maíz, 52% al trigo, 75}5al arroz y 98% a la soya (Rubio, 2009).

**Gráfica 42. Comparación de importaciones y exportaciones de maíz en México**

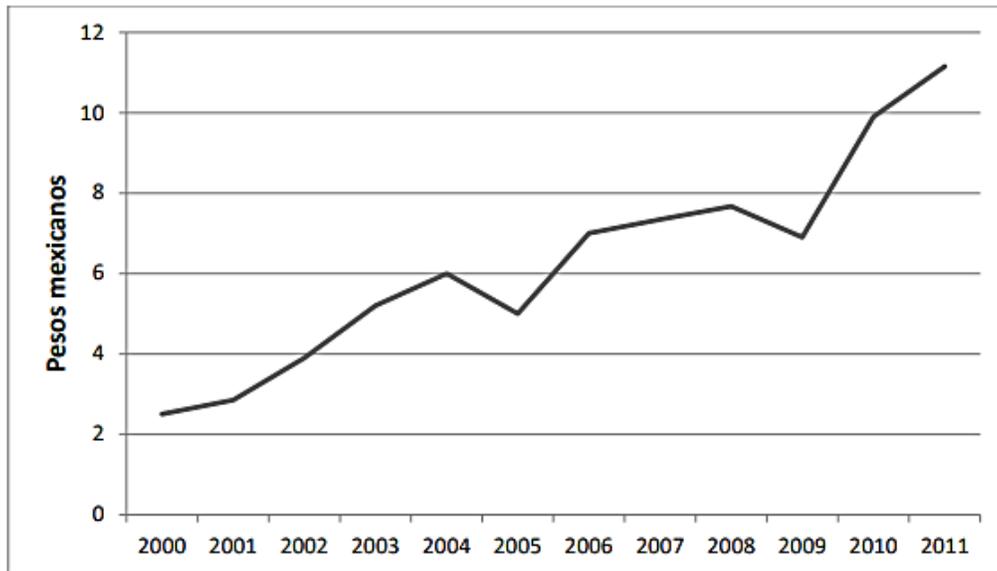


Fuente: Elaborada por Vázquez Verónica con datos del FAOSTAT.

Por el incremento de las importaciones agrícolas, el precio de los productos dejó de depender de las variables nacionales para ahora estar en función de los mercados internacionales<sup>28</sup>. En 2007 el precio de la tortilla refleja la crisis alimentaria, en el año 2000 se contaba con un precio del kilo de tortilla de 2.5 pesos, 11 años más tarde este era de 11.5 pesos y hasta 13.5 según la región (Duch).

<sup>28</sup> Principalmente de la Bolsa de Valores de Chicago.

**Gráfica 43. Precio del kilo de tortilla de maíz.**



Fuente: Elaborada por Vázquez Verónica con datos de Rivera Dommarco et al., 2012.

La alimentación en México ya no es un derecho humano, en su lugar se ha vuelto un negocio, existe un grupo selecto de compañías que controlan el 85% de los granos estadounidense y sus exportaciones<sup>29</sup>

### **3.4.2 Malnutrición y su enfoque en salud**

Es así como la malnutrición se ha convertido en uno de los problemas más acuciantes que el Estado mexicano debe atender. Cuando se habla de malnutrición se derivan 3 principales problemas:

- Desnutrición: En cuanto al bajo consumo de energía alimentaria.
- Carencias nutricionales
- Sobrepeso

<sup>29</sup> Cargill, Continental Grain, Bunge, Dreyfus y el André Garnac.

Estos elementos pueden presentarse e de manera conjunta en un mismo país, en una misma familia e incluso en un mismo individuo. México es el país con más altas cifras de América Latina

A los cambios de patrones de consumo anteriormente mencionados, tiene un proceso el cual puede ser denominado transición alimentaria, esta coyuntura alimentaria combinada con la apertura de mercados han occidentalizado la dieta de la población con alimentos altamente procesados, grandes cantidades de grasa y azúcar.

El modo de vida que incluye una baja en la actividad física con el cambio alimenticio son causantes de obesidad y sobrepeso, que desencadena las enfermedades crónicas. Esto se observa en el cambio del perfil epidemiológico que se presenta en México. Anteriormente este era de enfermedades infecciosas y desnutrición, ahora este se caracteriza por la obesidad y otras enfermedades provocadas por la malnutrición (Rivera, 2015).

La diabetes es ahora la primera causa de mortalidad en México con tendencias a aumentar de manera progresiva (Escobedo, 2011). La OCDE reporta que por cada 15 kilogramos de sobrepeso, el individuo aumenta en un 30% la posibilidad de una muerte temprana.

La transacción epidemiológica que México arrastra es expuesta por la diabetes, también se refleja esta transición en las cifras de salud pública. Del presupuesto destinado a salud, en 2012 el 73% fue invertido en tratamientos y el 27% en prevención. En 2006 la obesidad y enfermedades cardiovasculares tuvieron un costos para el Estado mexicano de 40 mil millones de pesos (Rtveladze, 2013).

Este problema tiene su desarrollo en la infancia y adolescencia de las personas y tiene una alta probabilidad de mantenerse en la adultez, esto lo

vuelve más difícil de revertir (Coloma, 2014). El alto porcentaje de obesidad en niños afecta factores de la salud como:

- Psico-social
- Baja autoestima
- Depresión
- Desórdenes alimenticios
- Pulmonar
- Apnea de sueño
- Asma
- Intolerancia a la actividad física
- Gastrointestinal
- Piedras en la vesícula
- Cardiovascular
- Inflamación crónica
- Dislipemia
- Coagulopatía
- Disfunción endotelial
- Renal
- Glomeruloesclerosis
- Músculo-esquelético

La situación del envejecimiento de la población también debe ser considerada. Las personas actualmente son más longevas, esto implica que si llegan a adquirir una enfermedad crónica, su calidad de vida se verá afectada y el costo para el Estado será creciente. A esto, el presupuesto siempre será escaso ante las muchas e importantes necesidades que el Estado mexicano debe hacer frente.

Enfocándose a las perspectivas, la reducción salarial, austeridad, optimización de infraestructura, son problemas que en un a mediano plazo van a ser una brecha difícil de franquear, se necesita de una estrategia de política pública que genere un cambio poblacional estructural a largo plazo con inversión bien direccionada a los sectores más carentes pero intentando reparar las causas y no las consecuencias. Las cifras en finanzas públicas ya fueron expuestas, la perspectiva es poco alentadora y se espera que el gasto público sea insuficiente y la población tenga altos índices de obesidad con bajo acceso a servicios de salud y mala calidad por la misma restricción presupuestaria futura.

### **3.4.3 Afectación ambiental**

Los alimentos que se consumen y su cantidad, sobre todo en países de altos ingresos, tiene una relación latente con el cambio climático, en los mares, la biodiversidad y la calidad de agua son afectados por la industria alimentaria. Este sistema es responsable de un tercio de los gases que provocan el efecto invernadero. Desde el proceso productivo, fabricación, producción, distribución, elaboración, transporte, comercialización, venta y eliminación de residuos, hasta la refrigeración que permita la extensión de la vida útil de los alimentos.

### **3.4.4 Expectativas de las futuras generaciones**

El panorama no propiamente alentador, las generaciones jóvenes y las que entraran en el mercado laboral los próximos años, serán una minoría en comparación a las personas jubiladas, que estarán recibiendo su ingreso periódicamente. Por lo que su estancia en el mercado de trabajo será más larga y con peores expectativas para el retiro, por lo que la planeación será la clave individual para hacer frente a esta situación.

En cuanto al panorama económico y político la variable salarial, será la que puede llegar a manifestar un mayor poder adquisitivo que en verdad estimule mayores estándares en la calidad de vida. Para esto, no se puede subir el salario de manera independiente. Un alza del salario, acompañada de un plan empresarial pactado ante las principales cámaras de patrones, puede ser la clave de un aumento en el poder adquisitivo que permita a las nuevas generaciones, blindarse y prepararse ante la hostilidad del futuro caracterizado por la escases de oportunidades.

### **3.3.5 Calidad de vida y política económica**

Las perspectivas en cuanto a política económica que México puede esperar, es una reducción del gasto en diversos rubros de menor "importancia" para dedicarlos al pago de salud y pensiones. Este gasto es obligatorio por la estructura poblacional actual, que unos años tendrá dicha repercusión financiera.

Debido al aumento poblacional en edades avanzadas, pero sin un aumento en el ingreso nacional, se espera que la calidad de vida se vea afectada por los altos costos que la salud privada tiene, y la incapacidad de atender a tantas personas por parte de las instituciones de seguridad del país.

Pasando los años de en los que el Estado tenga que dejar de pagar pensiones, el gasto en este rubro se verá disminuido conforme avance el tiempo de manera cada vez más profunda, generando nuevas oportunidades para otras áreas de desarrollo.

Llegado este punto, sin duda alguna, se presentará un daño social importante por la posible pérdida del bono demográfico, entonces no se puede esperar una recuperación sistemática. Hay que recordar que para estos años, los trabajadores dependerán de su cuenta para el retiro, por lo

que probablemente la edad de las personas en el mercado laboral se alargue por mera necesidad.

Por la incapacidad de cambio, determinada por el estado de las finanzas públicas, la política económica no será la que la población necesite, si no la que “pueda” aplicar, con base a los recursos del Estado.

Para poder generar una idea del costo conjunto, al año, la obesidad y sus complicaciones le cuestan al erario público siete mil ochocientos millones de dólares al año. Tan solo entre el año 2000 y 2013 en todo América Latina aumento en 38% la venta de bebidas azucaradas, galletas, cereales y frituras (Morales Fuhrmann, 2019).

Esta situación es comprensible por el alto índice de pobreza que se tiene en México, de los más de 30 millones de jóvenes que viven en México (12 a 29 años), el 44.3% se encuentra en una situación de pobreza. Como se mencionó anteriormente, esto significa que el bono demográfico no será “cobrable” (Ke Oyama, 2019)

Probablemente, los jóvenes que ingresen al mercado laboral futuro, perciban un ingreso inferior a la línea de bienestar, esto significa que serán incapaces de adquirir los productos de la canasta alimentaria o servicios básicos y no tendrán seguridad social.

## CONCLUSIONES

El problema de la insuficiencia del gasto público y en particular el de la salud en México, está determinado por varios factores derivados de acciones de política pública mal planeadas, principalmente por los intereses particulares. El favorecer al capital, ha sido la prioridad del Estado mexicano, esto se destaca durante la época de la sustitución de importaciones en la cual se dan todas las condiciones para su crecimiento y reinversión para la innovación y fortalecimiento de los distintos sectores del mercado interno y de la economía mexicana.

A pesar de que otorgaron estas condiciones, el Estado mexicano no tuvo ningún esfuerzo concreto que obligase al sector empresarial a cumplir con las expectativas de crecimiento de largo plazo deseadas. A partir de ese momento, las condiciones de bienestar alcanzadas han ido degradándose hasta llegar a punto críticos como el actual, el cual exige una reivindicación de la política pública para evitar consecuencias tan penetrantes como las esperadas, las cuales afectarían al grueso de la población mexicana con recursos escasos al no tener acceso a servicios privados.

El cambio de estructura es sumamente complicado por la cantidad de variables que afectan cualquier posibilidad de acción, el latente problema en el que el Estado mexicano se encuentra ahora, se ha venido desarrollando durante décadas, por lo que la solución es igual de larga y costosa.

Ahora, tras los elementos revisados en este documento se puede condensar la siguiente situación. En México se sobre llevaron periodos que resultaron coyunturales que han definido la situación de salud actual y su sustento financiero.

Dentro de los elementos se observa un aumento en la obesidad y sobrepeso, en la población adulta como juvenil, este cambio se presenta en un periodo sobre el cual se tiene una marcada caída del ingreso familiar. A pesar de esto, el acceso a los alimentos energéticos no se redujo para la población mexicana, más bien se dio acceso a alimentos con alto porcentaje de calorías y bajo contenido nutrimental. Estos alimentos calóricos permiten el desempeño de las actividades diarias, sin embargo, la falta de una dieta balanceada deteriora la salud y las capacidades intelectuales de la población

Esta situación fue generada como consecuencia del cambio del modelo económico, que permitió la libre entrada de capitales extranjeros, generando un mercado en donde la disponibilidad de alimentos chatarra es alta y relativamente barata. Sin embargo, la comida de alta calidad encareció su precio denegando el acceso a los decrecientes salarios de la población.

La pérdida de independencia alimentaria, debido al abandono del campo tras e término de la sustitución de importaciones, ha comprometido los patrones de consumo de la población, conjuntamente se presentan marcadas caídas en el ingreso promedio que limitan el acceso a alimentos de mayor calidad.

Sobre esta base, el predominio del capital extranjero y el abaratamiento de la mano de obra mexicana para convertirse en un país manufacturero, generaron una serie de cambios. Uno de estos fue el sedentarismo, permitiendo el aumento de enfermedades crónicas en México y Latinoamérica.

Las costumbres alimentarias cambian por diversas razones; como puede ser la escasez de ciertos alimentos y el bombardeo publicitario. Este efecto no solo ha afectado a México, el aumento en el consumo de azúcares y grasas es un cambio global.

Ahora, bajo el panorama de cambio poblacional, nutrimental y de nuevas enfermedades, poseer una de ellas y que sea crónica, se traduce a un costo elevado para el Estado la familia y la sociedad civil. La misma caída del ingreso, niega a la población el tener acceso a un servicio de Salud privado, dejando como única alternativa la salud pública, servicio que indudablemente se ve sobre demandado por una población que supera los 120 millones de habitantes y que prácticamente la mitad se encuentra en algún tipo de pobreza.

Traducido a cifras de financiamiento público, el gasto será creciente a lo largo de los años, por el simple envejecimiento, más los nuevos patrones alimentarios.

Por otro lado, las fuertes obligaciones que el Estado posee, como es el caso de las pensiones (elemento ahora transferido al trabajador con el cambio de esquema), convierte dicha situación en un problema en el que cualquier posible solución acarrea un fuerte impacto social.

Estos ya se han presentado, el que no vayan a recibir pensiones las siguientes generaciones es un impacto previsto, que reducirán la calidad de vida que las generaciones laborales actuales puedan aspirar a tener en su vejez.

En cuanto a las perspectivas, el panorama anterior sugiere una reducción de oportunidades para las futuras generaciones en aspectos como empleo, salud y educación. Es decir, este compromiso pactado ante el nuevo modelo económico, comprometió la calidad de vida y perspectivas de desarrollo individual de las generaciones más jóvenes al modificar la

estructura social por patrones de consumo y pérdida de independencia alimentaria.

Al igual que la implantación del modelo fue duradera, el regresar a un sistema social sustentable (parecido al modelo laboral de pensiones) que no comprometa la calidad de vida en el largo plazo, llevará también una sustancial cantidad de años.

El impacto ya se está haciendo presente, por lo que la política pública será la herramienta fundamental de acción y deberá dejar de solapar a los grandes capitales como lo ha venido haciendo, siendo estos últimos los que se comprometan a operar soluciones y sobre todo, que el Estado tenga un compromiso con la sociedad.

## Referencias

- Auditoría Superior de la Federación. (2013). *Diagnóstico sobre la Opacidad en el Gasto Federalizado*. Obtenido de [https://www.asf.gob.mx/uploads/56\\_Informes\\_especiales\\_de\\_auditoria/Diagnostico\\_sobre\\_la\\_Opacidad\\_en\\_el\\_Gasto\\_Federalizado\\_version\\_final.pdf](https://www.asf.gob.mx/uploads/56_Informes_especiales_de_auditoria/Diagnostico_sobre_la_Opacidad_en_el_Gasto_Federalizado_version_final.pdf)
- Auditoría Superior de la Federación. (2014). Recuperado el 2018, de [https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014\\_0162\\_a.pdf](https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014_0162_a.pdf)
- Barba, C. (1995). *Salud*. España: FCE.
- Camberos Castro, M., & Bracamontes Nevárez, J. (2015). La caída de los salarios en México 1980-2010: la productividad y. *Revista de Economía, Política y Sociedad*, 169-194.
- Campos Aragón, L. (1995). *Revistas UNAM*. Recuperado el 2018
- Centro de Desarrollo de la OCDE. (2011). *BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES*.
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas . (Febrero de 2005). Recuperado el 06 de Marzo de 2018, de <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0072005.pdf>
- Centro de Estudios de Las Finanzas Públicas . (2006). *CEFP/036/2006* . Obtenido de <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0362006.pdf>
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas . (31 de Agosto de 2017). Recuperado el 13 de Marzo de 2018, de <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2017/notacefp0192017.pdf>
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (Febrero de 2016). Obtenido de [https://www.asf.gob.mx/uploads/61\\_Publicaciones\\_tecnicas/6.\\_Las\\_Reformas\\_Estructurales.\\_Hacia\\_Seguridad\\_Social\\_Universal.pdf](https://www.asf.gob.mx/uploads/61_Publicaciones_tecnicas/6._Las_Reformas_Estructurales._Hacia_Seguridad_Social_Universal.pdf)
- CEPAL. (1998). *LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA SALUD: UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA*. Obtenido de [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31149/S9800076\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31149/S9800076_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Coloma, S. y. (2014).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud . (2018). *Catálogo Universal de Servicios de Salud* . Obtenido de [http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES\\_2018c.pdf](http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf)
- CONACYT. (2012). Obtenido de El desperdicio del bono demográfico.
- CONEVAL. (Noviembre de 2014). *Indicadores de accesoy uso efectivo de los servicios de salud*. Recuperado el 2017, de

<http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>

CONEVAL. (2015).

CONEVAL. (2015). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México*. Obtenido de [http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/IEPDS\\_2014/IEPDS\\_2014.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/IEPDS_2014/IEPDS_2014.pdf)

CONEVAL. (2015). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015*. Obtenido de [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED\\_2014\\_2015/SALUD/U005\\_SPOPULAR/U005\\_SPOPULAR\\_IE.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U005_SPOPULAR/U005_SPOPULAR_IE.pdf)

CONEVAL. (s.f.). *Medición de la pobreza*. Recuperado el 2017, de Glosario: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>

Corzo, M. J. (22 de septiembre de 2014). *IEXE Escuela de Políticas Públicas*. Recuperado el 01 de julio de 2018, de <https://www.iexe.edu.mx/blog/que-son-las-politicas-publicas.html>

Deaton, S. y. (1996).

Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2015). *Secretaría de Salud*. Obtenido de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/fassa.html>

Duch, M. y. (s.f.). 2011.

Ebbeling. (2002).

El financiero. (2014). *El Financiero*. Obtenido de <http://www.elfinanciero.com.mx/economia/54-de-la-poblacion-economicamente-activa-no-paga-impuestos-sat>

Escobedo. (2011).

Espino, J. A. (2000). *Mercado, elección pública e instituciones*. Distrito Federal : UNAM.

FAO. (2009).

Flynn, B. y. (s.f.). 1983.

Human Development Report. (2015). *UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME*. Obtenido de <http://hdr.undp.org/es/data>

INEGI. (2015). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*.

INEGI. (2016). *Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa*. Obtenido de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/AEGPEF\\_2016/702825087357.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/AEGPEF_2016/702825087357.pdf)

Informe del Resultado de Fiscalización Superior de la Cuenta Pública. (2011).

- Ke Oyama, A. (2019). *Seminario de Investigación en Juventud*.  
(Última reforma en 2018). *Ley de Coordinación Fiscal*.  
*Ley General de Desarrollo Social*. (reforma del 2016).
- Morales Fuhrmann, C. (2019). *Organización Mundial de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (18 de octubre de 2017). Obtenido de  
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Rivera. (2015).
- Rtveladze. (2013).
- Rubio Vega, B. A. (2008). *La crisis alimentaria y el nuevo orden agroalimentario*. México: CIECAS.
- Secretaria de Salud . (2003). *Acuerdo por el que la Secretaria de Saliud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*. Obtenido de  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a040703.html>
- Sinha, T. (octubre de 2012). *Estimating future pension liability of the Mexican Government*.
- Sistema de Estadísticas Institucionales del ISSSTE. (s.f.).
- Watson, P.-A. y. (s.f.). 2011.
- Yáñez Henríquez, J. (2010). *Columna de opinión de la Universidad de Chile*.
- Yunes Linares, M. (2009). *La reforma del ISSSTE: un cambio necesario*. México : OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social).