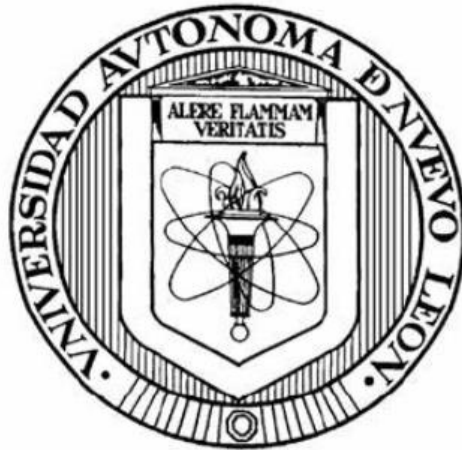


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



TESIS

**SALUD Y DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE: HACIA LA
CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE DE EQUIDAD EN SALUD**

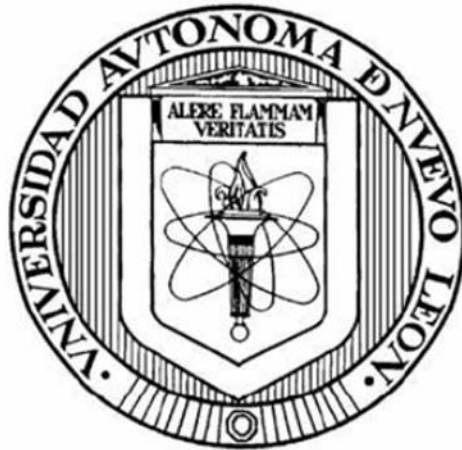
PRESENTA

MTRA. LILIA MARICELA MENDOZA LONGORIA

**PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES
CON ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

AGOSTO, 2018

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES**



TESIS

**SALUD Y DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE: HACIA LA
CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE DE EQUIDAD EN SALUD**

PRESENTA

MTRA. LILIA MARICELA MENDOZA LONGORIA

**OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES CON
ORIENTACIÓN EN DESARROLLO SUSTENTABLE**

COMITÉ TUTORAL

**DIRECTOR: DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA
CODIRECTORES: DR. PEDRO CESAR CANTÚ MARTÍNEZ
DR. JOSÉ MANUEL RANGEL ESQUIVEL**

AGOSTO, 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), a la Universidad Autónoma de Nuevo León y al Instituto de Investigaciones Sociales por el financiamiento de mis estudios de doctorado.

También agradezco profundamente a cada uno de los miembros de mi comité tutorial, al Dr. Pedro César Cantú Martínez y al Dr. José Manuel Rangel Esquivel, por el apoyo y consejos brindados durante la consecución de esta investigación, y muy particularmente a mi director de tesis, al Dr. Esteban Picazzo Palencia no sólo por guiarme durante estos cuatro años, sino por su amistad y confianza.

Asimismo, agradezco a todas las personas que forman parte de la comunidad del Instituto de Investigaciones Sociales, personal docente, administrativo y estudiantil por coincidir conmigo en este camino.

De manera especial, quiero agradecer a mi familia, a mi esposo Mauricio y a mis hijos Mauricio y Marcelo, por ser la motivación más grande mi vida, a mis admirables padres por darme la vida y su apoyo incondicional, a cada unos de mis hermanos por su inigualable cariño, y a mis suegros por ser parte importante de esta meta.

Finalmente, pero de manera principal, agradezco a Dios por llenar mi vida de bendiciones.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo conocer y analizar cuáles son las condiciones institucionales y socioeconómicas que intervienen para que la sociedad cuente con un acceso a la salud equitativo que beneficie el desarrollo humano sustentable de la población de México, a través de un Índice que ha sido denominado Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable. La perspectiva teórica-metodológica está fundamentada en la visión del desarrollo y libertades humanas de Amartya Sen, el paradigma del desarrollo sustentable y la visión teórica sobre la justicia sanitaria y equidad en salud de Margaret Whitehead.

Una de sus principales aportaciones, a partir de la generación de este nuevo conocimiento, es su contribución en el diseño e implementación de políticas públicas en materia de salud que logren integrar los objetivos sociales, económicos y medioambientales de la sociedad mexicana, para que permitan a su vez, alcanzar el bienestar humano y la equidad intra e inter generacional.

Los resultados obtenidos señalan que la sociedad mexicana enfrenta durante el período de estudio, entornos sociales, económicos, sanitarios, y de prestación de servicios de salud, medianamente desarrollados. Presenta niveles inequitativos de acceso a la salud, mostrando una tendencia hacia entornos más desiguales de desarrollo humano, que favorece la brecha de la desigualdad social en salud.

Entre los principales hallazgos encontrados se destaca que los indicadores que tuvieron mayor influencia en el cálculo del IESADHS para cada año estimado fueron en el 2000, 1) la proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social, 2) proporción de la población en condiciones de pobreza, 3) proporción de la población con vivienda con piso firme, 4) proporción de la población que tiene acceso a agua potable, 5) tasa de mortalidad de menores de 5 años, y 6) población que dispone de drenaje; en este orden. En el 2010, 1) la proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social, 2) proporción de población en condiciones de pobreza, 3) tasa de mortalidad de menores de 5 años, 4) proporción de población con vivienda con piso firme, 5) población que dispone de drenaje, y 6) cobertura de los servicios públicos de salud. Lo anterior, permite señalar las prioridades para focalizar los esfuerzos hacia el aumento de la equidad en salud durante el período analizado, a través de políticas públicas transversales equitativas y sustentables en materia de salud, que impacten en los entornos socioeconómicos y de la cobertura sanitaria, así como de acceso a los servicios de salud principalmente, en donde se despliegan las libertades de la población. Lo que en consecuencia genere un mayor desarrollo de las oportunidades y capacidades en salud, y por ende, un mayor desarrollo humano sustentable.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO: LA EQUIDAD EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE	23
1. Introducción	23
1.1. Antecedentes del Estado del Bienestar	23
1.1.1. Las primeras leyes sociales	25
1.1.2. La crisis del Estado del Bienestar	27
1.2. Antecedentes de la Teoría del Desarrollo Humano	28
1.2.1. Los costos del hombre de Francois Perroux	30
1.2.2. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y su enfoque	32
1.2.3. El desarrollo y el medio ambiente: El Ecodesarrollo	37
1.2.4. El enfoque de capacidades de Amartya Sen	39
1.2.5. Los funcionamientos y la capacidad	44
1.3. El paradigma de Naciones Unidas: El Desarrollo Sustentable	46
1.3.1. La Agenda 21	47
1.3.2. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	50
1.3.3. El Decenio de Educación para el Desarrollo Sustentable de UNESCO	52
1.3.4. Los Objetivos de Desarrollo Sustentable: Agenda 2030	53
1.4. La Teoría del Desarrollo Humano	55
1.4.1. La perspectiva de la libertad	56
1.4.2. La libertad constitutiva	58
1.4.3. La libertad instrumental	62
1.4.4. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Índice de Desarrollo Humano (IDH)	65
1.5. La integración del Desarrollo Humano y el Desarrollo Sustentable	69
1.5.1. La equidad en el desarrollo	74
1.5.2. La salud en el desarrollo	76
1.5.3. La salud en el desarrollo sustentable	79
1.5.4. La equidad en salud y sus abordajes	86
1.5.5. La equidad y los servicios de atención a la salud	97
1.6. Comentarios finales	101
CAPÍTULO II. MARCO NORMATIVO: EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO	103
2. Introducción	103
2.1. El derecho a la salud como un derecho humano	103
2.2. El derecho a la salud en el contexto internacional	105

2.2.1.	Principales tratados internacionales que enmarcan el derecho a la salud	106
2.3.	El derecho a la salud en la legislación mexicana	114
2.3.1.	La protección de la salud como un derecho constitucional	118
2.4.	El Sistema Nacional de Salud (SNS)	122
2.4.1.	Cobertura y financiamiento de los servicios de salud	130
2.5.	Justicia financiera en salud	138
2.6.	Comentarios finales	144
 CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO: CONSTRUCCIÓN DEL ÍNDICE DE EQUIDAD EN SALUD PARA EL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE (IESADHS)		 145
3.	Introducción	145
3.1.	Construcción de los indicadores compuestos: sus ventajas y limitaciones	145
3.1.1.	Metodología de construcción de los indicadores compuestos	150
3.2.	La medición en el contexto del desarrollo humano sustentable	168
3.2.1.	Indicadores de salud desde la perspectiva del desarrollo humano sustentable	171
3.3.	Metodología de estimación del Índice de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la distribución de recursos en Salud (INIGS)	174
3.4.	Metodología de estimación del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS)	179
3.4.1.	La libertad constitutiva en salud	182
3.4.2.	La libertad instrumental en salud	186
3.5.	Construcción del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS)	192
3.6.	Limitaciones	200
 CAPÍTULO IV. RESULTADOS: EL ÍNDICE DE EQUIDAD EN SALUD PARA EL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE (IESADHS)		 201
4.	Introducción	201
4.1.	Cobertura en el acceso y la utilización de los servicios de salud a nivel estatal	201
4.2.	Distribución y asignación del gasto en salud por entidad federativa	227
4.3.	Equidad en salud desde la perspectiva del desarrollo humano sustentable en el marco nacional	230
4.4.	Relación de la equidad en salud en el desarrollo humano sustentable en el período de 2000-2010	249
4.5.	Discusión	252

CONCLUSIONES	256
---------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	264
---------------------	-----

ÍNDICE DE CUADROS

1. Agenda 21: Dimensiones y capítulos	49
2. Objetivos de Desarrollo del Milenio	51
3. Dimensiones y temas específicos del Manual de Educación para la Sostenibilidad de la UNESCO	53
4. Objetivos de Desarrollo Sustentable	54
5. Informes del Desarrollo Humano, 1990-2000	69
6. Indicadores para el Índice de Desarrollo Humano (IDH)	172
7. Indicadores internacionales de salud propuestos por la Agenda 21	173
8. Indicadores de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México	174
9. Estructura teórica-metodológica del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS)	182

ÍNDICE DE TABLAS

1. Indicadores de la libertad de los procesos socioeconómicos de la salud, 2000-2010	205
2. Indicadores de la libertad de las condiciones de salud básica, 2000-2010	209
3. Indicadores de la libertad de los procesos de la cobertura sanitaria, 2000-2010	213
4. Indicadores de la libertad del acceso a los servicios de salud, 2000-2010	218
5. Indicadores de la libertad del acceso a los servicios de salud, 2000-2010	221
6. Condición de la situación del INIGS 2000-2010 por entidad federativa	228
7. Prueba KMO y Bartlett para la estimación del Índice de Equidad en Salud a nivel estatal, 2000 y 2010	231
8. Valores propios de la matriz de correlaciones y la varianza explicada de cada uno de los componentes a nivel estatal 2000 y 2010.	232
9. Coeficientes de la primera componente principal por indicador a nivel estatal, 2000 y 2010	234
10. Estratificación del Índice de Equidad en Salud a nivel estatal, 2000 y 2010	235
11. Índice y grado de equidad en salud para el Desarrollo Humano Sustentable y lugar que ocupa en el contexto nacional por entidad federativa, 2000 y 2010	237
12. Estimación del modelo de regresión con datos panel (efectos fijos) del impacto del IESADHS al IDH, 2000-2010	251

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Grado de Equidad en Salud por entidad federativa, 2000	247
2. Grado de Equidad en Salud por entidad federativa, 2010	248

ANEXOS

1. Índice de Equidad en Salud para el DHS e Índice de Desarrollo Humano por entidad federativa, 2000-2010	276
2. Gráfico de dispersión del Índice de Desarrollo Humano y el Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable, 2000-2010	278

INTRODUCCIÓN

El estudio de la equidad en salud, no es una tarea fácil, puesto que implica hablar de justicia social. Pese a ello, en los últimos años este tema ha recobrado importancia en la búsqueda de la universalización de los derechos sociales y económicos en la mayoría de los países. Actualmente, a nivel mundial la falta de equidad entre hombres y mujeres, entre zonas urbanas y rurales, y entre ricos y pobres; constituye la más grande falta al concepto básico de justicia social, así como una amenaza para el futuro y el bienestar humano.

Desde una visión social de la salud, Amartya Sen (2002)¹ señala que la equidad en este ámbito no puede dejar de ser un atributo central de la justicia de los acuerdos sociales en general, y que su análisis no le concierne exclusivamente a la salud de forma aislada, sino que debe abordarse desde el espacio más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales incluyendo la distribución económica y la importancia del papel de la salud en la vida y las libertades humanas.

Por lo tanto, Sen sugiere que la equidad en salud sea percibida como una disciplina bastante amplia que se ajuste a las muy diversas y dispares consideraciones aunque coincidentes en que ésta es fundamental para entender la justicia social. Sin embargo, es importante subrayar que la salud interactúa en el ámbito de la justicia social de varias formas, percibiendo e interpretando los acuerdos sociales indistintamente, lo que como consecuencia, determina la multidimensionalidad de la equidad en salud (Sen, 2002).

¹ En su discurso ¿Por qué la equidad en salud? pronunciado en la III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud en York, Reino Unido, el 23 de julio de 2001.

Por otra parte, a partir de la preocupación por este tema en los últimos años, se ha fortalecido la idea de que la salud no es un problema individual propio de la cuestión biológica y el comportamiento, sino que también guarda estrecha relación con las circunstancias sociales y las políticas públicas. Lo que hace que tenga un alcance y una relevancia enormemente amplios, pues está enraizada en el orden de pensamientos y reflexiones ético valorativos, filosóficos y políticos que rodean el discurso de la equidad social, la cual a su vez, es entendida como el eje central de la estabilidad social y económica de una sociedad (Sen, 2002; Peter y Evans, 2002; Arteaga et al., 2002).

Se puede considerar entonces que los factores principales que influyen en la manera de entender la equidad en salud son, la disciplina que la estudia y la postura filosófica que se asume, por lo que se hace necesario identificar sus umbrales con respecto a la teoría de la justicia social en general y de manera específica, de la justicia sanitaria. En el ámbito de la salud, se identifican cuatro enfoques contemporáneos de justicia como la base sobre la cual están fundados los sistemas de salud y las concepciones actuales de equidad en salud:

- 1) Los liberales. Quienes pugnan por que la salud sea exclusiva del ámbito privado y de libre mercado, pretendiendo reducir la intervención del Estado a programas básicos para los más pobres.
- 2) Los utilitaristas. Ellos fundamentan sus criterios distributivos en la maximización de la suma de utilidades, las preferencias y los valores individuales.
- 3) Los contractualistas. Se sustenta en un contrato que debe ser acordado a través de procedimientos.

- 4) Los igualitaristas. Quienes fundamentan la justicia sanitaria en modelos propuestos por el marxismo y la filosofía comunitaria, considerando la solidaridad y la unidad social (Vega, 2001).

Se distingue también cierto consenso sobre dos facetas o dimensiones desde las cuales se puede observar la equidad en salud: la primera es la dimensión societal de la salud, la cual considera en su definición ya sea implícita o explícitamente procesos sociohistóricos como la pobreza, ingreso monetario, educación, nutrición, acceso a agua potable y condiciones de higiene, entre otros (determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la salud); expresados en condiciones concretas de vida y trabajo de los grupos sociales. La segunda, es la dimensión propia de la salud, que considera los procesos propios del sector salud como el acceso a los cuidados sanitarios básicos y la atención hospitalaria e incluso diferencias en los resultados de salud de grupos específicos, los cuales se reflejan a través del acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención e incluso en los resultados de salud (Linares-Pérez y Arellano, 2008).

A nivel internacional, existe evidencia de que en los últimos cincuenta años del siglo pasado, muchos países lograron mejorar sus condiciones de salud más que en cualquier otro período de la historia, incluso en algunos de los países más pobres se alcanzaron progresos importantes con aumentos en la esperanza de vida y mejorías de la supervivencia infantil, como es el caso de algunos países de África subsahariana, en donde la edad media de muerte disminuyó entre cinco y dos años en el decenio de 1990 al 2000. Sin embargo, al desagregar los datos para conocer con mayor profundidad los casos de los distintos grupos sociales, aparecen disparidades bastante preocupantes (Evans et al., 2002).

Estos patrones también son observados en los países más ricos del mundo, algunos estudios² han encontrado que en Estados Unidos, Holanda, Finlandia y Gran Bretaña existen diferencias de entre 5 y hasta 16 años en la esperanza de vida al interior de sus poblaciones entre ricos y pobres. Asimismo, está documentada la presencia de desigualdades en salud en países como Canadá y Reino Unido, a pesar de contar con políticas universales de acceso a los servicios de atención a la salud. Esto reafirma que las diferencias existen en todo el mundo, ya sea entre países y dentro de ellos, y que las oportunidades para gozar de una buena salud son muy desiguales tanto en los países ricos como en los pobres, independientemente de si sus resultados en salud son altos o bajos (Evans et al., 2002:3).

Lo anterior, también contradice la idea de que la pobreza absoluta es el principal determinante de las inequidades en salud, y evidencia la existencia de diferencias en todos los países y en todos los sectores, incluso en aquellas regiones donde la privación material es menor (Diderichsen et al., 2002).

No obstante, los organismos de las Naciones Unidas sostienen que la causa más grave de enfermedad en el mundo, es la pobreza; tanto en el ámbito internacional como en el nacional. Esto quizá debido a la existencia de evidencias cada vez más convincentes del vínculo entre pobreza y salud, tal como lo revelan las estadísticas que se publican diariamente (Sonis, 2001) demostrando que la pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados.

² Murray, Christopher JL, et al., “US patterns of mortality by county and race: 1965-1994”; Whitehead, Margaret; Diderichsen, Finn, “International evidence on inequalities in health”; Valkonen, Tapani; Sihvonen, Ari-Pekka; Lahelma, Eero, “Health expectancy by level of education in Finland”; En: Evans, T. (Eds.). (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción* (No. 585). Pan American Health Org.

En este contexto, Wagstaff (2002:316) señala que la pobreza genera mala salud y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres, pues la pobreza suele asociarse frecuentemente con excesivos costos de atención sanitaria. Esta relación, también refleja un consenso creciente de que las desigualdades entre ricos y pobres con respecto a los resultados sanitarios son injustas, no porque los pobres deban ser más privilegiados que los que tienen más dinero, sino porque estas desigualdades evidencian claramente las limitaciones y oportunidades muy diferentes que tienen unos y otros, y no por la libertad de elección de estos grupos.

Asimismo, numerosos estudios empíricos coinciden en que la pobreza y la marginación son las causas fundamentales de las inequidades en salud, sosteniendo que la pobreza produce un efecto dominó que impacta directamente el estado de salud y el bienestar de la población. En este contexto, las inequidades se observan en relación con una variedad de tipos y causas de enfermedad, así como con otros factores de riesgo como los accidentes y la violencia; de modo que la vulnerabilidad y la exposición a ello, así como sus consecuencias negativas, se concentran inevitablemente en los estratos más pobres. Por lo tanto, la pobreza no sólo es un factor que inhibe el bienestar, sino que además, influye de manera negativa en múltiples facetas del modo de vida de las personas (Evans et al., 2002:6).

La preocupación por las desigualdades sanitarias, la pobreza y el desarrollo, se ha matizado de formas muy variadas en los últimos años. En el campo específico de la salud, su auge se manifestó durante la década de los setena y mediados de los ochenta, con el movimiento “Salud para Todos” y “La estrategia de Atención Primaria de Salud de Alma-Ata”. Estos acontecimientos cumplieron su cometido, pues los gobiernos orientaron sus esfuerzos en el

desarrollo de servicios de atención sanitaria gratuitos a todas sus poblaciones favoreciendo a las clases más vulnerables. Sin embargo, este interés fue desplazado rápidamente por la preocupación hacia la eficacia y sostenibilidad de los sistemas de salud, transformando la idea de “Salud para Todos” hacia lo que hoy conocemos como “reforma del sector de la salud” (Gwatkin, 2000).

Ante esta situación, a mediados de la década de los ochenta y principios de los años noventa los gobiernos de muchos países, incluyendo los latinoamericanos, iniciaron procesos de reforma en sus sistemas de salud (Vargas et al., 2002) con dichas tendencias, provocando así una contradicción, pues mientras las desigualdades en salud seguían incrementándose, las estrategias de estas reformas favorecían la eficacia y la sostenibilidad financiera mediante mecanismos de mercado, impactando negativamente en el logro de la equidad (Linares-Pérez y Arellano, 2008). Esto, debido a que los modelos de aseguramiento y financiamiento de la salud, son en gran medida los que determinan el grado de equidad en el estado de salud.

De esta manera, las distintas reformas emprendidas en la región desde la década de los ochenta, constatan las diversas concepciones que existen sobre la equidad. Algunos países optaron por el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud a través de diferentes combinaciones público-privadas. En otros, la segmentación y fragmentación de sus sistemas sanitarios reflejó (y lo sigue haciendo) esquemas discriminatorios que dificultan el uso eficiente de recursos y el acceso equitativo a la salud. En lo referente al gasto en salud, desde 1990 las tendencias indican un aumento de manera sostenida pero moderado en casi todos los países; sin embargo, en esta tendencia general, la heterogeneidad es evidente. Lo mismo

sucede en cuanto al gasto total como porcentaje del PIB, el esfuerzo por incrementarlo en términos generales, ha sido insuficiente (Sojo, 2011).

Pese a lo anterior, con el comienzo del tercer milenio se enmarcan los primeros indicios de un renovado interés sobre la equidad en salud y la pobreza. Se han puesto en marcha numerosos proyectos de investigación multinacionales con estas temáticas, así como diversos programas y políticas impulsados desde el concierto internacional como es el caso específico de la creación por parte de la OMS en el año 2000 de la Comisión de Macroeconomía y Salud, con el objetivo de evaluar la posición de la salud en el desarrollo económico mundial durante el período 2000-2002 y crear estrategias para mejorarla.

La comisión estuvo integrada por destacados economistas del Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otros organismos internacionales y nacionales. Y su principal encomienda fue realizar estudios que demostraran cómo los programas de salud, pueden contribuir al desarrollo económico de los países y reducir la pobreza. Los resultados que se obtuvieron, han aportado pruebas contundentes de que la mejora en la salud de la población, es fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza. Una de sus conclusiones revela que una elevada proporción de las muertes evitables en los países pobres, se debe a un número reducido de problemas de salud, y que la aplicación adecuada de intervenciones utilizando las tecnologías disponible en la actualidad, podría evitar cerca de 8 millones de muertes por año y generar beneficios económicos anuales de más de US\$360 mil millones de dólares para el período 2015-2020 (The Commission on macroeconomics and Health, 2002).

Este organismo también ha elaborado una serie de recomendaciones que ofrecen un marco para la acción, a través del cual los países de ingresos bajos y medios, puedan comprometerse a destinar más recursos financieros nacionales y a fortalecer su liderazgo político, mejorar sus sistemas de transparencia y rendición de cuentas, así como su participación comunitaria en la salud. Sin embargo, a pesar de las reformas y los múltiples esfuerzos y estrategias de cooperación internacionales que han caracterizado al tercer milenio, entidades como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otras; sostienen que América Latina y el Caribe, es la región con mayor inequidad social y altos niveles de desigualdad en salud.

En México, como en casi todos los países del mundo, durante la década de los ochenta, se implementaron diversas reformas estructurales que no pudieron reducir la incidencia de la pobreza ni modificar las desigualdades en la distribución del ingreso. A principios de esta década, el 34% de los hogares mexicanos eran pobres y el crecimiento del empleo formal no correspondía con el aumento de la población activa, por lo que consecuentemente el mercado del trabajo informal comenzó a expandirse.

Para 1998, la economía mexicana se ampliaba y la inversión extranjera aumentaba considerablemente, se iniciaron procesos de desregulación gubernamental, se fijaron más limitaciones al gasto público y se impulsaron medidas para reducir la inflación. Estos cambios estimularon el crecimiento macroeconómico; sin embargo, impactaron negativamente en el bienestar de muchos mexicanos, pues el porcentaje de pobres aumentó a 38% y las desigualdades en el ingreso seguían creciendo (Lozano et al., 2002:301).

Para el año 2000, esta profundización de la pobreza y las desigualdades socioeconómicas, no sólo se reflejaron en las condiciones de salud, sino que también colocaron al país en la lista de los doce países donde está concentrado el 80% de los pobres del mundo (Lozano et al., 2002:301).

En paralelo, durante el período de 1996-2000 el sector salud también echa a andar diversos programas e iniciativas de reforma dirigidos a solventar las necesidades más urgentes de las poblaciones desfavorecidas causadas por los efectos negativos de estas crisis. Sus objetivos más importantes fueron el aumento de la equidad, la calidad y la eficiencia del sistema de salud mediante la ampliación de la cobertura y la descentralización.

Gómez-Dantés et al., (2004) señala que entre las iniciativas más destacadas de este período, se encuentran:

- La introducción de un nuevo modelo financiero al interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual implicó un incremento importante en el presupuesto gubernamental de 4 a 39%, con la consecuente reducción de la contribución obrero-patronal de 96 a 61%.
- La desconcentración del IMSS mediante la creación de 139 áreas médicas, las cuales cuentan con una asignación presupuestal sobre la base de una fórmula ajustada por edad y sexo, y que tienen la responsabilidad de ofrecer (con los recursos recibidos) servicios de primer y segundo nivel de atención a todos sus derechohabientes.

- La promoción de la afiliación al IMSS de los miembros de la economía informal con capacidad de pago a través de un nuevo plan financiado con sus propias contribuciones y un subsidio federal.
- La terminación del proceso de descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, lo que implicó la devolución de la responsabilidad de la prestación de los servicios a las 32 entidades federativas.
- Y finalmente, la creación de un programa de ampliación de cobertura (PAC) a través del cual se entregaría un paquete de 12 intervenciones a los 10 millones de mexicanos que hasta 1995 no tenían acceso a los servicios básicos de salud.

En general, hasta el año 2000 estas medidas tuvieron un impacto positivo en el acceso a la salud de los pobres, y la eficiencia financiera del sistema. Sin embargo, en cuanto a la justicia del financiamiento, la mala distribución de recursos, las barreras de género, la segmentación y la fragmentación de la atención, la concentración en la atención curativa de segundo y tercer nivel, y la rendición de cuentas y la transparencia; no hubo mucho avance.

Aunado a ello, en el ámbito intersectorial, la violencia y la ineficiencia de la seguridad pública fue en aumento, y prácticamente, no se hizo nada por documentar las inequidades en salud. Algunos centros académicos como el Colegio de México, el Instituto Tecnológico Autónomo de México, y otros centros no gubernamentales, como la Fundación Mexicana para

la Salud; fueron quienes estuvieron monitoreando y documentando las desigualdades en salud y sus determinantes (Gómez-Dantés et al., 2004).

Durante el 2000 al 2012, ante esta preocupación manifestada por el gobierno mexicano sobre las desigualdades sociales y la equidad en salud, diversos estudios han analizado el nivel de cobertura de protección en salud, así como el perfil de la población sin protección en el país.

Gutiérrez y Hernández (2013) documentan que durante este período, la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) fue trascendental en el aseguramiento, pues la población mexicana sin protección en salud experimentó una considerable reducción, pasó de 57.6% a 21.4%, lo que representó una cobertura del 38.5% de la población hasta el 2012. Es decir, en el transcurso de estos 12 años gracias a la puesta en marcha del SPSS, los 40 millones de personas con algún tipo de aseguramiento, se incrementan a cerca de 86 millones de mexicanos para este año. Sin embargo, estas cifras indican que en México todavía hay cerca de 25 millones de mexicanos sin protección social en salud, los cuales recurren para atender sus necesidades de salud a los servicios de la Secretaría de Salud (SS), a los servicios estatales de salud (SESA), y en su mayoría acuden a las unidades del programa IMSS Oportunidades.

Por otra parte, Knaul et al., (2003) señalan que el principal problema del sistema de salud nacional, desde su fundación en 1943 hasta el 2003, fue la falta de protección financiera como consecuencia de un modelo fragmentado de financiamiento que ofrecía un acceso más limitado a las prestaciones en salud y en los esquemas de aseguramiento para los pobres y a toda aquella persona que se fuera integrando al sector informal. Esta fragmentación,

evidentemente, también agravó las condiciones de inequidad y el riesgo de padecer gastos catastróficos.

Estas problemáticas trascendieron internacionalmente cuando a partir de los resultados de la evaluación llevada a cabo por la OMS sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo (durante el período 1994-2000), México ocupó la posición 61. Este diagnóstico tomó en cuenta algunos objetivos propios de los sistemas de salud, tales como la salud, la capacidad de respuesta y la justicia en el financiamiento. Los resultados determinaron que el alto nivel de financiamiento de salud en el gasto de bolsillo de los hogares, es la debilidad más significativa del Sistema Nacional de Salud, lo cual, evidentemente, se refleja en un alto grado de inequidad e insuficiencia de recursos. De manera específica por objetivo, los resultados ubicaron al país de la siguiente forma: en el rubro de salud, ocupó la posición 55; en capacidad de respuesta, la posición 53; y en justicia financiera (el rubro que tiene mayor importancia en el cálculo global), obtuvo la posición 144, detrás de Argentina, Costa Rica, Venezuela y Uruguay (Soberón y Valdés, 2007).

Un año después de los resultados de dicha evaluación (en el 2001), y pese haber alcanzado una esperanza de vida promedio de 75 años, similar a la de otras naciones más desarrolladas, la OMS clasifica a México junto con otros países³, bajo el término “megapaíses” por contar con una población de más de cien millones de habitantes y representar en su conjunto al 60% de la población mundial. Según la OMS, los “megapaíses” se caracterizan por tener una población multiétnica, por concentrar un alto número de pobres y contar con un sistema de salud y una coordinación intersectorial sumamente complejos. Por estas razones los “megapaíses” son

³ Bangladesh, Brasil, China, India, Indonesia, Japón, Nigeria, Pakistán, Rusia y Estados Unidos de América.

considerados de importancia prioritaria para la salud internacional, pues su susceptibilidad hace que pequeños aumentos en la prevalencia de enfermedades, se traduzcan en millones de personas afectadas generando altos costos económicos y humanos para la sociedad en que se desarrollan (Barquera, 2002).

En 2002, la Secretaría de Salud (SS) estimó que el 55% de la población del país carecía de aseguramiento en salud, que el 58% del gasto en salud correspondía al pago de bolsillo de los hogares y que el 3.9% de estos hogares, tuvo gasto catastrófico en salud en el último trimestre de este año. Lo que explica estas condiciones, es que el aseguramiento y el gasto público, y por ende, la infraestructura y los recursos humanos en salud se concentraban en los estados más ricos (principalmente en el norte del país), mientras que en las entidades más pobres, en donde generalmente se acumula el rezago epidemiológico, se reflejaba menos inversión en este ámbito y oportunidades más limitadas en el acceso a la protección financiera provistas por el aseguramiento. Por ejemplo, en Chiapas y Oaxaca sólo el 22% y 21% de los hogares respectivamente, en este año, cuenta con aseguramiento en salud (Knaul et al., 2003).

De esta manera, las desigualdades sociales que había venido escenificando el proceso de desarrollo del país, enmarcan el comienzo del siglo XXI con un sistema sanitario incapacitado para solventar las necesidades de protección financiera en salud a más de la mitad de su población. Las transiciones epidemiológicas y demográficas, junto a la segmentación del sistema, constituyeron las principales causas de este impedimento (Frenk et al., 2007).

Pese a estas limitaciones, para el 2003 el país emprende un nuevo proceso de reforma sanitaria para cubrir la falta de protección financiera y la fragmentación del sistema. Esta renovación a

la Ley General de Salud, da origen al ya señalado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) junto con su mecanismo operativo, el Seguro Popular de Salud (SP) cuya meta específica era alcanzar la cobertura universal en salud antes del 2010. Además de ampliar la cobertura del aseguramiento público, esta modificación legal, también contempló la reducción del pago de bolsillo y la equidad en el acceso a los servicios de salud a la población abierta equivalente a los 50 millones de mexicanos en el 2003, aproximadamente la mitad de la población del país (Frenk et al., 2007).

Para cumplir la expectativa señalada, el SP diseña un esquema de cobertura para el asegurado directo, el cónyuge, los hijos hasta los 18 años de edad y los padres mayores de 65 años que son dependientes económicos, el cual ofrece un paquete básico que incluye alrededor de 260 intervenciones de salud con sus respectivos medicamentos; y otro de alto costo, que incluye 18 intervenciones con su respectivo tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/Sida y cataratas. La propuesta de financiamiento, implica las contribuciones del Estado (una cuota social del 3.92% de un salario mínimo de la Ciudad de México), las contribuciones solidarias federal y estatal (equivalente a 1.5 veces la cuota social y 0.5 veces respectivamente), y la contribución del afiliado individual, la cual es proporcional a su condición socioeconómica, siendo de cero para las personas que se ubican en los deciles I y II (esta cuota era familiar hasta 2009 y equivalía al 15% de un salario mínimo del Distrito Federal, hoy ciudad de México) (Sojo, 2011).

Al respecto, las estadísticas muestran que a un año de la puesta en marcha del SP, el sistema de salud logra afiliar a casi 1.6 millones de familias, de las cuales 94% pertenecía a los dos primeros deciles de ingresos, lo que equivale a su vez, a cerca de 13% de la población que

carecía de acceso a la seguridad social. Sin embargo, pese a los éxitos de cobertura alcanzados, los desafíos que siguió enfrentando el Sistema Nacional de Salud, continuaba siendo de importante consideración, particularmente, en el rubro del pago de bolsillo de los hogares, el cual representó para finales de 2004 el 52% del gasto total en salud (Knaul et al., 2003).

Un reto vigente para el sistema mexicano de salud, siguen siendo los cambios significativos en la población generados a partir de los procesos demográficos y epidemiológicos. En 1960 por ejemplo, la tasa de fecundidad era de 6.8 nacidos vivos por mujer, mientras que en 2005 disminuyó a 2.1; la esperanza de vida también incrementó de forma importante de 57.5 a 75.4 años durante el mismo período. En la cuestión epidemiológica, entre 1950 y 2000, la prevalencia de muertes por enfermedades no transmisibles y lesiones aumentó de 44% a 73% y se estima que para el 2025 se incremente al 78%. En cuanto a las enfermedades transmisibles, se registró una disminución de 50% en 1950 a 14% en el 2000, y se espera que siga disminuyendo hasta llegar al 10% en el 2025 (Frenk et al., 2007).

Para mediados de 2005, todas las entidades federativas del país ya se habían incorporado al SPSS y la afiliación progresaba adecuadamente. En 2007, el SP se fortalece con una nueva estrategia llamada Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), la cual pretendió consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a aquella población que no estaba dentro de los esquemas de seguridad social aplicados a los asalariados (Gutiérrez y Hernández, 2013).

El escenario demográfico que caracterizó al país más recientemente (en 2008) experimentó un descenso importante en cuanto a la mortalidad general, pasando de 27 defunciones por cada 1000 habitantes en 1930 a 4.9. En relación a las condiciones de salud prevalentes, el aumento en la esperanza de vida y las modernas tendencias poco saludables en los estilos de vida han transitado el perfil epidemiológico hacia las enfermedades no transmisibles y las lesiones, concentrando casi el 75% de las muertes a nivel nacional con respecto al 15% de los decesos por infecciones comunes, desnutrición y problemas reproductivos; cifra que a mediados del siglo pasado ascendía alrededor de 50% con respecto al 11% causado por las no transmisibles y lesiones. Cabe señalar que en este año, el Seguro Popular lleva cuatro años en funciones y 27 millones de afiliados (Gómez-Dantés et al., 2011).

Sin embargo, a pesar de los aciertos logrados, las estadísticas anteriores muestran que en México, el perfil epidemiológico se encuentra en transición, pues aunque las enfermedades no transmisibles y las lesiones dominan el estado de salud, las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición, siguen presentes en las zonas más vulnerables del país. Entre las desigualdades más significativas existentes que evidencian esta situación, destaca el estado de Guerrero que en 2008 registró una prevalencia de mortalidad de menores de 5 años de 25.3 por 1000 menores de 5 años con respecto a la de Nuevo León de 13.1. El estado de Oaxaca con una prevalencia de mortalidad materna de 100.2 muertes por 100 000 nacimientos, cuatro veces mayor con respecto a la de Tlaxcala de 27.2. La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años que es 24 veces mayor en Oaxaca (19.6 por 100 000 niños menores de 5 años) que la de Nuevo León (0.8) (Gómez-Dantés et al., 2011).

Sobre el gasto en salud, el gasto total como porcentaje del PIB aumentó de 5.1% en 2000 a 5.9% en 2008 (sin embargo, éste se ubica muy por debajo de lo que dedican a la salud otros países como Argentina con 9.8%, Colombia 7.4%, Costa Rica 8.1% y Uruguay 8.2%); en cuanto al gasto per cápita en salud tuvo el mismo comportamiento, en el año 2000 era de US\$508 y en 2008 se incrementó a US\$890. El gasto público en salud ha ido aumentando lentamente, en 2008 representó el 46.7% (equivalente a 330 339 millones de pesos) del gasto total en salud, del cual, el 45.2% (la mayor parte) correspondió a la Secretaría de Salud, el 42% al IMSS, y el 9.7% al ISSSTE; mientras que en 1990, concentró el 40.4% del gasto total en salud (Gómez-Dantés et al., 2011).

Si bien las reformas sanitarias que ha experimentado el país desde la década de los ochenta, han tenido como objetivo fundamental, la cobertura universal de la protección en salud para asegurar el adecuado estado de salud de la población, y de esta manera poder legitimar el universalismo como un elemento necesario para ejercer el derecho a la protección de la salud establecido en 1983 en el artículo 4 de la Constitución Mexicana; esto no ha sido suficiente para garantizar la equidad en el acceso a la salud de la población, y por ende, su bienestar y desarrollo humano.

Lo anterior ha dado las pautas a esta investigación para estudiar el desarrollo de la equidad en salud como elemento detonador de las oportunidades y capacidades institucionales y socioeconómicas relacionadas con el acceso a la salud en beneficio del desarrollo humano sustentable de la población. La perspectiva teórica general de análisis, será la visión del desarrollo humano de Amartya Sen en convergencia con las principales consideraciones del paradigma del desarrollo sustentable y las aportaciones teóricas de la justicia sanitaria de

Margaret Whitehead. Desde este contexto, se desprenden las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las circunstancias que caracterizan el nivel de cobertura en el acceso y la utilización de los servicios de salud que ofrece el Sistema Nacional de Salud (SNS)?

¿Cuáles son las condiciones que caracterizan el nivel de gestión del gasto público en salud?

¿Cuáles son las condiciones de equidad en el acceso a la salud que caracterizan los entornos en los que se desarrolla la población mexicana?

Para dar respuesta a estos cuestionamientos, se plantean los siguientes objetivos general y específicos:

Objetivo general:

Conocer y analizar cuáles son las condiciones institucionales y socioeconómicas que intervienen para que la sociedad cuente con un acceso a la salud equitativo que beneficie el desarrollo humano sustentable de la población de México.

Objetivos particulares:

1. Conocer y analizar la cobertura en el acceso y la utilización de los servicios de salud de la sociedad mexicana.
2. Conocer el nivel de gestión del Estado relacionado con el gasto en salud en el marco del Sistema Nacional de Salud.

3. Analizar la equidad en salud en el marco de el desarrollo humano sustentable en los diferentes estados de la república mexicana, a través de la construcción de un índice de equidad en salud que muestre el nivel de ésta en el acceso a la salud para cada estado del país durante el período de 2000 al 2010.

Hipótesis:

1. El Sistema Nacional de Salud está fragmentado y segmentado, lo cual provoca inequidades en el acceso y la utilización de los servicios de salud de la población.
2. Los niveles de gasto y asignación de recursos de las instituciones públicas de salud, son insuficientes e inequitativos para la cobertura de las necesidades de salud de la sociedad mexicana.
3. Existe inequidad en el acceso a la salud en las diferentes entidades federativas del país, y esto se debe a las condiciones institucionales, económicas y sociales que imperan en el sistema social y económico del país, así como en el Sistema Nacional de Salud.

Justificación:

En el marco del compromiso histórico de la OPS para con la región, de combatir uno de los principales problemas de salud al que se ha de enfrentar en los inicios del siglo XXI y que se mantiene vigente: la persistencia de desigualdades injustas, evitables e innecesarias; esta investigación tiene como prioridad estudiar la equidad en el acceso a la salud, a partir del análisis de la cobertura y la utilización de los servicios de salud, así como las gestiones del Estado relacionadas con el gasto público en el Sistema Nacional de Salud (SNS), para tratar de encontrar las circunstancias que incrementen y favorezcan al desarrollo humano sustentable de la población mexicana. Para ello, se abordan temas como el bienestar y la justicia social, el

desarrollo humano, el desarrollo sustentable y la equidad en salud, todo; desde la visión teórica del desarrollo humano y libertades de Amartya Sen, el paradigma del desarrollo sustentable y las aportaciones sobre justicia sanitaria y equidad en salud de Margaret Whitehead.

De esta manera, uno de los principales aportes del estudio a partir de la generación de este nuevo conocimiento, es su contribución en el diseño e implementación de políticas públicas en materia de salud e intersectoriales que logren integrar los objetivos sociales, económicos y medioambientales de la sociedad mexicana, para que permitan a su vez, alcanzar el desarrollo humano y la equidad intra e inter generacional.

En su contribución empírica, el desarrollo de un marco teórico-metodológico fundamentado por la convergencia teórica del desarrollo humano sustentable, que permita proporcionar instrumentos que analicen el nivel de desarrollo y bienestar social. Como el índice propuesto en esta investigación, que ha sido denominado Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS), que medirá y valorará el progreso o retroceso en las condiciones de salud y en las políticas y programas sociales del sector salud que aplica el Estado en beneficio de su población, el cual estará compuesto por indicadores básicos de la salud, socioeconómicos y de los entornos en los que se desarrollan los habitantes del país.

Por lo tanto, la generación de estudios en materia de salud con este enfoque, es otra de las aportaciones de esta investigación, ya que actualmente existen muy pocos. Así como también, fomentar el debate y promover el área de la salud como un campo de acción para el desarrollo de la investigación social. En este sentido, para poder cumplir con los objetivos planteados e intentar demostrar las hipótesis descritas, el estudio se despliega en los siguientes capítulos.

En el primer capítulo, se presenta el marco teórico. Se hace un recorrido histórico de los antecedentes de las perspectivas teóricas que sostienen la investigación. En primer lugar, se describen los orígenes sustentadores del Estado del Bienestar a partir del período de finales del siglo XIX hasta mediados del XX resaltando las principales ideas, algunos documentos y políticas de su instauración, así como el énfasis en dos de las aportaciones teóricas contemporáneas más significativas del bienestarismo. En segundo, se analizan algunas de las principales teorías que antecedieron la visión del desarrollo humano de Amartya Sen. En tercero, el paradigma del desarrollo sustentable y su convergencia con la teoría del desarrollo humano. Y por último, se estudia el planteamiento de la justicia sanitaria de Whitehead. Para finalmente, poder enmarcar el concepto de equidad en salud desde este marco de acción como un condicionante del desarrollo humano sustentable.

En el segundo capítulo, se presenta el marco normativo de la salud en México. Se analiza el marco legal y normativo de la salud a nivel internacional y nacional, así como los principales tratados internacionales que enmarcan el derecho a la salud, incluyendo los que pertenecen al Sistema de Naciones Unidas y los del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Se aborda el derecho a la salud en la legislación mexicana, así como la estructura que compone al Sistema Nacional de Salud (SNS) y su cobertura y financiamiento. Se concluye el capítulo con algunos comentarios sobre la justicia financiera en salud en México.

En el tercer capítulo, se presenta el marco metodológico para la construcción del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS). Se plantea en primera instancia un recorrido de las principales metodologías de construcción de indicadores compuestos, presentando sus ventajas y limitaciones; posteriormente, se describe levemente la

medición en el contexto del desarrollo humano sustentable, mencionando algunos de los principales indicadores de salud desde este enfoque, para finalmente presentar la metodología de estimación y construcción del IESADHS.

En el cuarto, se describen los resultados del IESADHS para cada una de las entidades federativas, teniendo como base 16 indicadores que permitirán el análisis de las oportunidades y capacidades de equidad en el acceso a la salud provistas por los entornos sociales e institucionales en donde se desenvuelven las libertades humanas, y si éstas contribuyen en beneficio del desarrollo humano sustentable.

Finalmente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones y reflexiones generales de esta investigación, se destacan las principales aportaciones, y se establecen las posibles líneas de investigación para futuros estudios derivados de esta tesis.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO: LA EQUIDAD EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE

1. Introducción

En este capítulo se plantea la convergencia teórica del desarrollo humano de Amartya Sen y el paradigma del desarrollo sustentable, con algunos elementos teóricos de la perspectiva de justicia sanitaria de Margaret Whitehead; como el marco teórico general de análisis para evaluar y medir la equidad en el acceso a la salud de la población mexicana. Para ello, en primer lugar se presentará un recorrido histórico de los orígenes sustentadores del Estado del bienestar a partir del período de finales del siglo XIX hasta mediados del XX resaltando las principales doctrinas, documentos y políticas de su instauración. En segundo lugar, se analizan las teorías que antecedieron la perspectiva del desarrollo humano de Sen, y en particular su propuesta con la salud y sus entornos. En tercero, el paradigma del desarrollo sustentable y su confluencia con las aportaciones de Sen. Y por último, se desarrolla el planteamiento de la justicia sanitaria de Whitehead para finalmente poder enmarcar el concepto de equidad en salud desde este marco de acción como un condicionante del desarrollo humano sustentable.

1.1. Antecedentes del Estado del Bienestar

La noción del Estado del Bienestar, también es un asunto complejo. Existen muchos modelos y características que lo definen indistintamente; sin embargo, de manera muy general se le puede definir como un conjunto de procedimientos que parten de la premisa de que el

gobierno de un Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados aspectos como el de la sanidad, la educación, y todo lo relacionado con la seguridad social. Cabe señalar que estos programas gubernamentales, deben ser gratuitos. No obstante, esta concepción, tal como la conocemos ahora está sentada sobre la base de un grupo de teorías, documentos y políticas particulares surgidas desde la Europa de finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, que explican su instauración.

Antes de profundizar en ello, es importante recalcar que la implantación final de las medidas el Estado del Bienestar se venían proponiendo y discutiendo desde un siglo atrás a raíz de la revolución francesa y la revolución industrial generando progresivamente la necesidad de cambios sociales en el marco político. Aunado a ello, los dos grandes conflictos mundiales ya en el siglo XX, también configuraron significativamente la instauración del Estado del Bienestar. En este contexto, Alemania, Gran Bretaña y Estados Unidos y en menor medida Francia, fueron el escenario de muchos de los hechos que forman parte de esa etapa previa inmediata del Estado del Bienestar, aunque de manera distinta (Gómez de Pedro, 2003).

El primer hito se llevó a cabo en Alemania a finales del siglo XIX con la existencia de la publicación del Manifiesto de Eisenach, que junto con las protestas de los obreros por mejores condiciones laborales; lograron las primeras medidas sociales legitimadas por Bismarck. Asimismo, en el período de entreguerras se fortalece el desarrollo de la economía y el derecho del Estado del Bienestar a raíz de las aportaciones del economista británico J. Maynard Keynes y el politólogo socialista H. Heller. En el transcurso del segundo hito, otros países europeos experimentaban también el surgimiento de nuevas leyes sociales. Así aparecen los

informes Beveridge, reconocidos a nivel mundial como los cimientos de la seguridad social y de una nueva legislación social. El tercer hito, se le atribuye al New Deal promovido por la administración del presidente Roosevelt de los Estados de Unidos de América, que promovió una seguridad social de tipo federal (Gómez, 2003).

1.1.1 Las primeras leyes sociales

A mediados del siglo XIX, las preocupaciones de los pensadores políticos acerca de la situación social y económica de los trabajadores fabriles, comienzan a profundizarse. La publicación del Manifiesto comunista de 1848 por Karl Marx y Friedrich Engels, constituye la principal disputa contra el ordenamiento imperante por el capitalismo de esa época, lo que detona las bases de la defensa del proletariado.

De esta manera, surge en 1883 en Alemania el primer régimen de seguros sociales, bajo el programa social de Bismarck, constituido por la defensa de la necesidad de intervención del Estado en la cuestión social. El programa pugnaba por la protección en torno a accidentes de trabajo, enfermedades e invalidez y vejez; el cual estaba financiado por el patrón y los asalariados. La población no asalariada, estaba fuera del programa (Gracia, 1996).

Posteriormente, el New Deal impulsado por Roosevelt en 1935 promueve por primera vez el término “seguridad social” entendida como un sistema de protección colectiva de los riesgos de la vida. Esta expresión se debe a la Social Security Act de los Estados Unidos de América. La cual fue trascendiendo a nivel mundial apareciendo más tarde en la Carta del Atlántico de 1941, en la Conferencia Internacional del Trabajo en 1944 (reunida en Filadelfia), en 1945 en

la Carta de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, y en la Convención Europea para la protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de 1950 (Claramunt, 1999).

Más tarde, durante la segunda guerra mundial en 1942 en Inglaterra se consolidan los Informes Beveridge, considerados como los cimientos de la seguridad social. Los estudios de Beveridge, dieron pie a la inmediata plasmación de medidas sociales de corte universal y representaron a la vez, el principio de una política cuya finalidad es acabar con la necesidad y la incertidumbre (Gómez, 2003).

Así, desde esta base teórica se consolida la instauración del Estado del Bienestar en 1945, con el propósito fundamental de generar un proceso de redistribución de la riqueza que beneficie principalmente a las clases más desfavorecidas de la sociedad, con una cobertura social incapaz de ser alcanzada de manera individual y con sus propios ingresos. Bajo esta dinámica, se puede entender al Estado del Bienestar como un conjunto de acciones públicas tendientes a garantizar a todo ciudadano de una nación, por el mero hecho de serlo, el acceso mínimo de servicios que garanticen su supervivencia biológica y social (Gómez, 2003; Gracia, 1996).

Claramunt (1999), reconoce algunos enfoques teóricos que intentan explicar el concepto del Estado del Bienestar. Entre ellos, destaca la teoría de Estruch en 1996, que lo define como una forma de organización institucional basada en el compromiso público con el pleno empleo; la política económica anticíclica; la existencia de sistemas más o menos amplios de provisión universal de ciertos bienes, servicios y transferencias; y las políticas redistributivas en pro de la reducción de la desigualdad económica y social. Por otra parte, la concepción de Bandrés en

1994, quien agrupa los objetivos del Estado del Bienestar en tres bloques principales: 1) seguridad económica, 2) reducción de la desigualdad, y 3) políticas de eliminación o reducción de la pobreza. Y finalmente, la visión de Kaufman en 1985, quien aseñala que el Estado del Bienestar se caracteriza por asumir explícitamente la responsabilidad básica de todos sus ciudadanos, por instituir los derechos, por perseguir la igualdad, y por proveer seguridad económica y servicios sociales para todos, y por la consecución del pleno empleo.

1.1.2. La crisis del Estado del Bienestar

Para Mishra (1992) la crisis del Estado del Bienestar, es el resultado de una crisis ideológica generada por su creciente individualismo y unidimensionalidad. Y agrega que su punto de partida en la crisis económica de los años setenta, ante la ausencia de instrumentos de corrección de desequilibrios, se concentró en el fracaso de sus 3 rasgos fundamentales: 1) lucha contra el desempleo, 2) provisión universal pública de los servicios sociales como la asistencia sanitaria, y 3) pensiones dignas y la garantía de un mínimo de vida.

Por lo tanto, la configuración de la seguridad social vigente del Estado del Bienestar, implica programas públicos diseñados para proporcionar ingresos y servicios particulares en casos de jubilación, enfermedad, incapacidad, muerte o desempleo. Los cuales engloban temas como: salud pública, subsidio de desempleo, pensiones, jubilaciones, prestaciones de hijos, etc. Con la finalidad de asegurar unos niveles mínimos de dignidad de vida para todos los ciudadanos e intentar corregir los desequilibrios de riqueza y oportunidades. Su financiación es del erario público, y representa una preocupación importante para los países desarrollados, pues destinan a este respecto, más del 25% de su PIB.

Por otra parte, Gómez (2003) identifica 2 perspectivas contemporáneas del Estado del Bienestar. La crítica al bienestarismo de Amartya Sen, en la cual propone ampliar el concepto de bienestar y la elaboración de una nueva defensa de la justicia social. Y el enfoque sobre los bienes sociales de Charles Taylor, en donde expone que lo más grave del utilitarismo, es su aparente pretensión de neutralidad que hace a sus seguidores ciegos e incapaces para considerar otras opciones éticas. Asimismo, menciona que una de sus principales preocupaciones, es ofrecer una adecuada comprensión de la persona humana completa, en sus facetas cognoscitivas, lingüísticas, existenciales y sociales.

1.2. Antecedentes de la teoría del desarrollo humano

Los orígenes sustentadores de la teoría del desarrollo humano comenzaron en la década de los cuarenta, con la preocupación que desatan las críticas al enfoque economicista de los estudios del desarrollo y con la búsqueda por integrar en el análisis, una concepción que incluyera no sólo el aspecto económico sino también el social, el político y el cultural. Así, entre 1950 y 1960 se pone en debate el replanteamiento del concepto de desarrollo pues a pesar de que muchos países avanzaban en sus objetivos de crecimiento económico, las condiciones de vida de la población empeoraban; la pobreza, la desigualdad y el desempleo iban en incremento.

Este enfoque crítico que pugnaba por entender el desarrollo de las sociedades desde una visión más humana, ocurre simultáneamente en América Latina con los trabajos de la teoría de la dependencia y su crítica a la teoría cepalina. En Europa también sobresalían propuestas e

iniciativas de organismos supranacionales en pro del medio ambiente, como el Club de Roma⁴ en 1968 y el enfoque del ecodesarrollo presentado en 1973 por el director ejecutivo del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), Maurice Strong.

El entendimiento tradicional del crecimiento y la productividad como centro del quehacer en la sociedad, fue desplazado por una nueva visión centrada en el desarrollo, sus destinatarios y el medio ambiente, la cual fue significativamente enriquecida con las aportaciones del economista francés Francois Perroux y su propuesta de los costos del hombre⁵, los trabajos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en la década de los setenta sobre las necesidades básicas y su política del Empleo Global, así como con la teoría del desarrollo humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sustentada en el pensamiento del teórico Amartya Sen, y finalmente, por dos hitos que marcaron de forma importante esta nueva visión del mundo, la elaboración del Índice de Desarrollo Humano (IDH) a finales de la década de los ochenta y el conocido Informe Brundtland titulado Nuestro Futuro Común en 1987, el cual presenta por primera vez el concepto de desarrollo sustentable, que considera tanto el crecimiento económico como la equidad intra e intergeneracional y el cuidado del medio ambiente (Gutiérrez y González, 2009).

⁴ El Club de Roma fue creado por destacados intelectuales que preocupados por el deterioro del medio ambiente derivado del frenético desarrollo de la Época de Oro en Estados Unidos y su influencia en el resto del mundo colocaron en el centro de la discusión en un libro clásico *Los límites del desarrollo* (Meadows, D., et al, 1972) el modelo civilizatorio prevaleciente.

⁵ En el contexto de dicha obra, Perroux habla del término “hombre” refiriéndose al ser humano en general.

1.2.1. Los costos del hombre de Francois Perroux

Francois Perroux fue un economista francés muy destacado del siglo XX, un precursor en la búsqueda de nuevas propuestas sobre el desarrollo, cuyas ideas permanecen con el tiempo (Guillén, 2008). Como lo señaló Paul Streeten, “entre los economistas fue un gigante”.⁶ Su temprano interés por los estudios del subdesarrollo y la búsqueda afanosa de entender los problemas de la desigualdad y de encontrar alternativas para contrarrestarla, lo llevó a publicar a finales de la década de los cincuenta un importante artículo titulado *Trois outils pour l'analyse du sous-développement* (1958) en el que señalaba que la dependencia, la desarticulación y la no cobertura de los costos del hombre, son las causas del subdesarrollo.

En su libro *L' économie du XXe Siècle* (1991) Perroux sostiene que el subdesarrollo es la consecuencia de una acción de dominación de los países más desarrollados que durante la etapa de la colonización, sus acciones de saqueo y explotación, condujeron a la desarticulación de las estructuras productivas prevalecientes en dichos países, lo que constituyó un verdadero obstáculo al desarrollo. Su manifestación más clara, se expresa en un indicador profundo, complejo y global: la ausencia de cobertura de los costos del hombre (Guillén, 2008) constituidos éstos por los “gastos fundamentales del estado humano de la vida para cada uno en un grupo determinado” refiriéndose a aquellos que “permiten la alimentación, la curación y el acceso a la cultura y a las distracciones de los hombres” (Perroux, 1991:192).

Los costos del hombre son elementos constitutivos que permiten vivir satisfactoriamente en una época histórica determinada. Son derechos de carácter universal por el hecho de existir y

⁶ Paul Streeten (1989).

no están vinculados al empleo o actividad que se desempeñe. Esto significa que son las instituciones y la sociedad los responsables de proveer estos derechos, y para ello, es necesario instrumentar medidas específicas en el marco de una política económica de desarrollo.

Por lo tanto, para superar los obstáculos del subdesarrollo y poder alcanzar la cobertura de los costos del hombre, Perroux propone entender el desarrollo como “la combinación de los cambios mentales y sociales de una población que la vuelven apta a hacer crecer, cumulativa y durablemente su producto real global” (Perroux, 1991:191), por lo que la formación integral de la persona es un elemento fundamental para lograrlo.

Así, la teoría de Perroux no contempla al ser humano como simple medio de producción, sino como un agente capaz de modificar su entorno. En palabras de Perroux (1981:96) “El agente es una organización y una individualidad, (...) combina sus variables-medios y sus variables-objetivos según su información y sus potencialidades, recurriendo a su memoria para formar proyectos”.

Esta perspectiva del desarrollo centrada en el ser humano, sentó las bases para el surgimiento de nuevos enfoques como el de las necesidades básicas y la teoría del desarrollo humano de Amartya Sen y el PNUD, los cuales darían respuesta a la principal preocupación de Perroux, la construcción de “medidas numéricas de fenómenos sociales exteriores al funcionamiento del mercado” (Perroux, 1991:514).

1.2.2. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y su enfoque de las necesidades básicas

En el marco de la 11ª Conferencia Mundial de la Sociedad Internacional para el Desarrollo llevada a cabo en Nueva Delhi en 1969, el director del Instituto de Estudios del Desarrollo (IED) de la Universidad de Sussex, Dudley Sussex, plantea lo siguiente:

“Las preguntas que hay que hacerse sobre el desarrollo de un país son, por tanto, las siguientes: ¿qué ha ocurrido con la pobreza?, ¿qué ha ocurrido con el desempleo?, ¿qué ha ocurrido con la desigualdad? Si todos esos tres problemas se han hecho menos graves, entonces se ha registrado sin duda un período de desarrollo en el país en cuestión. (...) Un plan que no contenga objetivos para reducir la pobreza, el desempleo y la desigualdad difícilmente puede considerarse como un plan de desarrollo”. (Bustelo, 1999:142).

Estas pautas marcaron claramente el rumbo de un nuevo enfoque del desarrollo integrado por un alto contenido social. Posteriormente, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en colaboración con el Instituto de Estudios del Desarrollo (IED) y la participación de algunos especialistas como Hans Singer, R. Jolly y Dudley Seers, da a conocer su programa sobre el Empleo Global, el cual permitió redefinir el concepto de desarrollo y sus posibles alcances hacia el futuro, generando a principios de la década de los setenta una serie de publicaciones con esta misma línea de pensamiento, entre las cuales destacan las siguientes:

- El artículo “What are you trying to measure?” en 1972, en el que Seers plantea que el desarrollo debe ser reinterpretado para tener en cuenta las tendencias no sólo del crecimiento, sino además de la pobreza, la distribución de los ingresos y el empleo.

- El informe de la OIT “Employment, incomes and equality; a strategy for increasing productive employment in Kenya” en 1972, en donde se identifica el sector informal⁷ como una importante fuente creadora de crecimiento, trabajo y ganancias para los trabajadores pobres.
- En 1974 el Banco Mundial y el IED hicieron un compilado de artículos que llevaría por nombre “Redistribución with growth” en donde se promovía los fundamentos analíticos para un nuevo enfoque del desarrollo que profundizaba las medidas e implicaciones políticas que minimizarían el intercambio entre crecimiento e igualdad (Hidalgo, 1998).

Asimismo, la OIT promueve en este mismo contexto, tres misiones sobre el empleo: en Ceilán (actual Sri Lanka) y Kenia en 1972, y Colombia en 1979 en donde empezó a teorizarse el problema del desempleo desde una óptica distinta sembrando un precedente de su posterior contribución a los estudios del empleo y del sector informal (OIT, 1972).

Los esfuerzos implicados en la lucha contra el desempleo, la distribución de los ingresos y la pobreza, así como los planteamientos de Perroux, dan lugar al surgimiento de una alternativa más para observar el desarrollo, el enfoque de las necesidad básica, el cual impulsado principalmente por Ul Haq, Streeten, Jolly y el propio Amartya Sen (quien más tarde se convertiría en premio nobel de economía y en el protagonista principal de la teoría del desarrollo humano) va consolidándose paulatinamente acompañado de tres acontecimientos históricos:

⁷ Este sector era definido como aquellas empresas de trabajo intensivo de pequeña escala.

- 1) El discurso de McNamara, presidente del Banco Mundial, ante el consejo de gobernadores del Banco Mundial en 1973, donde señaló cómo las poblaciones de los países en desarrollo no son capaces de asumir su propio destino y de satisfacer sus necesidades más esenciales, por lo tanto, los gobiernos de estos países deberían preocuparse en mayor sentido de las principales necesidades humanas (Hunt, 1989);
- 2) La Declaración de Cocoyoc⁸ (México) que fue redactada en 1974, la cual planteaba que cualquier proceso de crecimiento que no conduzca a la satisfacción de las necesidades básicas o que la perturbe, es una parodia de la idea de desarrollo (Esteva, 1996); y
- 3) El informe de la Fundación Dag Hammarskjold llamado “¿Qué hacer? ¿Otro desarrollo?” en 1975 que planteaba un “desarrollo distinto basado en la satisfacción de las necesidades, la self-reliance, la armonía con la naturaleza y los cambios estructurales” (Rist, 2002:181-182).

En este mismo tenor en 1976, en el marco del informe “Employment, Growth and Basic Needs: A One-World Problem” elaborado por la Conferencia Mundial sobre el Empleo de la OIT, trasciende por primera vez la idea de la satisfacción de las necesidades básicas planteada como un objetivo del desarrollo. El informe propone una concepción del desarrollo que incluya explícitamente la satisfacción de un nivel absoluto de necesidades básicas, con mayor énfasis en los grupos más pobres de la población. La definición de las necesidades básicas, constituirá un estándar mínimo de vida que permitirá identificar los grupos más vulnerables para poder proporcionarle metas concretas hacia el progreso. Y están agrupadas en cuatro

⁸ La declaración resalta la necesidad de la diversidad y de seguir diferentes caminos al desarrollo, así como la meta de la autosuficiencia y el requerimiento de cambios económicos, sociales y políticos fundamentales.

categorías: 1) los requerimientos mínimos de una familia para el consumo alimentario, la vivienda y el vestido; 2) el acceso a los servicios esenciales de educación, saneamiento, transporte, agua potable y salud; 3) el acceso a un puesto de trabajo remunerado; y 4) la satisfacción de las necesidades cualitativas: un medio ambiente saludable, participar en las decisiones que afectan a la vida y al sustento de las personas y las libertades individuales (OIT, 1976).

Para la OIT, la cobertura y definición de este conjunto de necesidades básicas permitirá a todos los seres humanos tener una vida física y mental mínima, así como la facilidad para identificar a los grupos más vulnerables. Por otro lado, para el PNUD, el enfoque de las necesidades básicas coloca en el centro del desarrollo, la promoción del bienestar humano, particularmente de los pobres, y señala tres componentes principales para lograrlo:

- *Ingresos*. Destaca la importancia del aumento del ingreso mediante la producción eficiente con alta densidad de mano de obra en los países en que ésta abunda;
- *Servicios públicos*. Asigna un papel fundamental en la reducción de la pobreza a los servicios públicos y;
- *Participación*. Comenzar a orientar la atención de la gente hacia la participación, es decir, los servicios públicos deberían ser financiados por el gobierno, con frecuencia por medio de la ayuda internacional, pero su planificación y prestación debía hacerse con la participación de los beneficiarios.

La estrategia de las necesidades básicas seguía fortaleciéndose, pues para 1978 el Banco Mundial tomó el protagonismo de este enfoque dirigiendo varios estudios, los cuales fueron

recopilados posteriormente en la obra “Lo primero es lo primero: Satisfacer las necesidades humanas básicas de los países en desarrollo” de Streeten, Burki, Mahub Ul Haq, Hicks y Stewart, en 1981.

En esta obra, Ul Haq destaca como las teorías del desarrollo han insistido en la necesidad de un crecimiento que no se había traducido en calidad de vida, ni en una disminución de las desigualdades y tampoco en la eliminación de la pobreza absoluta. Expresa también, cómo este nuevo enfoque sostiene que la vía para eliminar la pobreza no debe consistir solamente en aumentar la productividad de los pobres, sino que además estas personas deberían tener cubiertas sus necesidades básicas. Asimismo, Streeten resalta que el enfoque de las necesidades básicas, es un intento por proporcionar las oportunidades para el pleno desarrollo físico, mental y social de los seres humanos; así como los medios para alcanzarlo (Streeten et al., 1981).

Esta concepción ha seguido su curso, logrando a principios de la década de los noventa, integrar la dimensión económica con lo social, político, cultural y ambiental; estableciendo con ello una nueva forma de medir el desarrollo que superó las mediciones tradicionales centradas en el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita (medida de la riqueza producida en promedio por habitante). Este indicador de carácter estrictamente económico, tiene además la propiedad de ser un promedio estadístico que oculta las desigualdades sociales, y no considera la degradación del medio ambiente.

1.2.3. El desarrollo y el medio ambiente: El Ecodesarrollo

Los límites del crecimiento, obra publicada en 1972⁹ en el marco de la Conferencia de Estocolmo sobre el medio ambiente, fue un hito significativo de los cambios profundos en el paradigma del desarrollo, pues fue uno de los primeros intentos de integrar el tema del medio ambiente en el análisis del desarrollo, utilizando para ello, el concepto de “Ecodesarrollo” (Hidalgo, 1998).

Esta obra cuestionó el crecimiento dinámico de los años de oro en Estados Unidos, centrando su atención en la existencia de los límites físicos al crecimiento. El estudio consistió en un análisis prospectivo del futuro del planeta, el cual mantenía constante las tasas y el modelo de crecimiento económico de los años sesenta y principios de los setenta¹⁰, determinando que de mantener las tendencias de la población y la explotación de los recursos y el medio ambiente, en un lapso de cien años el mundo se quedaría sin materias primas estratégicas debido a la sobreexplotación de los recursos renovables y el agotamiento de los recursos no renovables, la contaminación que genera el crecimiento tendría efectos muy negativos sobre el planeta y la población sobrepasaría las posibilidades de abastecimiento alimentario del planeta; es decir, el modelo de desarrollo será incapaz de satisfacer la necesidad básica de la alimentación.

El estudio concluye con la idea de la imposibilidad de un crecimiento infinito con recursos finitos, pensamiento que estableció el principio del crecimiento cero, el cual postulaba la

⁹ Esta obra fue publicada por el Club de Roma, un equipo del Instituto Tecnológico de Massachussets (MIT) integrado por Donella H. Meadows, Dennis L. Meadows, Jorge Randers y Williams W. Nehrens.

¹⁰ El análisis incluía dos modelos prospectivos el World-2 de Forrester y el World-3.

necesidad de limitar el crecimiento económico para lograr el equilibrio entre la calidad económica y la calidad del medio ambiente.

La consecución de los planteamientos del Ecodesarrollo dado por el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) a través de su director ejecutivo Maurice Strong, sirvió como inspiración para que el economista francés Ignacy Sachs desarrollara más profundamente este concepto, plasmando sus reflexiones en la publicación de un artículo en 1974, llevando el mismo nombre: “Ecodesarrollo”. En el documento, lo define como un estilo de desarrollo que requiere soluciones específicas para cada región, teniendo en cuenta los aspectos culturales y ecológicos tanto a corto como a largo plazo, de manera que el progreso está relacionado con cada caso particular, en donde el medio ambiente juega un papel preponderante.

Dicho de otro modo, el Ecodesarrollo, implica que la comunidad o región y el ecosistema, se desarrollen juntos en la búsqueda de una mayor productividad y de un mayor grado de satisfacción de las necesidades, pero sobre todo, que este desarrollo sea sustentable en términos ecológicos y sociales.

Estas aportaciones ambientalistas fueron altamente significativas en la construcción de un nuevo enfoque interdisciplinario, que más tarde se conocería como el desarrollo sustentable, el cual se abordará de manera más profunda en una sección posterior.

1.2.4. El enfoque de capacidades de Amartya Sen

En 1979, durante el Ciclo Tanner sobre los valores humanos realizado en la Universidad de Stanford, Amartya Sen dicta una conferencia que llevó el nombre de Equality of what?, en la que utiliza por primera vez el concepto de capacidades o <<capability>>, el cual daría el marco de acción y sustento al enfoque de capacidades y posteriormente, a la teoría del Desarrollo Humano.

En el transcurso de la ponencia, Sen realiza una crítica extensa de tres enfoques que debaten el criterio moral de la igualdad: 1) la igualdad utilitaria, 2) la igualdad de la utilidad total, y 3) la igualdad de bienes sociales primarios de Rawls. Su conclusión revela que las tres posturas tienen fuertes limitaciones que impiden incluso, crear una nueva teoría combinándolos; por lo que presenta su propuesta alternativa de la igualdad, denominándola “igualdad de capacidad básica”. Y agrega que hay necesidades como la no explotación o la no discriminación, las cuales no pueden ser medidas por estos enfoques, pues requieren el uso de información que éstos no pueden percibir (Sen, 1980).

De esta manera, Sen planteaba un nuevo enfoque de evaluar y valorar el bienestar desde la perspectiva de la habilidad de una persona para hacer o alcanzar actos que valore, argumentando que “lo que falta (...) es una noción de capacidades básicas: que una persona sea capaz de hacer ciertas cosas básicas” (Sen, 1980:217). Por lo tanto, define el término de capacidad para representar las distintas combinaciones alternativas que una persona puede hacer o ser, es decir, los funcionamientos que puede lograr (Nussbaum y Sen, 1993). Estos funcionamientos del ser humano representan las diversas acciones y aspectos de la vida que

las personas pueden realizar, los cuales valoran en gran medida, como por ejemplo: estar sanos, comer, trabajar, leer, escribir, entre otros.

Por lo tanto, el bienestar que buscaba medir Sen a través de esta nueva perspectiva de la igualdad, hace referencia a aspectos relacionados con las habilidades, ventajas y oportunidades de las personas, concretamente con los logros del ser humano o su calidad de vida, es decir, con la libertad que tiene el individuo para ser y hacer cosas valiosas (Sen, 1985), lo cual difiere de la visión economicista del bienestar. Creando así, un marco conceptual teórico que permita evaluar y valorar no sólo el bienestar o calidad de vida del ser humano, si no los acuerdos sociales, la pobreza, la desigualdad y la equidad, así como también el diseño de políticas públicas.

Entonces “la perspectiva de la capacidad no es un conjunto de fórmulas mecánicas, sino un marco para el análisis de la información, el escrutinio crítico y los juicios reflexionados” (Sen, 1996:117). En este mismo tenor, durante su ponencia, Sen profundiza aún más en sus explicación sobre el concepto de capacidad o capacidades, definiéndolo como el entorno en el que una persona es capaz de hacer ciertas cosas básicas, como la habilidad de moverse, de satisfacer ciertas necesidades alimentarias y de salud; la capacidad de disponer de medios para vestirse y tener alojamiento o la capacidad de participar en la vida social.

Por lo tanto, las capacidades o habilidades las reconoce como básicas en la medida en que éstas se consideren valiosas y no estén dentro del contexto de la representación de la igualdad utilitarista o marginalista de la teoría económica del bienestar tradicional o en su caso, en la de

los bienes primarios expuesta por Rawls en su teoría de la justicia como equidad, y desde luego, ni en la combinación de ambas teorías (Sen, 1980).

De esta manera, el enfoque de capacidades surge de las exigencias y el principio ético de la igualdad en el ámbito de la economía y de la filosofía política. Pues para Sen, la preocupación de la igualdad de capacidades, es una extensión de la preocupación de la teoría de Rawls por la igualdad de los bienes primarios. En donde lo importante no es solamente la atención de proveer a una sociedad de los bienes primarios, sino lo que las personas pueden hacer con esos bienes. Sobre esta premisa Sen introduce otro aspecto fundamental, el de la libertad. Es decir, considera que la igualdad de capacidades es una exigencia que debe ser cubierta si se quiere una sociedad libre. Así, el entorno que enfrente la sociedad debe de proveer las condiciones para que las capacidades del ser humano tengan la oportunidad de realizarse en un marco de libertad. Para ello, las instituciones de orden público deben en mayor medida coincidir en cubrir las necesidades mínimas del ser humano que le provean de una mayor libertad para potencializar sus capacidades en forma equitativa.

Por lo tanto, la propuesta del enfoque de capacidades planteada por Sen, es entenderlo como una dimensión moral relevante de gran alcance, la cual surge a partir de una reflexión hermenéutica sobre la diversidad humana y sus logros; y de la crítica a teorías de la igualdad en bienes y en pensamiento, como: la teoría de la justicia de Rawls y el utilitarismo económico. Configurando así, un nuevo modelo de justicia social y de desarrollo con pretensiones universales, en donde las capacidades permiten impulsar la libertad de ser y hacer del ser humano, el cual daría las bases y sustento a una nueva teoría de desarrollo que surgirá diez años después, la teoría del Desarrollo Humano.

Sen (1980) reconoce que su idea de igualdad de capacidades básicas, es muy general, por lo que asume que la definición del término capacidades, debe estar en función de la cultura que predomina, particularmente en lo que respecta al análisis que se le da a cada una de las diferentes capacidades. Además, reafirma la diversidad existente entre los seres humanos y sus posibilidades y oportunidades de desarrollo y su carácter de justicia.

Al respecto, señala que “los seres humanos somos profundamente diversos (...) La potente retórica de la igualdad del hombre, a menudo suele desviar la atención de estas diferencias. Aunque tal retórica, por ejemplo, todos los hombres nacen iguales, se ha considerado siempre como parte esencial del igualitarismo, las consecuencias de pasar por alto esas diferencias entre los individuos, de hecho, pueden llegar a ser muy poco igualitarias, al no tener en cuenta el hecho de que el considerar a todos por igual pueden resultar en que se dé un trato desigual a aquellos que se encuentran en un posición desfavorable” (Sen, 1992:13).

En este sentido, Sen (2000) conceptualiza cinco aspectos que enmarcan la diversidad humana que se tienen que tomar en consideración cuando se hable de igualdad y justicia social:

1. *La heterogeneidad personal:* en este aspecto se agrupan las diferencias humanas de carácter físico en relación con la incapacidad, enfermedad o sexo, que pueden hacer que las necesidades y oportunidades de unos difieran con otros. Un ejemplo de ello, es tratar igual a dos personas diferentes, desde un inválido en relación a un enfermo o un sano, un hombre y una mujer.
2. *La diversidad relacionada con el medio ambiente:* éste relaciona las diferencias entre personas que viven en distintos climas sujetos a inundaciones o sequías, temperaturas

diversas, las necesidades de ropa de acuerdo al clima y su entorno de calefacción, la contaminación e inclusive la presencia de enfermedades infecciosas en una región relacionadas a factores del medio ambiente.

3. *Diferencias de clima social*: en este aspecto, se tiene en cuenta todas las condiciones sociales que influyen en las posibilidades de alcanzar una vida de libertad, y por tanto justa. Se considera todo lo relacionado a los servicios públicos, sistemas educativos y de salud, la presencia o ausencia de delincuencia, las cuestiones relacionadas con la epidemiología y la contaminación. Además, se consideran las posibilidades de crear en el seno de una comunidad lazos y redes asociativas, lo que se ha llamado actualmente, capital social.
4. *Diferencias en perspectivas relacionadas*: hacen referencia a los bienes que exigen las pautas de conducta arraigadas en distintas comunidades o localidades y que dependen de las costumbres. Un ejemplo de ello, es la libertad que tiene una persona para participar en la vida de la comunidad o sociedad, ya que ésta puede ser distinta para una persona pobre que para una rica.
5. *La distribución dentro de la familia*: el bienestar de toda la familia y la libertad de sus miembros, depende de cómo se utilice el ingreso para satisfacer los intereses y los objetivos de cada uno de ellos. Así, las reglas de distribución que se utilicen dentro de la familia -relacionadas con el género, la edad o las necesidades que se crea que tiene cada miembro- darán el punto de partida para los logros y capacidades de sus miembros, creando una situación de justicia o de injusticia.

En este contexto, el pensamiento de Amartya Sen permite abordar la justicia como equidad desde una visión no igualitaria de los seres humanos, es decir, tomando en cuenta la diversidad

personal y circunstancial. Pues lo que importa, es lo que las personas pueden hacer con las cosas o bienes que obtienen, en donde la diversidad en el género, en la salud, en la educación, en los entornos social, ambiental, cultural y económico; tiene mucho que ver para convertir lo que obtienen en oportunidades para un desarrollo con libertad.

1.2.5. Los funcionamientos y la capacidad

La realización de una persona puede entenderse como la suma de sus funcionamientos o funciones, de ahí la importancia que Sen le otorga a este término, pues los define como “las diversas cosas que una personas puede valorar hacer o ser” (Sen, 1985; 2000:75). La vida se considera como un conjunto de funcionamientos que se encuentran interrelacionados, que consisten en estados y acciones (Sen, 1992).

Además, Sen menciona que: “Los funcionamientos (...), interrelacionados, definen un estilo de vida. (...) Los funcionamientos son constitutivos del estado de una persona” (Sen, 1992:53). Cabe mencionar, que en su obra *Development on Freedom*, presenta la definición más completa acerca de este concepto: “El concepto de funciones que tiene raíces claramente aristotélicas, refleja las diversas cosas que una persona puede valorar, hacer o ser. Las funciones valoradas pueden ir desde las elementales, como comer bien y no padecer enfermedades evitables, hasta actividades o estados personales muy complejos, como ser capaz de participar en la vida de la comunidad y respetarse a uno mismo” (Sen, 2000:99).

Los funcionamientos¹¹ desde esta visión, pueden clasificarse en simples y complejos. Los primeros, se refieren a aquellas funciones más elementales, como estar bien alimentado, tener un buen nivel de salud, no padecer enfermedades evitables ni mortalidad infantil, entre otras. Los complejos por su parte, consideran funciones de alto grado de complejidad como ser feliz, tener dignidad en tu entorno social y laboral, participar en la vida de la sociedad, entre otras. De esta manera, la vida es una combinación de estas funciones que nos permitirán llegar a distintos estados o niveles de vida que se puede o quiere alcanzar.

Y es así, como a partir de este concepto de funcionamientos, Sen constituye el concepto de capacidades. Definiéndolas como una combinación de los funcionamientos. En palabras del propio Sen (2000:100):

“El conjunto de capacidades estaría formado por los distintos vectores de funciones entre los que se puede elegir. Mientras que la combinación de funciones de una persona refleja sus logros reales, el conjunto de capacidades representa la libertad para lograrlos: las distintas combinaciones de funciones entre las que puede elegir esta persona.”

Por otro lado, pero de manera coincidente con el pensamiento de Sen, Martha Nussbaum (1988; 1993) clasifica en dos grandes niveles a las capacidades (Sen, 1992:59):

- ✓ *Capacidades básicas:* están determinadas por el principio o valor de la justicia, como estar bien alimentado y no padecer enfermedades evitables ni la mortalidad prematura, entre otras. Es decir, las capacidades exigidas para un nivel mínimo de vida y valiosas por sí mismas como derecho de todo ser humano por el simple hecho de existir.

¹¹ Sin embargo, algo que se tiene que mencionar es que Sen a lo largo de sus obras aborda de diferentes maneras el concepto de funcionamientos. Con respecto a esto, autores como Cohen en 1993 ha criticado estos diferentes sentidos de referencia de los funcionamientos que maneja Sen en sus obras.

- ✓ *Capacidades potenciales*: comprenden aquellas que son deseables porque permiten alcanzar una mayor calidad de vida, y por consecuencia, una justicia social de mayores condiciones. Como la participación social, la dignidad y el respeto a uno mismo (este último, podría entrar en discusión, ya que se pueden dar matices de la valoración personal y entre personas).

Por lo tanto, el desarrollo de estas capacidades en el ser humano en mayor o menor medida, permitirá establecer su estilo de vida, su calidad y la bondad y justicia de ésta. Así, los funcionamientos y capacidades y lo que se puede lograr con ellos, forman el sustento teórico del enfoque de las capacidades que da forma a la nueva perspectiva de abordar el desarrollo, y que permite que la libertad, entendida como el entorno para poder desplegar las oportunidades del ser humano, sea el punto clave y detonador de estos factores que permitirán una mayor justicia dando contenido a la teoría del desarrollo humano (Sen, 2000) la cual se abordará de manera más profunda más adelante.

1.3. El paradigma de Naciones Unidas: El Desarrollo Sustentable

Durante los años siguientes a las aportaciones sobre capacidades de Amartya Sen, el debate en torno al desarrollo y el medio ambiente continuaba. No obstante, a finales de la década de los ochenta se comienza a perfilar la orientación de un nuevo paradigma interdisciplinario, gracias al impacto que paulatinamente se lograba a partir de los esfuerzos mostrados en Estocolmo en 1972 y que continuó el PNUMA.

Este nuevo paradigma, es presentado en el marco del informe “Nuestro Futuro Común” de la Comisión Mundial del Medio Ambiente y el Desarrollo, con el nombre de Desarrollo Sustentable. En el informe, también conocido como “Informe Brundtland” por haber sido encabezado por la Dra. Gro Harlem Brundtland¹², se define al desarrollo sustentable por primera vez en la historia, como aquel desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.

Posterior al informe, se celebra en 1992, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, llevada a cabo en Río de Janeiro, también conocida como la Cumbre de la Tierra, la cual concluyó con la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Esta declaración, en su primer principio, menciona que “los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”, además considera la erradicación de la pobreza como requisito indispensable para la consecución de un desarrollo sustentable y reitera su precepto fundamental en términos de respuesta equitativa a las necesidades de las generaciones presentes y futuras.

1.3.1. La Agenda 21

Otro aspecto trascendental de la Cumbre de la Tierra, fue la presentación oficial del programa de acción global encaminado a la consecución del desarrollo sustentable, llamado Agenda 21. Esta agenda aborda los problemas que enfrenta el mundo actual y permite sentar las bases para

¹² Directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1998-2003.

enfrentar los desafíos del desarrollo en los próximos siglos, en donde la participación de las instituciones tanto públicas como privadas debe de estar conciliada con la participación activa de la sociedad para hacer frente a la problemática presente y futura que enfrenta el mundo.

La Agenda 21 está constituida por cuatro grandes dimensiones que permiten englobar las acciones que debe realizar la sociedad en su conjunto para enfrentar la problemática del desarrollo social, económico y medio ambiental en beneficio de las presentes y futuras generaciones. Estas dimensiones son: 1) sociales y económicas, 2) conservación y gestión de los recursos para el desarrollo, 3) fortalecimiento del papel de los grupos principales, y 4) medios de ejecución.

En el siguiente cuadro se muestran los 40 capítulos en los que se desagregan estas dimensiones.

Cuadro 1
Agenda 21: Dimensiones y capítulos

Dimensión	Capítulo
Social y Económica	1. Preámbulo.
	2. Cooperación internacional para acelerar el desarrollo sostenible de los países en desarrollo y políticas internas conexas.
	3. Lucha contra la pobreza.
	4. Evolución de las modalidades de consumo.
	5. Dinámica demográfica y sostenibilidad.
	6. Protección y fomento de la salud humana.
	7. Fomento del desarrollo sostenible de los asentamientos humanos.
	8. Integración del medio ambiente y el desarrollo en la adopción de decisiones.
Conservación y gestión de los recursos para el desarrollo	9. Protección de la atmósfera.
	10. Enfoque integrado de la planificación y la ordenación de los recursos de tierras.
	11. Lucha contra la deforestación.
	12. Ordenación de los ecosistemas frágiles: lucha contra la desertificación.
	13. Ordenación de los ecosistemas frágiles: desarrollo sostenible de las zonas montañosas.
	14. Fomento de la agricultura y del desarrollo rural sostenible.
	15. Conservación de la diversidad biológica.
	16. Gestión ecológicamente racional de la biotecnología.
	17. Protección de los océanos y de los mares de todo tipo, incluidos los mares cerrados y semicerrados, y de las zonas costeras, y protección, utilización racional y desarrollo de sus recursos vivos.
	18. Protección de la calidad y el suministro de los recursos de agua dulce: aplicación de criterios integrados para el aprovechamiento, ordenación y uso de los recursos de agua dulce.
	19. Gestión ecológicamente racional de los productos químicos tóxicos, incluida la prevención del tráfico internacional ilícito de productos tóxicos y peligrosos.
	20. Gestión ecológicamente racional de los desechos peligrosos, incluida la prevención del tráfico internacional ilícito de desechos peligrosos.
	21. Gestión ecológicamente racional de los desechos sólidos y cuestiones relacionadas con las aguas cloacales.
	22. Gestión inocua y ecológicamente racional de los desechos radiactivos.
Fortalecimiento del papel de los grupos principales	23. Preámbulo.
	24. Medidas mundiales a favor de la mujer para lograr un desarrollo sostenible y equitativo.
	25. La iniciativa y la juventud en el desarrollo sostenible.
	26. Reconocimiento y fortalecimiento del papel de las poblaciones indígenas y sus comunidades.
	27. Fortalecimiento del papel de las organizaciones no gubernamentales: asociadas en la búsqueda de un desarrollo sostenible.
	28. Iniciativas de las autoridades locales en apoyo de la Agenda 21.
	29. Fortalecimiento del papel de los trabajadores y sus sindicatos.
	30. Fortalecimiento del papel del comercio y la industria.
	31. La comunidad científica y tecnológica.
	32. Fortalecimientos del papel de los agricultores.
Medios de ejecución	33. Recursos y mecanismos de financiación.
	34. Transferencia de tecnología ecológicamente racional, cooperación y aumento de la capacidad.
	35. La ciencia para el desarrollo sostenible.
	36. Fomento de la educación, la capacitación y la toma de conciencia.
	37. Mecanismos nacionales y cooperación internacional para aumentar la capacidad nacional en los países en desarrollo.
	38. Arreglos institucionales internacionales.
	39. Instrumentos y mecanismos jurídicos internacionales.
	40. Información para la adopción de decisiones.

Fuente: Agenda 21. <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/agenda21toc.htm>

Esta propuesta, a pesar de su carácter global y amplio, logra desarrollar importantes ajustes y revisiones que han ido teniendo lugar a través de las diversas conferencias y cumbres mundiales y otras iniciativas internacionales, como las que se presentan a continuación.

1.3.2. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Estos esfuerzos otorgaron gran compromiso y voluntad política a las naciones del mundo, priorizando en los temas relacionados con los derechos sociales y el desarrollo sustentable. Sin embargo, fue hasta el año 2000 en la Cumbre del Milenio, realizada en la ciudad de Nueva York, cuando se estableció una agenda complementaria denominada Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La nueva agenda de los ODM fue adoptada por 189 países y plasmada en la Declaración del Milenio, su énfasis giró en torno a las políticas de globalización y la erradicación de la pobreza y el hambre. Asimismo, busca la cooperación y el compromiso entre los países del Norte y del Sur, con la finalidad de “respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial” (ONU, 2000).

Los ODM se constituyen en 8 objetivos definidos y son expresados en 18 metas para facilitar su evaluación y seguimiento, marcando como plazo límite de cumplimiento, el año 2015.

Cuadro 2
Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivos	Metas
1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre.	1. Reducir a la mitad la proporción de personas cuyo ingreso sea menor a un dólar por día. 2. Disminuir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.	3. Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.	4. Eliminar las disparidades de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005 y para todos los niveles de educación para el año 2015.
4. Reducir la mortalidad infantil.	5. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.
5. Mejorar la salud maternal.	6. Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	7. Detener y comenzar a revertir la tendencia de la expansión del VIH/SIDA. 8. Detener y comenzar a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	9. Integrar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas de los países, a fin de revertir la pérdida de los recursos ambientales. 10. Reducir a la mitad la proporción de personas que carecen de acceso al agua potable. 11. Haber alcanzado para el año 2020 un significativo mejoramiento de las condiciones de vida de por lo menos 100 millones de personas que viven en "asentamientos irregulares".
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Ello incluye el compromiso de lograr una Buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional. 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Ello incluye el acceso libre de aranceles y cupos para las exportaciones de los países menos adelantados, el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan mostrado su determinación de reducir la pobreza. 14. Atender las necesidades especiales de los países sin acceso al mar y los estados insulares pequeños. 15. Tratar comprensivamente los problemas de la deuda de los países en desarrollo a través de medidas nacionales e internacionales que hagan posible la sostenibilidad de la deuda en el largo plazo. 16. En cooperación con los países en desarrollo, impulsar e implementar estrategias para el trabajo de los jóvenes en forma decente y productiva. 17. En cooperación con las compañías farmacéuticas, proveer medicamentos esenciales a precios accesibles en los países en vías de desarrollo. 18. En colaboración con el sector privado, facilitar la disponibilidad de los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de información y comunicación.

Fuente: ONU, 2000. Declaración del Milenio.

1.3.3. El Decenio de Educación para el Desarrollo Sustentable de UNESCO

Diez años más tarde de la Cumbre de Río, la Comisión sobre el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, lleva a cabo en 2002 la Cumbre de la Tierra de Johannesburgo (Sudáfrica) en la que aparece más explícitamente el concepto de “equidad”, y se reafirma el compromiso por la erradicación de la pobreza. Por lo que en el marco de esta cumbre, la noción del desarrollo sustentable, se consolida a partir de la integración de tres elementos fundamentales: 1) la protección ambiental, 2) el crecimiento económico y 3) la equidad social (UNESCO, 2005).

Así, uno de los resultados más relevantes de esta nueva visión de la sustentabilidad, fue el Decenio de las Naciones Unidas de la Educación para el Desarrollo Sustentable durante el período 2005-2014, coordinado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Esta propuesta surge como una estrategia medular de acompañamiento para el logro de los ODM, sosteniendo la idea de que la educación, es un motor del cambio.

Para UNESCO, la educación hacia el desarrollo sustentable, ya no puede ser una opción sino una prioridad. Por ello, este manual de educación para el desarrollo sustentable tiene el objetivo central de promover una educación capaz de enfrentarse a los problemas principales de la vida en el siglo XXI, y que además, exhorte a todas las instituciones y personas a promover un desarrollo socialmente deseable, culturalmente rico, económicamente viable y ecológicamente sostenible (UNESCO, 2005). El documento está constituido por 19 temas específicos los cuales se desagregan en 5 dimensiones.

Cuadro 3
Dimensiones y temas específicos del Manual de Educación para la Sostenibilidad de la UNESCO

Dimensiones	Temas
1. Educativa	1. Educación para la sostenibilidad. 2. Experiencias exitosas y buenas prácticas.
2. Ambiental	3. Cambio climático. 4. Recursos hídricos. 5. Biodiversidad. 6. Energía. 7. El suelo y su degradación.
3. Social	8. Crecimiento demográfico y desarrollo. 9. Diversidad cultural. 10. Salud y calidad de vida. 11. Derechos humanos.
4. Económica	12. Economía y sostenibilidad. 13. Redistribución de la riqueza. 14. Agricultura y soberanía alimentaria. 15. Consumo responsable.
5. Política	16. Paz y seguridad. 17. Democracia y participación. 18. Urbanización y ordenación del territorio. 19. Local-global, comunidades sostenibles.

Fuente: UNESCO-Manual de Educación para la Sostenibilidad, 2005-2014

1.3.4. Los Objetivos de Desarrollo Sustentable: Agenda 2030

En 2015 se cumplió el plazo de los Obejtivos de Desarrollo del Milenio, por lo que en el marco del informe del PNUD de dicho año, Helen Clark (administradora del PNUD) señala que “Este año, los líderes mundiales tienen la oportunidad sin precedentes de poner el mundo en la senda del desarrollo incluyente, sostenible y resiliente” (ONU, 2015). Refiriéndose a la transición de los ODM del 2000 hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, cuya propuesta constituye la nueva agenda global 2030.

La agenda 2030, es el nuevo plan de acción mundial para el desarrollo sustentable cuya finalidad es que la comunidad internacional y los gobiernos nacionales promuevan la prosperidad y el bienestar común los próximos quince años, abordando más profundamente en

las causas principales de la pobreza, la desigualdad, la injusticia y del cambio climático. Esta nueva estrategia fue aprobada en una reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General a finales del 2015 en Nueva York, con el consenso de 193 estados miembros de Naciones Unidas plasmado en el documento final denominado “Transformando Nuestro Mundo: la Agenda de Desarrollo Sustentable de 2030”. La cual está constituida por 17 objetivos, 169 metas y 230 indicadores globales que entran en vigor a partir de 2016.

Cuadro 4
Objetivos del Desarrollo Sustentable

1. Fin de la pobreza	2. Hambre cero
3. Salud y bienestar	4. Educación de calidad.
5. Igualdad de género	6. Agua limpia y saneamiento.
7. Energía asequible y no contaminante	8. Trabajo decente y crecimiento económico
9. Industria, innovación e infraestructura	10. Reducción de las desigualdades
11. Ciudades y comunidades sostenibles	12. Producción y consumo responsables
13. Acción por el clima	14. Vida submarina
15. Vida de ecosistemas terrestres	16. Paz, justicia e instituciones sólidas
17. Alianzas para lograr los objetivos	

Fuente: Objetivos de Desarrollo Sustentable. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Cabe destacar que en todas estas estrategias internacionales, la salud y la equidad, están presentes como un objetivo fundamental para lograr el desarrollo sustentable. En la Agenda 21, la salud aparece como un objetivo de protección y fomento para el desarrollo sustentable en el capítulo sexto; en los ODM, tres de los ocho objetivos están relacionados con el tema de la salud: 1) reducir la mortalidad infantil, 2) mejorar la salud materna y 3) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; con respecto al decenio de educación, los temas de salud y calidad de vida se encuentran presentes en la dimensión social; y finalmente en los ODS, el objetivo tres resalta la importancia vital de la salud y el bienestar para toda la humanidad. Mientras tanto, la equidad se encuentra implícita en éstos y todos los objetivos que conforman cada una de las agendas, como un elemento detonador del desarrollo humano.

1.4. La teoría del desarrollo humano

A finales de la década de los ochenta, de manera simultánea a la Cumbre de la Tierra, el Programa de las Naciones Unidas (PNUD) reconoce la necesidad de un replanteamiento en el análisis del desarrollo, por lo que comienza la búsqueda de una propuesta alternativa al indicador del PIB, convocando a un conjunto de especialistas en las ciencias sociales, entre los que destacan: Mahbub Ul Haq, Paul Streeten, Meghnad Desai, Gustav Ranis, Keith Griffin, y el propio, Amartya Sen.

El trabajo resultante constituyó un hito en la medición del desarrollo, superando la perspectiva economicista concentrada principalmente en poseer dinero y bienes materiales, por una visión holística e integradora concentrada en el ser, es decir, en el bienestar y las capacidades de las personas, en la cual, el papel de las instituciones es estimado como un factor determinante (Nussbaum y Sen, 1993). La visión rinde homenaje a las aportaciones que en materia de desarrollo, había propuesto Amartya Sen (quien años más tarde se convertiría en el premio nobel de economía 1998), consolidándose así, la teoría del desarrollo humano.

Por lo tanto, la teoría del desarrollo humano de Sen, que tiene como base su enfoque de capacidades, concibe al desarrollo como la construcción de los entornos en los que se manifiesta la libertad de poder expandir las capacidades y oportunidades que más aspiran las personas. Con este pensamiento, Sen descontextualiza la definición reduccionista del desarrollo que contempla el crecimiento del PIB y el aumento de los ingresos, así como el progreso tecnológico y la industrialización.

1.4.1. La perspectiva de la libertad

Siguiendo este orden de ideas, la libertad es entendida como el conjunto de capacidades individuales para hacer cosas que una persona tiene razones para valorar (Sen, 2000). Por consiguiente, el desarrollo ha de evaluarse principalmente en función del aumento que hayan experimentado o no las libertades de los individuos. Entonces, no importa la cantidad de bienes o medios que tiene la persona, sino lo que consigue realizar con lo que tiene y considerando en gran medida, el grado de libertad que posee.

Así es como la teoría del Desarrollo Humano, promueve una visión de la justicia centrada en la expansión de las opciones de las personas, a través de la ampliación de los funcionamientos y capacidades humanas, es decir, la variedad de cosas que las personas pueden lograr ser y hacer. Entonces, la capacidad es un tipo de libertad, la libertad fundamental para conseguir distintas combinaciones de funciones, esto es, la libertad para conseguir los diferentes estilos de vida que tenemos razones para valorar. En palabras de Amartya Sen (1992:81):

“En la valoración de la justicia basada en las capacidades, las demandas o títulos individuales no tienen que valorarse en términos de los recursos o de los bienes elementales que las personas poseen, respectivamente, sino por las libertades de que realmente disfrutan para elegir las vidas que tienen razones personales para valorar. Es esta la libertad real la que está representada por las capacidades de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos”

Por ende, desde este marco de acción, las personas son las portadoras de las capacidades, y éstas a su vez, son el sustento del desarrollo, es decir, las capacidades son al mismo tiempo, el fin y el medio del desarrollo. Cabe resaltar que las capacidades están fuertemente condicionadas por los entornos económico, político, social, cultural y ambiental en el que se desenvuelven, lo que garantiza o no su ampliación y su libertad. Por esta razón, la definición

de las políticas públicas debe de incorporar tanto las necesidades individuales como las potencialidades colectivas, y así asegurar el desarrollo.

Asimismo, para Sen (1999) “la calidad de la vida tiene que ser juzgada no solamente por la forma en que terminamos viviendo, sino también por las alternativas substanciales que tenemos”, es decir, la libertad de elegir. Por la tanto, “la libertad puede ser susceptible tanto a lo que hace una persona como a las alternativas que tiene. La libertad proporciona una perspectiva más amplia al juzgar uno la ventaja humana, y por medio de ella, evaluar el éxito social” (Sen, 1999). Consecuentemente, la libertad se convierte en una valoración fundamental desde el análisis de la teoría del desarrollo humano.

Sen (1999) hace una revisión valorativa sobre este principio y señala que “el desarrollo en términos de la ampliación de las libertades (...) dirige la atención hacia los fines que hacen el desarrollo importante...”, sin embargo “las libertades que la gente disfruta depende también de otros factores determinantes, tales como las instituciones sociales y económicas (...), así como también los derechos políticos y civiles (...)”. Por lo tanto, la libertad es al mismo tiempo el principal fin y el principal medio para lograr el desarrollo. De esta manera, la libertad es tanto un valor constitutivo (fin) como instrumental (medio). Entonces, la libertad de optar por diferentes tipos de vida se refleja en el conjunto de capacidades reales de las personas (libertad de bienestar) y también de los entornos. Sen distingue dos tipos de libertades, y las clasifica en constitutivas e instrumentales.

1.4.2. La libertad constitutiva

“El papel constitutivo de la libertad está relacionado con la importancia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de la vida humana (...) Desde esta perspectiva constitutiva, el desarrollo implica la expansión de éstas y otras libertades....” (Sen, 2000:55).

Por consiguiente, estas libertades son entendidas como el conjunto de capacidades básicas o fundamentales que permiten contar con una vida saludable, tener un nivel de vida digno, poder leer y adquirir conocimientos, y disfrutar de una libertad política que permita participar en la vida de la comunidad a la que se pertenece y expresarse libremente, entre otras.

En este contexto, una de las principales preocupaciones de Sen, es que los individuos sean capaces de vivir el tipo de vida de acuerdo a sus aspiraciones, y señala que el criterio esencial para ello, es la libertad de elección y la superación de los obstáculos que impiden el despliegue de las libertades. Como por ejemplo, la capacidad de vivir muchos años, de ocupar un empleo gratificante, de vivir en un ambiente pacífico y seguro y de gozar de la libertad. Asimismo, menciona que las libertades constitutivas están determinadas por tres dimensiones: valor universal, oportunidades y procesos, y compromiso social.

Como valor universal, la libertad al igual que la democracia y otros valores y derechos universales; se conciben como un valor intrínseco de la justicia económica y social, y por ende del desarrollo. Es por eso, que para Sen, sin la expansión de la libertad constitutiva, el desarrollo podría enfocarse en aspectos materiales y descuidar al ser humano. En este sentido, Sen (2000:30) bajo la concepción de la libertad como valor universal, menciona que “la expansión de las libertades nos permiten ser personas sociales más plenas, que ejercen su propia voluntad e interactúan con -e influyen en- el mundo en el que viven”. Y reitera (PNUD,

2004:22) que “para construir sociedades humanas y justas, es necesario entender cabalmente la importancia que reviste la libertad en general...”

Como ya se ha señalado, la libertad permite a los seres humanos la oportunidad de lograr los objetivos y metas que tiene razones para valorar. Sin embargo, la libertad implica tanto “los procesos que hacen posible la libertad de acción y de decisión como las oportunidades reales que tienen los individuos, dadas sus circunstancias personales y sociales” (Sen, 2000:33). Por lo que la dimensión de las oportunidades y procesos de la libertad, permite hacer referencia tanto de los procesos de la toma de decisiones, como del conjunto de oportunidades que permiten a las personas, lograr resultados y acciones que valora.

De tal forma que la libertad como “La faceta de oportunidad se refiere, pues, a la capacidad real para conseguir cosas” (Sen, 1997:128). Cabe señalar, que la idea de este concepto implica la expansión e integración de las oportunidades sociales, económicas y medio ambiental, las cuales son ofrecidas para la elección del ser humano, como por ejemplo: vivir muchos años, tener un empleo digno, comprar bienes y servicios, entre otras opciones. A la vez, esta faceta se constituye de dos vertientes: la importancia intrínseca y la importancia derivada de las oportunidades.

La primera de ellas, es la libertad que tenemos de elegir para hacer algo o no hacerlo; y la segunda, la importancia derivada, depende únicamente del uso real de la misma. En este sentido, Hayek menciona que “la importancia de ser libres para hacer una cosa no tiene nada que ver con la cuestión de si es probable o no que nosotros o la mayoría hagamos alguna vez uso de esa posibilidad” (Sen, 2000:349). En su aspecto como proceso, se resalta la importancia

de contemplar en el análisis del desarrollo ciertos procedimientos, como la participación política y la participación en los debates, es decir, se debe considerar que no sólo son medios para lograr mayor crecimiento económico y social, sino que además juegan un papel constitutivo para los fines del desarrollo. La libertad como proceso, incluye dos características distintivas: la autonomía (decisional) y la no coacción (inmunidad hacia terceros).

En el sentido de autonomía, la libertad, hace referencia a la capacidad de decidir por uno mismo, ser los dueños de nuestras acciones y decisiones. Respecto a la autonomía decisional, Sen (1997:130) comenta que “se refiere al papel operativo que una persona tiene en el proceso de elección y lo esencial en ello es que uno mismo tome las decisiones, (...) Esto exige la identificación del dominio propio de las decisiones autónomas.”

Sobre la inmunidad frente a la interferencia de los demás (la libertad de inmunidad), es posible considerarla como una idea negativa de ausencia de actividades de terceros. Esta idea está relacionada con la conceptualización de la libertad negativa que según Berlin (1998:220) responde a la pregunta “cuál es el ámbito en que el sujeto -una persona o un grupo de personas- se le deja o se le debe dejar hacer o ser lo que es capaz de hacer o ser, sin que en ello interfieran otras personas”. En este sentido, Sen (1999) menciona que “para esbozar el significado de inmunidad, es necesario definir lo que constituye <<interferencia>> (...) Es posible considerar la libertad como inmunidad como una idea <<negativa>> -la ausencia de actividades intrusivas-...”

Así, las facetas de procesos y oportunidades de la libertad como fin constitutivo del desarrollo, permitiría sentar las bases para evaluar la eficacia y bondad de las instituciones en beneficio

del desarrollo y en la solidez de las instituciones para permitir un escenario social con alto grado de justicia social y equidad, en donde se provea de una diversidad de oportunidades, sin que se presente la intromisión de terceros en las decisiones o de las circunstancias para llevar a cabo este proceso.

Desde esta óptica, el desarrollo humano no sólo debe incluir la libertad como faceta de oportunidad, sino también debe de coexistir con su faceta de procedimiento o proceso, la cual hace factible el aumento de las oportunidades

Por otra parte, es necesario resaltar que para resolver las problemáticas sociales que el ser humano enfrenta, las libertades constitutivas tienen que tener un compromiso social. Para Sen, es necesario percatarse de nuestra humanidad en su totalidad para tomar decisiones y considerar que “la libertad no es sólo un valor social central, sino también un producto social inseparable” (Sen, 2003).

Es decir, la responsabilidad y compromiso social no tiene porque referirse únicamente a las consecuencias que pudieran causar nuestras propias conductas y comportamientos, sino también a concepciones generales como por ejemplo a la miseria, las hambrunas o enfermedades que se observan a nuestro alrededor, y que podríamos remediar si estuviera en nuestro alcance (Sen, 2000).

1.4.3. La libertad instrumental

Para Sen, las libertades instrumentales son aquellas que sirven como medio para el desarrollo, y asumen cinco formas distintas pero a la vez interrelacionadas: las libertades políticas, los servicios económicos, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y la seguridad protectora. Así, la libertad como objetivo final del desarrollo, necesita garantizar y potencializar las libertades instrumentales, es decir, su papel de medio para el desarrollo. En palabras del propio Sen:

“El papel instrumental de la libertad se refiere a la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general y, por lo tanto, a fomentar el desarrollo (...) La eficacia de la libertad como instrumento reside en el hecho de que los diferentes tipos de libertad están interrelacionados y un tipo de libertad puede contribuir extraordinariamente a aumentar otros” (Sen, 2000:56).

Y agrega:

“Las opciones que una persona tiene dependen grandemente de las relaciones con los otros y de lo que el Estado y otras instituciones hagan. Deberíamos estar particularmente preocupados por esas oportunidades que están fuertemente influenciadas por las circunstancias sociales y las políticas públicas” (Drèze y Sen, 2002:6).

Por lo tanto, las libertades políticas, se refieren a la conciencia política, de expresión y pluralismo político, y los derechos de voto y de oposición política de las democracias. Hacen énfasis en la oportunidad de decidir quién gobierna y bajo qué principios, a la libertad de oposición política, de crítica a las autoridades, a la libertad de expresión, al diálogo, discrepar y criticar en el ámbito político; asimismo permite el derecho de participación en la elección de poderes (Sen, 2000). En particular, Dworkin (1995) identifica estas libertades como

fundamentales para sustentar los derechos básicos de primera generación¹³ que deben ser cubiertas principalmente por los gobiernos para disminuir las desigualdades.

Por otra parte, los servicios económicos, representan la libertad de realizar intercambios, de producir o de consumir recursos o bienes, la existencia y al acceso a recursos financieros (créditos, financiamiento, etc.) por parte de los consumidores o empresas. Son los derechos y libertades que se dan en el marco regulatorio de mayor o menor libertad de los funcionamientos de los mercados, es decir, de las condiciones de intercambio y de los precios relativos. Pueden influir de manera importante y decisiva en los procesos económicos que permiten elevar el ingreso y la riqueza de un país, lo que a su vez, se refleja en un aumento de las libertades y derechos económicos de la población (Sen, 2000).

En las oportunidades sociales, se incluye principalmente el grado de accesibilidad que tiene la sociedad a los servicios públicos, como por ejemplo, a los servicios de educación y salud, además de la integración y diversidad política y cultural, entre otros servicios públicos. Estas oportunidades sociales (educación y salud) no sólo permiten que el ser humano lleve una vida sana y con conocimientos, evite enfermedades y muertes prematuras; sino que además, le permiten el aumento de la libertad para participar más eficazmente en actividades sociales, económicas y políticas (Sen, 2000).

En este marco, combatir enfermedades evitables y muertes prematuras, permite aumentar las libertades fundamentales de los individuos, ya que incrementa las oportunidades de participar activamente en el entorno ambiental, social, económico y político de la sociedad, además le

¹³ Entre estos derechos se encuentran: el derecho a la educación, la salud, la alimentación, la vida, entre otros.

permite la posibilidad de estar con su familia, gozar de mayor autoestima haciendo actividades colectivas.

Las garantías de transparencia, se refieren a la necesidad de honestidad que esperan los individuos, es decir, la libertad para interrelacionarse con otros con la garantía de la divulgación y claridad de la información. Así, surge como una libertad fundamental que garantiza un claro funcionamiento de todos los demás mecanismos sociales, económicos y políticos que permite prevenir la corrupción y la irresponsabilidad financiera (Sen, 2000).

Finalmente, la seguridad protectora, como libertad instrumental, comprende mecanismos institucionales como las prestaciones o seguros de desempleo, las ayudas económicas para los indigentes, ayudas para aliviar las hambrunas o generación de empleo de emergencia para proporcionar ingresos a los pobres, entre otras (Sen, 2000). Así, la seguridad protectora es necesaria para proporcionar una red social de protección que evite que la población que está en la miseria o en grado vulnerable, caiga en un mayor nivel de pobreza, o incluso la muerte.

Así, la perspectiva de la libertad como medio o instrumento del desarrollo, consiste en que las libertades y los derechos pueden contribuir de gran manera para el progreso social y económico, de esta forma los derechos y las oportunidades contribuyen al desarrollo humano. Lo anterior, tiene como base las interconexiones que se establecen entre los distintos elementos intermedios, de tal manera que un tipo de libertad puede contribuir extraordinariamente a aumentar otras, impulsando así a la larga, el desarrollo humano (Sen, 2000).

Por consiguiente para Sen, es importante considerar en el análisis del desarrollo, además del indicador de la expansión económica, el impacto de la democracia, las instituciones y las libertades públicas sobre la vida y las oportunidades de los individuos; el reconocimiento de los derechos cívicos, como una de las aportaciones de la democracia, que otorga a los ciudadanos la posibilidad de acceder a servicios que atiendan sus necesidades elementales y de ejercer presiones sobre una política pública adecuada.

Por lo tanto, la teoría del desarrollo humano de Amartya Sen, posibilita el análisis del desarrollo desde la noción de las capacidades que se pueden lograr como una combinación de la libertad y el bienestar de los seres humanos; representando un punto crucial para el desarrollo de políticas públicas justas y equitativas, donde se consideren aspectos sociales, económicos, ambientales, culturales y políticos que sustenten el desarrollo para los más vulnerables y desprotegidos.

1.4.4. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Índice de Desarrollo Humano (IDH)

La unificación del Programa Ampliado de Asistencia Técnica (fundado en 1950) y el Fondo Especial para el Desarrollo (fundado en 1959), hicieron posible la creación del PNUD en el año de 1965, teniendo como principales objetivos, la consecución del desarrollo humano y la lucha contra la pobreza. No obstante, el surgimiento del neoliberalismo en la década de los setenta y las políticas públicas impulsadas por Estados Unidos, hacían cada vez más difícil el logro de estos objetivos, pues mientras el cosumismo dirigido por el mercado se consolidaba, el humanismo, perdía lugar.

Las limitaciones del modelo neoliberal que sólo pretendía el equilibrio presupuestal y financiero, provocaron profundas demandas en la sociedad y sus intelectuales (los trabajos de la OIT, el pensamiento humanista de Sen, y las constantes y cada vez más profundas protestas ambientalistas, entre otras aportaciones); logrando progresivamente que los organismos internacionales, asumieran su compromiso social conteniendo contra el neoliberalismo ortodoxo (Hidalgo, 1998).

En este contexto, a finales de la década de los ochenta, el PNUD no sólo pretendía elaborar una visión más humanista del desarrollo, al reunir al grupo de intelectuales¹⁴ (entre los que destaca el economista Amartya Sen), sino que también buscaba proponer un nuevo instrumento de medición que incentivara a los países del mundo a crear y mejorar sus condiciones estructurales y entornos institucionales, con el fin de que los individuos pudieran tener la libertad para la realización de sus aspiraciones.

Así, teniendo como base conceptual la teoría del desarrollo humano impulsada por Amartya Sen, el PNUD instituye un indicador del desarrollo de las capacidades de las personas y de su calidad de vida, llevando el nombre de Índice de Desarrollo Humano (IDH). El cual permite evaluar el nivel medio alcanzado por cada país, a partir de tres aspectos esenciales: la salud, la educación y el ingreso. Cabe señalar que el PNUD fue incorporando progresivamente otros aspectos sociales que generaron nuevos índices, como por ejemplo, el índice de pobreza humana -1; el índice de pobreza humana -2; el índice sexo específico de desarrollo humano; y el índice de participación femenina; entre otros. De hecho, no contempló inicialmente factores ambientales, solamente económicos, de educación, de salud y de género.

¹⁴ Mahbub Ul Haq, Paul Streeten, Meghnad Desai, Gustav Ranis, Keith Griffin y Amartya Sen.

Fue hasta 2001, cuando se adicionó el factor de sustentabilidad ambiental representado por los valores de emisiones de dióxido de carbono y eficiencia energética, como un elemento a considerar en la evaluación del desarrollo humano y de la calidad de vida. Sin embargo, si el IDH se vinculara con algún otro índice ambiental más amplio como el de la huella ecológica, el orden actual de los países en dicho índice cambiaría de forma importante.

En su aspecto instrumental del IDH consiste en:

- Longevidad y salud: son representadas por la esperanza de vida al nacer. Se considera importante porque tener una vida prolongada es algo valioso en sí mismo, impactando indirectamente en una adecuada nutrición y buena salud.
- Instrucción y acceso al saber: son representados por la tasa de alfabetización de adultos (dos tercios) y la tasa bruta de escolarización para todos los niveles (un tercio). Su importancia radica en que la alfabetización es el proceso previo para el aprendizaje y la construcción de conocimiento.
- La posibilidad de disponer de un nivel de vida digno: se representa a través del PIB por habitante. Su consideración radica en que este indicador debe reflejar los rendimientos decrecientes al modificar el ingreso en capacidades humanas. Para el PNUD (1990) no es necesario que las personas cuenten con recursos financieros excesivos, para garantizar un nivel de vida digno.

Con respecto a la interpretación de los valores obtenidos, el IDH está constituido por tres categorías: cuando los países obtienen un índice mayor a 0.80, su nivel de desarrollo humano

es alto; aquellos que se encuentran entre 0.50 y 0.79, su nivel de desarrollo humano es medio; y los que se ubican en una medición inferior a 0.50, tienen un desarrollo humano bajo.

Con el IDH, el PNUD logra conceptualizar un nuevo enfoque del desarrollo con carácter humano, entendiéndolo, como el proceso en el cual se amplían las oportunidades de las personas, considerando tres esenciales: disfrutar de una vida prolongada y saludable; adquirir conocimientos; y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Ya que si no se poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas, continuarían siendo inaccesibles. Sin embargo, para el desarrollo humano, aún hay más oportunidades altamente valoradas por las personas, como por ejemplo: la libertad política, económica y social, hasta la posibilidad de ser creativo y productivo, respetarse a sí mismo y disfrutar de la garantía de los derechos humanos (PNUD, 1990:34).

Por otro lado, el PNUD comienza a publicar anualmente a partir de 1990 un informe sobre desarrollo humano, para mostrar la operatividad de su estrategia a los tomadores de decisiones y responsables del diseño de políticas públicas. Desde entonces, ha publicado una variedad de temáticas analizadas desde la concepción teórica del desarrollo humano. En la siguiente tabla, se enlistan las diferentes propuestas.

Cuadro 5
Informes del Desarrollo Humano, 1990-2010

Año	Tema
1990	Concepto y medición del desarrollo humano.
1991	Financiación del desarrollo humano.
1992	Dimensiones globales del desarrollo humano.
1993	Participación popular.
1994	Nuevas dimensiones de la seguridad humana.
1995	Género y desarrollo humano.
1996	Crecimiento económico y desarrollo humano
1997	Desarrollo humano para erradicar la pobreza.
1998	Consumo para el desarrollo humano.
1999	La mundialización con rostro humano.
2000	Derechos humanos y desarrollo humano.
2001	Poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano.
2002	Profundizar la democracia en un mundo fragmentado.
2003	Objetivos del desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza.
2004	La libertad cultural en el mundo diverso de hoy.
2005	La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual.
2006	Más allá de la escasez: poder, pobreza y la crisis mundial del agua.
2007/8	La lucha contra el cambio climático: solidaridad frente a un mundo dividido.
2009	Movilidad y desarrollo humanos
2010	Caminos al desarrollo humano

Fuente: PNUD

1.5. La integración del Desarrollo Humano y el Desarrollo Sustentable

Para Amartya Sen, el desarrollo significa la expansión de las libertades de los individuos para vivir la vida que tiene razones para valorar y para aumentar las opciones reales entre las cuales puede elegir. Por lo tanto, el desarrollo debe evaluarse principalmente en función del aumento que hayan experimentado las libertades de los individuos, sin considerar la cantidad de bienes o medios que tiene la persona, sino más bien, lo que consigue realizar con lo que tiene y el grado de libertad para llevarlo a cabo (Sen, 2000).

En palabras del propio Sen (1997:143):

“Si se juzga la libertad por nuestra capacidad para vivir del modo en que uno elegiría, entonces el espacio de los bienes no es el espacio adecuado para la valoración de la libertad”...“Es más sensible juzgar la libertad como

oportunidad en términos de capacidad para conseguir resultados valiosos que simplemente por la posesión de bienes”.

Dicho por el PNUD, “El desarrollo humano tiene dos aspectos. La formación de capacidades humanas -tales como un mejor estado de salud, conocimientos y destrezas- y el uso que la gente hace de las capacidades adquiridas -para el descanso, la producción o las actividades culturales, sociales y políticas” (PNUD, 1990:34).

Mientras tanto y de manera casi simultánea a la consolidación de la teoría del desarrollo humano, la Comisión Mundial de Medio Ambiente de Naciones Unidas pronuncia por primera vez, en su informe llamado “Nuestro Futuro Común”, la definición más conocida del término desarrollo sustentable. Fue la Dra. Gro Harlem Brundtland en 1987, la encargada de presentar ante el mundo este concepto, definiéndolo como aquel desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades.

Cabe señalar que en esta definición, el desarrollo sustentable, comparte la acepción del término de capacidad, propuesto por Sen en su teoría del desarrollo humano y enfoque de capacidades. Sin embargo, fue a principios de la década de los noventa, en el marco del documento de la Declaración de Río (de la Cumbre de Río de Janeiro celebrada en 1992) en su primer principio, donde queda plasmada la convergencia de ambas perspectivas, al colocar al ser humano en el centro de sus reflexiones. Afirmando que *“Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”* (ONU, 1992).

Por otra parte, en el marco de esta cumbre también, se aprueba el programa global de acción sobre desarrollo sustentable, conocido como *Agenda 21*, donde se plantea un nuevo enfoque para el tratamiento de las cuestiones medioambientales y de desarrollo, pretendiendo ser una nueva alternativa para dar respuesta a las necesidades de las personas, preservando al mismo tiempo, las bases sociales, económicas y medioambientales de las que depende el desarrollo.

La Agenda, incluye temas relacionados con el desarrollo de las capacidades y oportunidades humanas como: la educación, salud, alimentación, vivienda, entre otras. Convirtiéndose en un importante marco de referencia (que se mantiene vigente desde su creación) para la combinación de acciones sociales, económicas y ambientales; enmarcando la visión del desarrollo sustentable en el enfoque del desarrollo humano. Bajo esta dinámica, el desarrollo sustentable pasa a ser una tarea del desarrollo humano, planteando que la sustentabilidad de las oportunidades y capacidades humanas depende de mantener en equilibrio el conjunto de recursos físico, humano, financiero, social y medioambiental.

Al respecto, Anand y Sen (1994) señalan que se debe compartir la capacidad de bienestar entre la presente y las futuras generaciones. Por lo que el desarrollo humano debe promover la equidad intergeneracional e intrageneracional, garantizando a las generaciones futuras oportunidades y capacidades semejantes y la misma libertad de la que ha gozado la generación presente. Asimismo, la sustentabilidad debe reforzar los esfuerzos individuales y colectivos para preservar la calidad del entorno ambiental en donde el ser humano se desenvuelve.

En palabras de Anand y Sen (1994:4):

“La promoción del desarrollo humano en el mundo de hoy debe complementarse con salvaguardas para que sus frutos estén disponibles en el futuro. A medida que se llega a una mejor comprensión de los temas discutidos en la conferencia sobre el medio ambiente (UNCED) en Rio de Janeiro en 1992, la integración del progreso humano y de la conservación del medio ambiente emerge como uno de los desafíos centrales del mundo moderno (...). El valor moral de sostener lo que tenemos ahora depende de la calidad de lo que tengamos. El enfoque de desarrollo sostenible como un todo apunta hacia la dirección del futuro tanto como hacia la dirección del presente. No existe, de hecho, ninguna dificultad básica en ampliar el concepto de desarrollo humano (...) para que se le integren los derechos de las generaciones futuras y la urgencia de la protección del medio ambiente.”

Y agregan:

“la sostenibilidad es un asunto de equidad distributiva, es decir, de compartir la capacidad de bienestar entre la gente de hoy y la gente del futuro...Por ende, el desarrollo humano debería considerarse como una contribución mayor al logro de la sostenibilidad” (Anand y Sen, 1994:16-17).

Por otro parte, el administrador del PNUD, J. Speth en 1994 plantea en su ponencia “Building a new UNDP: Agenda for Change”¹⁵, una visión integradora del desarrollo, en la que enfatiza que además de estar centrada en el ser humano, debería ser equitativa y comprometida con la conservación del medio ambiente. Con sus propias palabras J. Speth señala:

“El desarrollo, por supuesto, debe ser un proceso integrador, un proceso que reúna el entendimiento y las aspiraciones que se reflejan en los conceptos “desarrollo humano” y “desarrollo sustentable”. Esta fusión, debe ocurrir conceptual y operativamente, debe tener un nombre (...) “desarrollo humano sustentable”, una unión natural de las dos palabras” (PNUD, 1994).

Este planteamiento fue el preámbulo de la integración teórica del desarrollo humano y el desarrollo sustentable, nombrado desde el seno del PNUD, como: desarrollo humano sustentable. Esta nueva perspectiva del desarrollo es definida por Speth como:

“el desarrollo que no sólo genera crecimiento económico, sino que distribuye sus beneficios equitativamente; regenera el medio ambiente en lugar de destruirlo;

¹⁵ Discurso presentado hacia el pleno del PNUD.

potencializa a las personas en lugar de marginarlas. Da prioridad a los pobres, ampliando sus opciones y oportunidades, y prevé su participación en las decisiones que les afectan. Es un desarrollo que está a favor de los pobres, a favor de la naturaleza, a favor del empleo, a favor de la democracia, a favor de la mujer y a favor de la niñez” (PNUD, 1994).

En este contexto, se configura la convergencia teórica del desarrollo humano sustentable, como una nueva perspectiva del desarrollo centrada en la gente que promueve la expansión de las oportunidades y libertades del ser humano para un desarrollo equitativo, con integración social y gobernanza. Protegiendo y regenerando el medio ambiente y salvaguardando las opciones de la presente y futuras generaciones.

Lo anterior, quedó plasmado en el informe de 1994 del PNUD sobre desarrollo humano, titulado: Nuevas dimensiones de la seguridad humana. En el que se menciona que el desarrollo humano sustentable, valora la vida humana en si misma y no simplemente porque las personas puedan producir bienes materiales, ni tampoco valora la vida de una persona más que la de otra, y agrega que:

“Ningún recién nacido debe estar condenado a una vida breve o miserable sólo porque ese niño ha nacido en una "clase social incorrecta" o un "país incorrecto" o es del "sexo incorrecto" (PNUD, 1994:15).

Además:

“El desarrollo debe posibilitar que todos los individuos aumenten su capacidad humana en forma plena y den a esa capacidad el mejor uso en todos los terrenos, ya sea el económico, el cultural o el político. El universalismo de las reivindicaciones vitales es el hilo común que une las exigencias del desarrollo humano de la actualidad con las exigencias del desarrollo del mañana, especialmente con la necesidad de la conservación del medio ambiente y de su regeneración para el futuro” (PNUD, 1994:15).

Por lo tanto, se puede afirmar que esta nueva forma de valorar el desarrollo, centra su análisis en la habilidad que tiene una sociedad para brindar a la población el conjunto de capacidades que le permitan acceder a mejores oportunidades de bienestar social y desarrollo. Y por supuesto, no es compatible con el carácter neoliberal del desarrollo. No obstante, es importante resaltar que esta aportación teórica no habría sido posible, sin la amplia movilización social e intelectual que demandaba una sociedad más justa y equitativa.

1.5.1. La equidad en el desarrollo

El enfoque del desarrollo humano basado en las capacidades de Amartya Sen, representa un nuevo modelo de justicia social y de desarrollo con aspiraciones universales, en donde la equidad y la libertad, son aspectos fundamentales. Para Sen, la equidad o justicia social debe procurar esencialmente la igualdad para desplegar las capacidades, así como un entorno social, económico, político y medio ambiental equitativo de oportunidades provistas por las instituciones públicas, principalmente.

Así, “la justicia (...) no tiene que valorarse en términos de los recursos o de los bienes elementales que las personas poseen, (...) sino por las libertades de que realmente disfrutan para elegir las vidas que tienen razones personales para valorar” (Sen, 1992:81), ya “que las comparaciones de posesiones de medios para la libertad (tales como <<bienes primarios>>, <<recursos>> o <<rentas>>) no pueden proporcionar las comparaciones interpersonales que constituyen una parte esencial de la (...) justicia.” (Sen, 1997:110).

Por lo tanto, “las libertades de las que las personas gozan constituyen un territorio destacado de la justicia”, por ello, “una teoría de la justicia basada en la equidad ha de tratar profunda y directamente de las libertades reales de que gocen las distintas personas -personas que pueden tener objetivos diversos- para llevar vidas diferentes que es posible que tengan razones de valorar.” (Sen 1997:121).

Por consiguiente, no se puede hablar de igualdad y justicia social sin considerar la diversidad existente entre los seres humanos y sus oportunidades de desarrollo, las cuales deben desarrollarse en entornos equitativos y sustentables para la expansión de las libertades. Al respecto, Sen (1995:264) señala que:

“las distancias entre las libertades y los medios para las libertades no hubieran sido de gran importancia (...) si las posibilidades de transformación de medios en libertades reales fueran idénticas para todos los seres humanos. Ya que estas posibilidades de transformación varían enormemente de un persona a otra, los juicios de la ventaja en el espacio de los medios para la libertad resultan ser bastantes diferentes para las valoraciones de los alcances de las libertades en sí mismos. La fuente del problema es la diversidad dominante de los seres humanos que hacen la igualdad de un espacio entrar en conflicto con la igualdad en otro espacio.”

De esta manera

“... resulta difícil entender una perspectiva de la libertad que no tenga a la equidad como elemento central. (...) En este contexto es importante reconocer que las negaciones y violaciones de la libertad se presentan típicamente bajo la forma de negar los beneficios de la libertad a algunos, aún cuando otros tienen la plena oportunidad de disfrutarlos.” (Sen, 2003).

De esta manera, la equidad desde la perspectiva del desarrollo humano, implica que todas las personas tengan una oportunidad equivalente para alcanzar las libertades tanto constitutivas como instrumentales necesarias para lograr la vida que desean. Y para ello, se requiere la compensación de la desigualdad en las libertades básicas. Es decir, para Sen (2000; 2003) la

equidad no significa un trato igualitario para todos, sino más bien, un trato equitativo considerando la diversidad de condiciones de los individuos, que brinde oportunidades diferentes para que puedan desarrollar sus distintas aspiraciones. Así, el concepto de equidad no es sinónimo de igualdad, ya que una igualdad injusta en el entorno social, se puede traducir como una acentuada inequidad.

1.5.2. La salud en el desarrollo

Por otro lado, la salud en el desarrollo, es tanto una libertad constitutiva como instrumental necesaria en la calidad de vida de las personas y en el bienestar social, la cual debe estar estrechamente vinculada con los derechos y con la justicia social, así como también con los entornos sociales en los que se desenvuelven los seres humanos y que son provistos por la sociedad y el estado (Sen, 2000, 2002; Stiglitz, Sen y Fitoussi, 2010).

Así, partiendo de la premisa fundamental del desarrollo humano y la expansión de las libertades, una de las principales limitantes para alcanzarlo, sería la inequidad en los servicios de salud y los efectos negativos en el estado de salud que conlleva, considerando también otros determinantes sociales de ésta. En contraparte, una de las libertades más trascendentales para el ser humano, sería no estar expuesto a enfermedades y causas de muertes evitables, permitiéndole a la sociedad mejores condiciones de justicia social y equidad (Sen, 1999, 2002).

Para Sen (1999:8), “la salud es una parte constitutiva del desarrollo”, “... forma parte integrante de un buen desarrollo”. Es decir, la salud es simultáneamente el medio y el fin del

desarrollo. Por eso, tener una vida duradera y saludable, es uno de los principales aspectos del desarrollo que considera el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), a través de la esperanza de vida al nacer. Una vida duradera y saludable brinda mayores opciones para elegir, y por ende, mayor libertad. Contar con mejores oportunidades y procesos, permite a las personas satisfacer sus necesidades básicas y gozar de buena salud física y mental.

La salud es una pieza clave para la calidad de vida, y su privación, representa un peligro para el bienestar social y económico de una nación (Sen, 1980, 1985, 1993). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) contempla dos dimensiones distintas de la salud, pero a la vez inseparables. Desde lo individual, representa el buen funcionamiento biológico del organismo y la ausencia de enfermedades. Desde lo social, es contemplada integralmente, representa un estado completo de bienestar físico, mental y social. Es decir, la salud no debe ser concebida como la ausencia de enfermedades, sino que va más allá, debe entenderse su vínculo con las condiciones sociales apropiadas (Brena, 2004). En este mismo tenor, Frenk (1994) señala que en el contexto de la salud, converge lo biológico y lo social, lo individual y lo colectivo, lo público y lo privado.

Por consiguiente, el enfoque del desarrollo humano y de capacidades y su aspecto esencial, la libertad; plantea desafíos apremiantes en materia de salud, disminuir las brechas sociales, el rezago epidemiológico acumulado, y mejorar el acceso y la calidad de la atención, entre otros. Asimismo, desde esta perspectiva, la salud de las personas no sólo corre peligro con las enfermedades, sino que muchos otros aspectos cotidianos como la pobreza, la violencia, el deterioro ambiental, la falta de alimentos y empleo, la inseguridad, la falta de acceso a agua

potable y viviendas adecuadas, la falta de acceso a la educación, entre otras carencias de derechos humanos, también comprometen el desarrollo de la salud humana. Consecuentemente, “el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse (...) universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo” (Sen, 1999:1).

Entonces, para alcanzar el desarrollo, es de vital importancia garantizar el derecho a la salud en todos los ámbitos. Y para ello, se requiere diseñar políticas públicas con un enfoque de desarrollo humano que contemple el mejoramiento de la salud integralmente, es decir, con una visión conjunta de los problemas y las soluciones, reconociendo la relevancia del papel que juegan las instituciones sociales y económicas, en las libertades humanas.

En concordancia, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los tres pilares básicos para tener un adecuado desarrollo humano son: la nutrición, la atención de la salud y la educación. Asimismo, para la Secretaría de Salud en México (2005), la salud es una prestación básica de un amplio conjunto de bienes y servicios, dirigidos a la persona tanto en su individualidad como colectivamente, indispensable para lograr el bienestar de la sociedad.

Así, la salud entendida como una libertad humana provista en entornos equitativos, es una de las premisas esenciales que debería considerarse en toda reflexión sobre el desarrollo. Sen (1999, 2000) señala que si no se tiene acceso a una de las libertades constitutivas e instrumentales como es la salud, ello podría traducirse en pobreza. Y sugiere que la pobreza, debe identificarse a partir de la privación de las libertades, y no únicamente con la estimación del ingreso. Es decir, la utilidad de esta variable consiste en el potencial de las actividades (funcionamientos) que permite hacer, es decir, las libertades para conseguir una vida con

buena salud por largo tiempo. Una persona saludable, tiene más posibilidades de obtener mayores ingresos, de nutrirse mejor y acceder a servicios de salud con calidad.

Observar a la salud desde el contexto del desarrollo, y específicamente, desde el desarrollo humano, implica entenderla integralmente, con calidad universal y de bien público, y con equidad y justicia social. Sustituyendo la visión utilitarista impuesta por el sistema económico, por una visión más social, entendida como una libertad fundamental que el individuo debe tener y cuidar (Sen, 1999:9). No obstante, la perspectiva del desarrollo humano reconoce que el desarrollo económico es un requisito necesario pero no suficiente para garantizar la salud, y que utilizar en mayor cantidad los servicios de salud, no significa mejor salud. Por lo tanto, “la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, y que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido y su razón de ser” (OPS/OMS, 1973:4).

1.5.3. La salud en el desarrollo sustentable

La relación de la salud y la sustentabilidad tiene su origen en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, Kazajistán en 1978, la cual aparece en el tercer principio de su declaración señalando que:

“El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial”

Sin embargo, fue hasta 1992 en el marco de la Cumbre de la Tierra cuando se acentúa el vínculo entre la salud y el desarrollo sustentable, que a su vez, quedó plasmado en el primer principio de la Declaración de Río (de Janeiro) sobre el Ambiente y el Desarrollo, la cual afirma que: *“Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sustentable. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza”* (ONU, 1992).

Cabe señalar que la connotación sobre el concepto de desarrollo sustentable utilizada tanto en la Cumbre de Río, como en su estrategia de acción, la Agenda 21; sostiene la idea de un desarrollo capaz de brindar los elementos necesarios para una calidad de vida adecuada preservando la armonía en la utilización de los recursos sociales, económicos y ambientales que implica el desarrollo. En este sentido, la salud es una pieza esencial del desarrollo sustentable.

La Agenda 21, como ya se ha mencionado antes, es la guía por excelencia para la combinación de acciones sociales, económicas y ambientales para el desarrollo, la cual contempla la protección y promoción de la salud como aspecto determinante del desarrollo sustentable. En su capítulo sexto¹⁶, precisa cinco acciones para la protección y fomento de la salud humana:

1. La satisfacción de las necesidades de atención primaria de salud, especialmente en zonas rurales: en esta acción se encuentra la creación de infraestructura básica del sector salud y establecimiento de sistemas de seguimiento, planeación y evaluación del sistema de salud. Asimismo, como investigación y metodologías en higiene ambiental.

¹⁶ La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la responsable de la gestión de este capítulo.

2. La lucha contra las enfermedades transmisibles: comprende la identificación de riesgos ambientales, lucha contra el VIH/SIDA, educación y difusión de información acerca de los riesgos de estas enfermedades, conciencia de la higiene ambiental y nutrición adecuada; y control de factores ambientales (abastecimiento y contaminación del agua, calidad de los alimentos, recolección y eliminación de desechos).
3. La protección de los grupos vulnerables: su cometido es proteger y educar en temas de salud a los niños, jóvenes, las mujeres y las poblaciones indígenas y sus comunidades. Entre los temas que destacan, son la atención primaria de salud, educación de salud reproductiva y sanitaria, protección de salud maternal, y medicina tradicional.
4. La solución del problema de la salubridad urbana: su prioridad es disminuir la tasa de mortalidad infantil, la mortalidad derivada de la maternidad, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso, enfermedades diarreicas (como indicador del suministro y calidad del agua), las tasas de accidentes industriales y de transporte, y disminución del consumo de drogas, de la violencia y de los delitos.
5. La reducción de riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales: se enfoca en el control de la contaminación del aire y agua, y de los desechos sólidos sobre la base de los riesgos de la salud, evaluación de las repercusiones de las condiciones ambientales sobre la salud en la planificación y desarrollo de nuevas industrias y servicios de energía, desarrollo de higiene y seguridad sanitaria industrial.

A nivel regional se dieron algunos encuentros importantes en pro del vínculo de la salud y el desarrollo sustentable. En 1994, en el marco de la Primera Cumbre de las Américas realizada en Miami (Florida, Estados Unidos de América) para el Desarrollo y la Prosperidad, se discute en el apartado de acceso equitativo a los servicios de salud, su importancia en el progreso social y la prosperidad económica. En 1995, los representantes de las áreas de salud, ambiente y desarrollo de los países del continente Americano, se reúnen por primera vez en Washington (D.C., Estados Unidos de América) para analizar sus desempeños e interdependencia en los acuerdos de la Agenda 21 y la Cumbre de las Américas; trayendo como resultado nuevos compromisos estipulados en la “Carta Panamericana sobre salud y ambiente en el desarrollo humano sostenible”, la cual promueve en primera instancia la protección y la promoción de la salud como elementos fundamentales para el bienestar social y el desarrollo económico. No obstante, reconoce en su estrategia que el crecimiento económico es necesario, pero por sí solo insuficiente para la salud comunitaria y una calidad de vida decente. Asimismo, en su segundo principio, señala que prevenir los problemas de salud y el deterioro del ambiente, generalmente es más humano y más eficaz en función del costo, que corregir y tratar los daños ya causados.

Por otro lado, en 1996 el International Development Research Center de Canadá (IDRC por sus siglas en inglés), impulsó un enfoque ecosistémico de la salud llamado “Ecosalud”, cuya premisa fundamental señala que toda gestión de los ecosistemas debe estar dirigida a la búsqueda del equilibrio entre la salud y el bienestar humano, y no sólo a la protección del ambiente.

En el 2000, surge la iniciativa de desarrollo global que sucedió a la Agenda 21, denominada Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), esta nueva agenda plantea la referencia de los principales desafíos que habría que combatir en los próximos 15 años. En los ODM, la salud está incluida en 3 de ellos, plasmada en las siguientes metas dirigidas a la protección de la salud de la población:

- a) Una reducción de dos tercios en la mortalidad de los menores de cinco años.
- b) Disminuir a la mitad la proporción de niños con menos de cinco años con peso inferior al normal.
- c) Reducir en un 75% la tasa de mortalidad maternal.
- d) Detener y comenzar a invertir en la propagación del VIH/SIDA.
- e) Detener y empezar a invertir en la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes.

Cabe destacar que en la Declaración del Milenio, no sólo se señala la vinculación de estas metas con el mejoramiento del estado de salud-enfermedad de las poblaciones, sino también, con su calidad de vida, resaltando la importancia de otros factores sanitarios como el acceso a medicamentos, la salud reproductiva, las enfermedades de notificación obligatoria e inmediata y el acceso a agua potable, entre otros.

En 2002, en el marco de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sustentable (CMDS) realizada en Johannesburgo, se reafirman las metas y acciones expuestas en la Agenda 21 y en los ODM en materia de salud, dando paso a una nueva iniciativa denominada Water, Energy, Health, Agriculture and Biodiversity (WEHAB por sus siglas en inglés); cuyo objetivo es impulsar

actividades relacionadas con estas cinco áreas de vital importancia para el desarrollo sustentable. En el ámbito de la salud, la WEHAB señala que:

“La salud es fundamental para erradicar la pobreza y lograr el desarrollo sustentable. La salud no consiste sólo en la falta de enfermedades, sino también en los derechos humanos fundamentales al agua potable, al saneamiento y a unos servicios de salud asequibles y equitativos. Las cuestiones de la salud, pues, deben ocupar un lugar prominente en las consideraciones sobre el desarrollo sustentable. Cada vez es más acuciante la necesidad de romper el círculo vicioso de unos problemas tan íntimamente conectados como la degradación del medio ambiente, la salud deficiente y la pobreza. Quienes son pobres tienen más probabilidades de enfermar. Los enfermos tienen más probabilidades de quedarse pobres...”.

Asimismo, también menciona que:

“La estrecha vinculación entre salud, productividad y desarrollo no solo justifica sino que incluso hace necesario adoptar criterios más integrados e intersectoriales acerca de la salud.” (ONU, 2002).

Más recientemente, en el marco de la Cumbre del Desarrollo Sustentable de 2015 entra en vigor la nueva estrategia sobre desarrollo para lograr un mundo sustentable en el año 2030. Como ya se mencionó, los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) son sucesores de los ODM, y plantean el reto de superar los logros alcanzados con ellos, consiguiendo las metas pendientes. Los ODS a diferencia de los anteriores, instan a todos los países del mundo a adoptar medidas para promover la prosperidad y el cuidado del planeta. Y reconocen que las iniciativas para acabar con la pobreza, deben ir de la mano de estrategias que favorezcan no sólo el crecimiento económico, sino que aborden las más apremiantes necesidades sociales, entre las que cabe señalar la educación, la salud, la protección social y las oportunidades laborales, sin olvidar la lucha contra el cambio climático y la protección del medio ambiente.

En el contexto de la salud, el objetivo tres plantea garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades mediante nueve metas específicas para 2030 (excepto la meta seis):

1. Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
2. Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
3. Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
4. Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
6. Reducir para 2020 a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
7. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

9. Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

A partir de lo anterior, se puede señalar que la salud del ser humano no es una cuestión propia del aspecto biológico y el comportamiento, sino que depende en gran medida de la calidad del medio ambiente en donde se desenvuelve. De hecho, es común observar como muchas personas logran sobrevivir a enfermedades graves, sin embargo; una buena salud va más allá de la supervivencia. Una buena salud, proporciona dignidad, libertad, entre otras oportunidades que fortalecen el bienestar individual y colectivo, generando desarrollo social, económico y ambiental, es decir, desarrollo sustentable.

1.5.4. La equidad en salud y sus abordajes

El concepto de equidad en salud está enraizado en la visión de “Salud para Todos”, la cual fue constituida en el marco de la 30ª Asamblea Mundial de la OMS celebrada en 1977 con el objetivo trascendente de abogar por la justicia social. Esta estrategia global de salud, recomendaba a los gobiernos esforzarse para lograr que todos los ciudadanos del mundo alcanzaran en el año 2000, un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva (Alleyne, 2002).

Un año más tarde (en 1978), en la famosa Declaración de Alma-Ata se establecen las bases de la estrategia de atención primaria de salud (de la cual iba a depender el éxito de “Salud para Todos”), en la que se determinaron tres aspectos importantes para lograr el cometido: la aplicación de la tecnología apropiada, la participación comunitaria, y la cooperación

intersectorial. Y aunque el objetivo de esta política universal no se logró, “Salud para Todos” fue sin duda, un acontecimiento significativo para la salud de los latinoamericanos, pues marcó un precedente al representa el primer esfuerzo de una política pública para la igualdad y la equidad en salud.

Su análisis posterior provocó un cambio de perspectiva en torno a la necesidad de redirigir la mirada hacia tres criterios básicos: 1) incorporar la salud a los derechos humanos, 2) incorporar el concepto de la ética en términos de los grupos de población y menos en términos de la persona, y 3) la incorporación de la noción de equidad, entendida como justicia. Esta noción de equidad debía entenderse en términos igualitaristas al pretender garantizar un estado mínimo de salud para todos, pues este movimiento surgió principalmente para corregir la injusticia distributiva a nivel mundial provocada por la tendencia de maximizar los resultados sanitarios, originada quizá naturalmente de la tradición hipocrática en la que el médico o trabajador de la salud busca hacer el bien a todos los pacientes, pues no se tenía la inquietud por los más débiles, es decir, no se valoraban las diferencias entre el débil y el fuerte, sólo se buscaba aumetar el nivel promedio (Alleyne, 2002).

Estos tres criterios básicos, han sentado las bases para demostrar en los últimos veinte años que existen importantes diferencias en el estado de salud de las personas según distintos atributos sociales, económicos, demográficos, geográficos, de género, entre otros. Y han marcado también, un interés profundo en el concepto de equidad en salud, apareciendo desde entonces, como uno de los principales objetivos de las agendas de los gobiernos y de los organismos internacionales.

Aunado a este interés por el tema de la equidad, los gobiernos y la comunidad científica así como la sociedad en general, han reconocido recientemente el gran impacto de las condiciones sociales, políticas, económicas y ambientales en el estado de salud de la población. Asimismo, se ha destacado la importancia de los avances que este reconocimiento ha generado en la práctica y campo de estudio de la salud, resaltando que la salud no depende únicamente del acceso a los servicios sanitarios, y valorando cada vez más el trabajo de otras disciplinas distintas de la medicina en su contribución a la salud. Lo que a su vez, ha ampliado la necesidad de abordar la interrelación de los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales que son expresados en circunstancias concretas de vida de los individuos.

Por lo tanto, esta concepción multidimensional de la salud y la relevancia de otras influencias en las condiciones de la salud, hacen pensar que entre más justa es una sociedad, más saludable es su población (Ferrer, 2003). Por lo tanto, analizar la salud desde la justicia social, requiere necesariamente, pasar por el estudio de la equidad (Peñaranda, 2013). De hecho, “Resulta imposible un planteamiento actual, moderno de la atención de la salud sin que aparezca como tema prioritario la equidad. Y donde no aparece es porque sin ninguna duda ha sido soslayado deliberadamente” (Sonis, 2001).

Sen (1980, 1992, 2002) señala en sus escritos sobre justicia social y equidad en salud, que en el mundo contemporáneo ninguna teoría de la justicia podría tener verdadera credibilidad si no valora la igualdad en relación con alguna otra variable que se considere importante. Y aclara que como idea abstracta, la igualdad no tiene mucha fuerza, ya que el paso fundamental consiste en especificar el ámbito en el que hay que buscar la igualdad y las reglas a seguir para

definir lo equitativo en los aspectos tanto agregativo como distributivo. Por lo tanto para Sen, este es el punto central donde la equidad en la realización y distribución de la salud, es fundamental para entender la justicia social.

En este mismo tenor, Peter y Evans (2002:30) argumentan que la mejor forma de considerar a la equidad en el campo de la salud, no es como un objetivo social en sí mismo y aislado, sino como algo inherente a la búsqueda más amplia de justicia social e imparcialidad. Y distinguen cuatro enfoques filosóficos relacionados con la equidad en salud:

1. La doctrina utilitarista, la cual busca potenciar al máximo la suma del bienestar individual, asumiendo que la capacidad de todas las personas para disfrutar de la salud es igual.
2. Las teorías igualitarias, que se centran en consideraciones distributivas sin valorar la salud total de la población. No obstante, existen muchos tipos de teorías igualitarias y la defensa que hacen de la obligación social de garantizar la salud individual o de proporcionar asistencia sanitaria, depende del concepto de igualitarismo defendido por cada una de ellas. Como lo señala Sen, depende de los elementos que contenga cada teoría respectiva.
3. La perspectiva de la prioridad, la cual prioriza en la asignación de recursos para los más enfermos, es decir, se enfoca en los que tienen peor salud, y no necesariamente en el estado de salud de los más pobres.
4. El enfoque procedimental, enraizado en el concepto rawlsiano de justicia. Esta visión interpreta que lo éticamente equivocado en las inequidades en salud, guarda estrecha relación con las causas de esta falta de equidad. Es decir, su objetivo consiste en

garantizar que las instituciones sociales, económicas y políticas básicas funcionen sin exclusiones.

Como se puede observar, los tres primeros enfoques se concentran en el patrón distributivo de los resultados finales sanitarios, mientras que el procedimental derivado del ideal rawlsiano, coloca el objetivo de la equidad en salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social. Aunque se argumenta que este último es el más atractivo, no significa que estas distintas perspectivas sean excluyentes entre sí. Pues a pesar de los diferentes puntos de vista, se pueden encontrar acuerdos sobre cuando una desigualdad se convierte en una inequidad.

Lo anterior, representa el marco de acción en donde los distintos abordajes tratan de explicar y operacionalizar el concepto de equidad en salud. Entre los cuales, se suele encontrar con mayor frecuencia la visión de justicia sanitaria de Margaret Whitehead, el enfoque de los determinantes sociales y económicos de la salud, y la perspectiva de los derechos y valores.

Whitehead (1991) hace una marca distinción entre los términos “desigualdades en salud” e “inequidades en salud”. Refiriéndose al primero como aquellas diferencias sistemáticas y significativas de salud entre los miembros o grupos poblacionales, mientras que el segundo; desde una dimensión moral y ética consiste en las desigualdades que son innecesarias y evitables, pero que además, se consideran arbitrarias e injustas. Y agrega que para calificar una determinada situación como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad.

Por lo tanto, para Whitehead “La equidad en salud implica que, idealmente todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse”. Además señala que “el objetivo de la política para equidad y salud no consiste en eliminar todas las diferencias en salud para que así todos posean el mismo nivel y calidad de salud, sino más bien reducir o eliminar aquellas que resultan de los factores que se consideran tanto evitables como injustos”. De esta manera, la “Equidad, en consecuencia, se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible” (Whitehead, 1991).

Y aunque la interpretación de las diferencias en la salud desde este enfoque variarán de un país a otro y en función del tiempo, en términos generales Whitehead (1991) ha identificado siete factores que determinan estas diferencias de salud:

- 1) La variación natural, biológica.
- 2) Conductas de libre elección que dañan la salud.
- 3) Ventaja transitoria de salud de un grupo con respecto a otro, cuando ese grupo adopta primero comportamientos que promueven la salud hasta que el otro tienen los medios de alcanzar el mismo nivel de salud que el primero.
- 4) Comportamiento dañino de la salud cuando la libre elección de estilos de vida, está severamente restringido.
- 5) Condiciones no saludables y estrés en el trabajo y la vida diaria
- 6) Acceso inadecuado a servicios básicos de salud y otros relacionados con la salud

7) Selección natural o movilidad social relacionada con la salud que implica que las personas enfermas desciendan en la escala social.

Por otro lado, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) observa a la salud desde las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, considerando indirectamente los factores de riesgo individuales. Así, la CDSS asume que la equidad en salud debe estar dirigida a promover la reducción de las diferencias injustas de salud entre los diferentes grupos humanos, las cuales resultan de la estratificación social producida por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios.

Cabe señalar que uno de los principios teóricos que fundamenta su estrategia de análisis de la equidad, es el pensamiento de Amartya Sen sobre desarrollo y justicia social, basado en la expansión de las capacidades y oportunidades del ser humano para elegir libremente su plan de vida, en donde la salud se considera una libertad para alcanzar el desarrollo. Es decir, el enfoque de la CDSS para abordar la equidad, no se centra en los resultados de salud sino en las oportunidades, por lo tanto, no se requiere el logro del mismo nivel de salud para todas las personas, sino más bien una distribución equitativa de los determinantes de la salud que permita a todos, tener la misma oportunidad de alcanzar una vida saludable (Peñaranda, 2013).

Desde la óptica de los derechos y valores, la equidad tanto a nivel de salud como de acceso a sus servicios, es entendida como el valor principal que sustenta el derecho a la salud. Asimismo, representa el propósito fundamental que sostiene a todo sistema de salud y la ética y responsabilidad del estado de proveer salud para todos (Requena, 1999).

No obstante, estos abordajes no son los únicos marcos explicativos de la equidad en salud, lo importante en ello, son sus esfuerzos por reconocer las desigualdades en este ámbito y promover acciones para su reducción desde el marco de la justicia social, cuestionando rigurosamente el modelo de desarrollo prevaleciente y el papel de las instituciones en la salud de las personas.

Cuando se habla de equidad en salud, no se puede dejar de considerar en el análisis la obra *“Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción”*, editada por Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth en 2002. La obra conjunta más de quince investigaciones realizadas en varios países del mundo como China, Japón, Estados Unidos de América, Chile, Rusia, Tanzania, Sudáfrica, Kenya, Bangladesh, Gran Bretaña, Suecia, México y Vietnam. En las cuales se abordó desde una óptica de equidad, el estudio de varios de sus cimientos conceptuales como: ética, determinantes sociales, género, mediciones, financiación de la atención de la salud, globalización y política; con la finalidad de medir, controlar e interpretar los progresos de la equidad sanitaria en los ámbitos nacional e internacional.

Por lo que vale la pena destacar algunos de sus hallazgos clave encaminados a la reducción de la inequidad en salud. En primer término, esta obra es una prueba de que el centro de la atención mundial ha cambiado para dirigirse hacia las inequidades en salud; segundo, hace evidente que la respuesta política convencional es insuficiente y en algunos casos, hasta contraproducente; tercero, hay convergencia en que la dimensión más importante de la equidad en salud debe estar centrada en los resultados finales de salud ya que otras dimensiones como la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, aunque también es

importante en sí misma, puede entenderse en relación con su impacto sobre el estado de salud; cuarto, los estudios sobre la equidad en salud, utilizan nociones intuitivas sobre lo que es justo e intentan hacerlas más explícitas; quinto, aunque cada uno de los estudios se enfocó en un aspecto distinto de las disparidades en salud, en la mayoría de ellos, se sostiene que las desigualdades examinadas son evitables e injustas; y por último, se señala que es bastante raro encontrar investigación sobre las inequidades en salud en los países en desarrollo.

Wagstaff (2002) complementa estas ideas afirmando que la investigación sobre las desigualdades e inequidades en salud, es más abundante en los países industrializados y de ingresos medios, y que entre los aspectos más relevantes de dicha investigación se sustenta que las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres; que éstas tienden a ser más pronunciadas con los indicadores de mala salud, como la malnutrición y la mortalidad, que con los indicadores subjetivos; que hay grandes variaciones entre los países con respecto a la magnitud de las desigualdades en materia de salud (aunque dichas variaciones en sí mismas también varían dependiendo los indicadores sanitarios y socioeconómicos utilizados); y finalmente agrega que las desigualdades socioeconómicas en salud, parecen estar aumentando tanto en el mundo en desarrollo como en el industrializado, en lugar de disminuir.

De esta manera, la cuestión de la inequidad en los distintos aspectos de la vida, constituye un problema mundial. Prácticamente en todas las sociedades existe desigualdad en el ingreso, la salud y en la satisfacción de necesidades, lo que representa un grave problema de justicia social, y en particular, de justicia sanitaria; ya que el estado de salud de las personas depende en gran medida de las circunstancias sociales y de una amplia variedad de políticas públicas.

En este sentido, se reconoce la existencia de un orden social y político injusto que requiere transformaciones estructurales (Peter y Evans, 2002:27; Peñaranda, 2013).

En este sentido, si se pretende entender las inequidades sociales en el campo de la salud e intervenir para corregirlas, se debe considerar tanto los aspectos biológicos como los sociales, económicos, culturales, políticos y del ambiente, que afectan la salud. Por lo que la equidad en salud, es también, inevitablemente multidimensional (Diderichsen et al., 2002:13; Sen, 2002). Dicho de otro modo, las múltiples formas de estimar y medir la salud, la variedad de factores que la afectan y las diferentes clasificaciones de los grupos poblacionales a través de los cuales se pueden establecer comparaciones, reflejan lo complicado del tema para la investigación empírica.

Sin embargo, pese a lo intrincado del tema, se reconoce que en la mayoría de los estudios sobre el análisis de las desigualdades e inequidades en salud, así como en la formulación de políticas públicas, aparece frecuentemente el uso de la definición operativa de equidad en salud elaborada por Whitehead a principios de la década de los noventa, ya sea implícita o explícitamente. Refiriéndose a las desigualdades en salud, como aquellas diferencias significativas en las condiciones de salud, medidas por la esperanza de vida al nacer; tasas de mortalidad infantil; mortalidad por causas o tasas de morbilidad; entre diferentes grupos socioeconómicos definidos a partir de su nivel de ingresos, educación, origen étnico, género, área de residencia u otros factores relacionados, independientemente de la valoración dada de justicia de estos factores. La interpretación comúnmente aplicada sobre las inequidades, se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas (lo que implica una

valoración de si las desigualdades son o no evitables), así como la aplicación de conceptos más complejos de justicia distributiva a la salud (Evans et al., 2002:4; Ferrer, 2003).

Por otra parte, el consenso más importante observado a nivel mundial en torno a las desigualdades e inequidades en salud, es que éstas son comunes en todos los países tanto ricos como pobres, y que deben ser disminuidas. No obstante, el debate sobre el tema continúa. La confusión principal radica en que para algunos el propósito de la equidad debe estar en las desigualdades en el nivel y la calidad de la salud de los grupos, es decir, debe concentrarse en los resultados. Mientras que para otros, la prioridad se encuentra en las desigualdades dadas en el suministro y la distribución de los servicios de salud, es decir, en el acceso a la asistencia sanitaria (Wagstaff, 2002; Gwatkin, 2000).

Al respecto, Sen (2002:78; Drèze y Sen, 2002) sostiene que la equidad en salud no se puede entender en términos de la distribución de la asistencia sanitaria, sino que ésta debe ampliarse y superar el marco de la asistencia sanitaria recibida a fin de incluir otras formas de mejorar los resultados finales (como por ejemplo, mediante la educación) y la libertad para lograr dichos resultados.

La postura teórica de Norman Daniels (2001) sobre la justicia en los servicios de atención de salud, propone centrarse en la justicia del proceso, ya que no basta con describir la injusticia distributiva con relación a los resultados de salud, sino que es indispensable examinar los factores que determinan la salud, que por la misma naturaleza de su distribución desigual, contribuyen a generar las inequidades en salud.

Por lo tanto, todos estos esfuerzos a pesar de su ambigüedad, han servido para organizar la discusión sobre los determinantes del estado de salud de las poblaciones y su acceso a los servicios de atención sanitaria, beneficiando en alguna medida la elaboración y toma de decisiones relacionadas con las políticas de intervención que busquen reducir las inequidades y mejorar la salud y el bienestar social (Linares y Arellano, 2008).

1.5.5. La equidad y los servicios de atención a la salud

En la estrategia de “Salud para Todos” se plantean varias metas dirigidas a alcanzar la equidad en la atención de los servicios de salud, basadas en la premisa fundamental de todos los sistemas de salud en el mundo: el despliegue justo y equitativo de los recursos disponibles para beneficio de toda la población. Aunque en este contexto, la equidad pueda interpretarse de varias maneras.

Al respecto, Frenk (1994) señala que para lograr la equidad en el sistema de salud, se requiere que la distribución de éstos sea proporcional a las necesidades de salud, independientemente de la contribución del usuario. Y sugiere una igualdad de esfuerzos en las oportunidades y procesos para obtener servicios de salud equitativos.

Anand et al., (2002) indican que cualquier medida utilizada para valorar la equidad en salud, debe considerar por lo menos cinco aspectos importantes: el estado de salud, los grupos de población en los que se señalan las inequidades en salud, el grupo de referencia o categoría con la que comparan, los intercambios que se puedan realizar entre las mediciones absolutas y

relativas, y la magnitud atribuida a la (mala) salud de los individuos o grupos en los distintos puntos de la distribución de la (mala) salud.

Por otro lado, Whitehead (1991) propone tres condiciones de igualdad para definir la equidad en la atención de la salud:

- 1) Igual acceso a la atención disponible para igual necesidad. Supone el mismo derecho a los servicios disponibles para todos, una distribución justa en todo el país basada en las necesidades de atención de la salud y facilidad de acceso en cada área geográfica, así como la eliminación de otras barreras que impidan el acceso. De esta manera, considera que las inequidades en el acceso también surgen cuando los recursos y las instalaciones se distribuyen irregularmente en el país, agrupándose en las áreas urbanas y más prósperas y escaseando en las comunidades rurales y marginadas. Y agrega, que otra forma de restricción innecesaria en el acceso se da si los recursos disponibles de un país se gastan casi exclusivamente en servicios médicos con tecnología avanzada que atiendan a un pequeño segmento de la población, mientras que se hace muy poco para lograr servicios equilibrados de atención de salud en beneficio de la mayoría.

- 2) Igual utilización para igual necesidad. En este punto, Whitehead advierte que es necesario ser sumamente cuidadosos al tratar de interpretar esta meta. Si se encuentran diferencias en las tasas de utilización de ciertos servicios por parte de diferentes grupos sociales, esto no significa automáticamente que las diferencias

son inequitativas. Más bien se trata de una indicación de que se necesitan estudios complementarios para determinar por qué las tasas de utilización son diferentes.

3) Igual calidad de la atención para todos. Con respecto a este concepto, la autora refiere que en muchas sociedades, es muy importante que cada persona tenga una oportunidad igual de ser seleccionado para recibir servicios de atención, por medio de un procedimiento justo basado en las necesidades y no en la influencia social.

La OPS por su parte, desde la perspectiva de la organización de los servicios de salud, supone que la equidad implica reducir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas; y recibir atención en relación con las necesidades (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir de acuerdo a las capacidades de pago (equidad financiera) (Arteaga et al., 2002).

Para Marta Porto (2002) la equidad en los sistemas de salud, implica la igualdad de oportunidades de acceso para necesidades iguales, sin embargo, advierte que no siempre la operacionalidad de este concepto garantiza mejores niveles de equidad. Esta idea alude a los tipos de equidad horizontal y vertical. Es decir, cuando habla de igualdad de oportunidades para necesidades iguales, refiere a la equidad horizontal, siempre y cuando se considere la existencia de necesidades diferentes según la heterogeneidad personal y social de las personas; y con respecto a la equidad vertical, sugiere un tratamiento desigual para necesidades desiguales, considerando prioridades en la aplicación de programas de asistencia (Porto, 2002).

Bambas y Casas (2001) señalan que tanto la equidad horizontal como la equidad vertical, tienen diferentes implicaciones en las políticas y no pueden ser aplicadas aleatoriamente a los problemas, sino por el contrario; su instrumentación debe responder a algún rasgo característico del problema que justifique la elección de una u otra (Linares y Arellano, 2008).

Todo lo anterior, permite señalar que la evidencia científica generada del análisis de la equidad, ha contribuido en el diseño y orientación de políticas públicas en salud que garanticen un sistema de salud equitativo, con calidad y eficiencia, lo que a su vez, ha permitido el progreso de los sistemas de salud en general, desarrollado desde la década de los noventa.

No obstante, Whitehead (1992) también menciona que los factores que pueden afectar los logros y/o fracasos en materia de salud van mucho más allá de los servicios de salud, ya que pueden influir distintos factores como: la genética de las personas, los ingresos, los hábitos alimenticios y los estilos de vida, el entorno ambiental y epidemiológico, y las condiciones laborales.

En este mismo sentido, el enfoque del desarrollo humano considera que en materia de salud, más no es lo mismo que mejor, que consumir en mayor grado los servicios de salud no implica mejor salud, si éstos no se proveen con el debido nivel de accesibilidad y calidad. Y para ello, es de suma importancia que se garantice el derecho a la salud en todos los ámbitos que converjan en ella.

1.6. Comentarios finales

La perspectiva del desarrollo humano y enfoque de capacidades de Amartya Sen, ha permitido replantear críticamente el concepto de desarrollo, trascendiendo la visión economicista por una visión más social y humana, ubicando al ser humano en el centro de sus postulados desde la expansión de su libertad para lograr ser y hacer lo que más anhela para su vida. Esta idea es compartida por la visión del desarrollo sustentable, de manera que ambas posturas convergen para proponer un marco de acción integral que considere la ampliación de las capacidades y libertades de la población, valorando a la equidad como una pieza clave de la sustentabilidad de las oportunidades del ser humano.

De esta manera, la convergencia teórica del desarrollo humano sustentable, la salud es considerada una de las libertades necesarias para alcanzar el desarrollo, la cual se encuentra estrechamente relacionada con los derechos y con la justicia social, y por ende con la equidad.

Por lo tanto, esta investigación propone desde este marco teórico, un planteamiento de análisis que enmarca el concepto de equidad en el ámbito de la salud, como una capacidad detonadora de las oportunidades y libertades relacionadas con el acceso a la salud, que permita a todos los elementos que convergen en la protección social de la población, formar las bases para que se presenten los entornos estructurales e institucionales necesarios para proveer salud de forma universal y equitativa, optimizando el bienestar humano sin comprometer el bienestar saludable de las generaciones presentes y futuras.

Para finalizar este apartado, cabe señalar que en sus aportaciones sobre desarrollo y salud, Amartya Sen resalta a la salud no sólo como una capacidad del ser humano para su libertad universal, sino también como un derecho. Por lo que en el siguiente capítulo, se aborda el marco normativo del derecho a la salud en México.

CAPÍTULO II. MARCO NORMATIVO: EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

2. Introducción

En este capítulo se presenta el marco normativo y legislativo del derecho a la salud en México, pero antes de ello, se hace una breve contextualización de este derecho como un derecho humano; posteriormente, se hace un recorrido de su configuración histórica a nivel internacional, incluyendo los principales tratados que enmarcan la salud como un derecho desde el Sistema de Naciones Unidas hasta el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. En seguida, se profundiza en el derecho a la salud en la legislación mexicana, así como en la estructura que compone al Sistema Nacional de Salud y su cobertura y financiamiento. Finalmente, se concluye el capítulo con algunos comentarios sobre la justicia financiera que impera en el sistema mexicano de salud, que permiten observar las condiciones de los entornos socioeconómico e institucional en donde se desenvuelve la salud como un derecho en beneficio del desarrollo humano sustentable de la población mexicana.

1.1. El derecho a la salud como un derecho humano

Desde finales de la década de los cuarenta, en el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se reconoció que el ejercicio del derecho a la salud, implica también la garantía de otros derechos que se refieren tanto a la protección individual como: vida, integridad, libertad, seguridad; como también aquellos aspectos que garantizan el disfrute del bienestar colectivo, como: seguridad social, educación, trabajo, vivienda y recreación, entre otros.

En este contexto, desde la perspectiva del desarrollo humano, la salud no sólo es una libertad, sino también un derecho. Por lo tanto, el derecho a la salud así como todos los derechos humanos, representa un conjunto de demandas éticas que se encuentran íntimamente vinculadas con la justicia y la equidad; las cuales deben ser garantizadas por el Estado a través de leyes y políticas que beneficien a todos los sectores de la población, y en particular a los más desfavorecidos.

Así, la salud como un derecho humano precisa la obligación del Estado de proveerla con el más alto grado de justicia social, mediante la organización de los medios (libertades instrumentales) adecuados para garantizar su accesibilidad, tal como los servicios de salud y otras instancias de la medicina social, y programas y políticas relacionados, que permitan al ser humano ejercer este derecho como finalidad (libertad constitutiva).

Al respecto, Sen (2002) menciona que la base del derecho a la salud, radica en un tratamiento proporcional de la igualdad, lo que significa que la salud debe ser garantizada por el Estado en entornos de justicia distributiva, a través de un tratamiento igual en condiciones iguales y desigual en condiciones desiguales.

De esta manera, el derecho a la salud queda enmarcado como un derecho humano en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 al señalar en su artículo 25 que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad,

invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

Asimismo, la Declaración de 1977 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala a la salud como un derecho fundamental y un objetivo social. Paralelamente, en 1978 en la Declaración de Alma-Ata, se reconoce a la salud como un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud, exige la intervención de muchos sectores sociales y económicos, además del de la salud.

En este sentido, la salud no sólo es un derecho humano inherente de las personas, sino que debe representar un elemento fundamental en la configuración de las políticas sociales y económicas del Estado, que contribuya en un desarrollo equitativo y sustentable de la población.

Así, los tratados internacionales brindan el marco normativo donde la salud surge y se va consolidando como un derecho social para el ser humano que debe ser garantizado por el Estado y sus instituciones.

1.2. El derecho a la salud en el contexto internacional

En el contexto internacional, existe una serie de instrumentos jurídicos y normativos en los que se reconoce explícitamente el derecho a la salud, poniendo de manifiesto las responsabilidades del Estado y de sus instituciones, así como el parámetro de protección que pueden exigir las personas.

En este orden de ideas, se abordan las principales normas y tratados decretados universalmente, distinguiendo los que forman parte del Sistema de Naciones Unidas, de los del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (del ámbito regional).

2.2.1 Principales tratados internacionales que enmarcan el derecho a la salud

En el Sistema de las Naciones Unidas, destaca la Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada el 10 de diciembre de 1948, como la base de la configuración internacional del derecho a la salud, en la cual como ya se señaló en párrafos anteriores, se establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Más tarde, durante la década de los sesenta la ONU aprueba una de las disposiciones de desarrollo más amplia en el derecho internacional de derechos humanos sobre el derecho a la salud, denominada Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966, con el propósito de establecer obligaciones específicas para los Estados y sus instituciones, el cual en su artículo 12 establece que:

1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que se deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena afectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Cabe señalar que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDES), es el órgano encargado de supervisar y vigilar el cumplimiento de las disposiciones del Pacto. Y en lo referente al derecho a la salud, en el año 2000 generó la Observación General No. 14 relativa al artículo 12, en la que se expresa la naturaleza y el alcance de este derecho puntualizando que la posibilidad de cumplir el nivel de satisfacción estipulado en el Pacto (el derecho al más alto estándar de salud en todos sus niveles) y de ampliarlo a todos los sujetos sin discriminación y dentro de todos los elementos que lo constituyen, debe estar enmarcado por cuatro condiciones elementales:

1. Disponibilidad: implica que cada Estado Parte cuente con instalaciones, bienes y servicios para garantizar la atención de la salud, así como la existencia de programas con cobertura amplia, que permitan asegurar el acceso a agua limpia potable y a condiciones adecuadas de sanidad, hospitales, clínicas y otras instancias relacionadas con el cuidado de la salud, con personal médico y profesional bien capacitado, así como la existencia y el abastecimiento de medicamentos esenciales.
2. Accesibilidad: considera el acceso a los servicios de salud para todos sin discriminación alguna, permitiendo el acceso físico, económico y de información; particularmente para los sectores más vulnerables o marginados de la población
3. Aceptabilidad: refiere que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud, deberán ejercer el respeto de la ética médica; la cultura inherente en el desarrollo de la accesibilidad a los servicios sanitarios, es decir, la cultura de las personas, las minorías,

y las comunidades; a las condiciones del género y ciclo de vida; así como a la confidencialidad y mejora del estado de salud de todas las personas.

4. Calidad: Debe estar relacionada con una infraestructura de servicios de salud en general apropiada cultural, científica y médicamente de buena calidad, lo que requiere entre otras cosas, de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobado y certificado en buen estado, acceso a agua potable, y aptas condiciones sanitarias.

Asimismo, esta observación también puntualiza el requerimiento indispensable de la conformación de un sistema de protección que incluya otros derechos complementarios protegidos en otros instrumentos internacionales. Reafirmando con ello, a la salud como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.

Es así, que desde la aprobación de este Pacto en 1966 el concepto de salud ha venido evolucionado tanto en su contenido como en su alcance, de manera que otros aspectos como los estilos de vida, la alimentación, la vivienda, el empleo, la educación, la equidad, la dignidad humana, la libertad de elección, la democracia, etc.; se han ido integrando al concepto del derecho al estándar más alto posible de salud física y mental, ratificando lo establecido en el documento de la Constitución de la OMS en 1946, en donde se reconoce el derecho a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades.

Para 1969, la ONU aprueba la Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social, establece que los Estados deben encaminarse a la continua elevación del nivel de vida, tanto

material como espiritual de todos los miembros de la sociedad, dentro del respeto y el cumplimiento de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, mediante el logro de seis objetivos contenidos en su artículo 10, de los cuales se destaca el inciso d porque se refiere de manera puntual a las obligaciones que los Estados deben asumir para “el logro de los más altos niveles de salud y la presentación de servicios de protección sanitaria para toda la población, de ser posible en forma gratuita”.

Respecto a lo anterior, en esta misma declaración pero en su artículo 19 incisos a y b, se especifica la obligación del Estado para “la adopción de medidas para proporcionar gratuitamente servicios sanitarios a toda la población y asegurar instalaciones y servicios preventivos y curativos adecuados y servicios médicos de bienestar social accesibles a todos”; y “el establecimiento y la promulgación de medidas legislativas y reglamentarias encaminadas a poner en práctica un amplio sistema de planes de seguridad social y servicios de asistencia social, y a mejorar y coordinar los servicios existentes”.

De esta manera, todos estos decretos y normas institucionales sentaron las bases para que durante la década de los setenta, el derecho a la salud a nivel internacional, se consolidara como una garantía universal, estableciendo obligaciones para los Estados de generar los medios institucionales y las oportunidades sociales para el despliegue de la salud como libertad tanto constitutiva como instrumental en beneficio del desarrollo humano sustentable de la sociedad.

Por consiguiente, en los años ochenta se continúa fortaleciendo a la salud como un derecho universal y en 1986, se aprueba la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, en la que se decreta en el primer punto del artículo 8 que:

Los Estados deben adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizar entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos. Deben adoptarse medidas eficaces para lograr que la mujer participe activamente en el proceso de desarrollo. Deben hacerse reformas económicas y sociales adecuadas con objeto de erradicar todas las injusticias sociales.

Para finales de esta misma década la Asamblea General de las Naciones Unidas a través de la Convención sobre los Derechos del Niño, demanda en el artículo 24 la aplicación plena del derecho a la salud, así como la adopción de medidas apropiadas para abolir las prácticas perjudiciales para la salud del niño, estableciendo lo siguiente:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
 - a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
 - b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
 - c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
 - d) Asegurar atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres;
 - e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
 - f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

Asimismo, se considera relevante mencionar que existen otros instrumentos internacionales, como declaraciones, programas de acción y resoluciones posteriores a las ya mencionadas en el Sistema de Naciones Unidas, que pugnan por el reconocimiento y ejercicio pleno del derecho a la salud de grupos poblacionales específicos; los cuales fortalecen los vínculos con otros derechos buscando desarrollar los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia inherentes a los derechos humanos. En seguida, se enlistan algunos de ellos:

- En defensa del derecho a la salud de los trabajadores. El Convenio 81 sobre la inspección del trabajo e higiene industrial, el Convenio 102 sobre seguridad social, y el Convenio 121 sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad. La Asamblea General en su Resolución 43/173 en 1988, adopta el Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, los Principios básicos para el tratamiento de los reclusos de la Resolución 4/111 en 1990.
- Para las personas en situación de desplazamiento forzado. El Artículo 17 del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra, y los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos (principio 18).

- Para las personas con discapacidad. Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamada en la Resolución 3447; y Declaración de los Derechos de los Enfermos Mentales en la Resolución 286 en 1971.
- Para el derecho a la salud de las minorías étnicas y raciales. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial en su Resolución 2106 A, y el Artículo 2 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes.
- Referente a la salud de los adultos mayores. La Asamblea General de las Naciones Unidas, estipula los Principios a favor de las personas de la tercera edad, mediante la resolución 46/91 en 1991 (principios I y II).
- Sobre las personas enfermas de sida. Se encuentran los Programas de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, adoptada en El Cairo.

Por otra parte, como parte del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, y de manera simultánea a la Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas, se aprueba en la Novena Conferencia Internacional Americana realizada en Colombia en 1948, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; consagrando el derecho de toda persona a la preservación de la salud y el bienestar, estableciendo en sus artículos XI y XVI que:

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Artículo XVI. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia.

Asimismo, para 1969 la Organización de Estados Americanos (OEA) en el marco de la Convención Americana de Derechos Humanos llevada a cabo en San José de Costa Rica (también conocida como el Pacto de San José), afirma en su Capítulo III sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; en su artículo 26 Derecho Progresivo, que: “Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos”.

Casi dos décadas posteriores, la Asamblea de la OEA aprueba en 1988 el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (también conocido como Protocolo de San Salvador), establece en su artículo 10 que:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
 - f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

De esta manera, todos estos documentos tanto del sistema de las Naciones Unidas como del Interamericano de Derechos Humanos, constituyen el marco normativo internacional del derecho a la salud, el cual han ido perfilando las necesidades sociales en salud en las

legislaciones competentes para que este derecho pueda desplegarse como una garantía universal en las constituciones de los países del mundo.

2.3. El derecho a la salud en la legislación mexicana

Como se observó en el segmento anterior, el derecho a la salud en el contexto internacional no está vinculado con la condición laboral, ni con ninguna otra de forma particular, sino que contempla a todos individuos por el simple hecho de ser persona. En el caso de la mayoría los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) por ejemplo, el derecho a la salud contempla un amplio conjunto de servicios médicos para todos sus ciudadanos; algunos incluso, contemplan a los ilegales y a los turistas.

No obstante, en México en la Constitución de 1917, queda plasmado el derecho a la salud como un derecho vinculado con las legislaciones laboral y de la seguridad social de los trabajadores del país; haciendo énfasis en la obligación de los empresarios para solventar los accidentes y las enfermedades emanadas del desempeño laboral, estableciendo en su artículo 123, fracción XIV lo siguiente:

Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivos o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

Para 1929, se reforma este artículo en su fracción XXIX señalando que:

Se considera de utilidad social, el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada

Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular.

Cabe señalar que además de esta reforma al artículo 123, las posteriores promulgaciones de la Ley Federal del Trabajo en 1931 (en la que se pone de manifiesto el deber de asegurar el futuro de los trabajadores y de sus familiares en cuanto a riesgos laborales y cobertura sanitaria), y la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943; aunque sin explicitar el derecho a la salud para toda la población, sirvieron de base para el desarrollo institucional de la infraestructura pública y de la medicina social para responder a las necesidades de asistencia en salud en el país.

Así, con la expedición de la Ley del Seguro Social en 1943, se da cumplimiento a lo establecido en 1929 en la reforma constitucional al artículo 123, consolidándose la forma de brindar protección a la salud a los trabajadores y a sus familiares (Guitron, 1990). Además, en paralelo a la expedición de esta ley, surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) a partir de la unificación de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública, lo que consecuentemente, daría el soporte necesario para la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) este mismo año.

El cual, desde su creación (IMSS) representaría una pieza fundamental en el desarrollo de la infraestructura social de la salud, configurando el sistema de seguridad social para garantizar el derecho a la salud a una gran parte de la población, integrada por los trabajadores del país y sus familiares. Por otra parte, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), brindaría el soporte para cubrir este derecho al resto de la población.

Estas dos formas de atención a la salud, configuraron desde entonces, la estructura prevaleciente en la organización vigente de la salud en el país, la SSA dirigida a la población en general y el IMSS, a la población con una relación laboral formal. Esto, sin duda, permitió al Estado hacer cumplir con su compromiso constitucional de proveer servicios básicos de salud para todos, sentando las bases de la protección de la salud en México.

Posteriormente, y de manera particular durante la década de los cincuenta, la Secretaría de Salubridad y Asistencia trabajó arduamente en beneficio de la salud de todo el país, dirigiendo esfuerzos específicos hacia la asistencia materno-infantil, el bienestar social urbano y rural, y la erradicación del paludismo. Lo que sirvió como precedente para que a principios de los años sesenta, se establecieran tendencias normativas y jurídicas orientadas a emplear a la salud, como un elemento imprescindible en el desarrollo y el progreso del país, encaminadas al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

De esta forma, la salud pública en México, se consolida como un factor del desarrollo, motivando al Estado a crear las condiciones y entornos indispensables, es decir, las libertades instrumentales para conseguir la libertad fundamental del ser humano, desde la perspectiva del desarrollo humano de Amartya Sen.

A partir de lo anterior, en el comienzo de la década de los sesenta, se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con el objetivo principal de fortalecer las condiciones de vida de los servidores públicos y de sus familiares; el cual vendría a completar la estructura fundamental del Sistema Nacional de Salud.

Desde este marco estructural y normativo y en el transcurrir de los años sesenta, la concepción de la salud se va transformando cada vez, permitiendo al individuo el disfrute de una mayor protección y el del más alto nivel de bienestar personal y social, con equidad y justicia social (Bustamante, 1982). Para ello, los siguientes diez años se caracterizaron por la construcción de un gran número de clínicas y hospitales, así como por la consolidación de las siguientes funciones rectoras a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia:

1. Extender la cobertura de los servicios sanitarios y asistenciales a la totalidad de la población
2. Transformar las condiciones adversas al medio.
3. Incorporar a la totalidad de la población, para que participe en el desarrollo de programas de salud.
4. Promover y coordinar las acciones de las instituciones dedicadas a la salud.
5. Aumentar la esperanza de vida y crear las condiciones necesarias para mejorar la calidad de la misma.
6. Dar prioridad a los programas de atención materno-infantil
7. Definir y establecer los niveles de atención a la salud con prioridad a los servicios de contacto primario.
8. Programas de planificación familiar.
9. Generación de recursos humanos para la salud.
10. Promover el mejoramiento del ambiente (Bustamante, 1982).

Dichas funciones, aunadas a un conjunto de trabajos legislativos más durante este período, sirvieron de preámbulo para que en 1983, el derecho a la protección en salud se elevara a

rango constitucional. Entre estos trabajos destacan las reformas a los artículos 7, 12 y 13 del Código Sanitario; al artículo 252 de la Ley del Seguro Social; el 104 de la Ley del ISSSTE; y el 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Rocha, 1995).

2.3.1. La protección de la salud como un derecho constitucional

Si bien, fue hasta 1983 cuando el concepto de “protección de la salud” se adicionó en el artículo 4 constitucional señalando que:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”

Sin una clara definición sobre su carácter de universal y obligatorio, como es el caso del derecho a la educación u otros derechos constitucionales. No obstante, el derecho a la salud queda plasmado como un derecho individual con carácter social, que debe ser cubierto por el Estado mediante atención médica para todos los mexicanos de acuerdo a sus necesidades y no a su posición socioeconómica, cultural o política.

Al respecto, según Soberanes (2002) en el debate sobre el concepto apropiado para consagrar a la salud constitucionalmente como un derecho universal, se pensó en replicar la terminología internacional de “derecho a la salud”; sin embargo, se determinó finalmente que el Estado no tenía la capacidad para garantizar la salud como tal, pues ésta no sólo depende de circunstancias sociales sino también de genéticas y culturales, razón por la que queda plasmado el concepto de “protección de la salud”, aunque de una manera ambigua.

Por otra parte, Yáñez (2000:58) señala que se requiere que el Estado defina los lineamientos para ejercer efectivamente el derecho a la protección de la salud, es decir, que indique con claridad las formas para crear los entornos adecuados que permitan que la salud se despliegue como una libertad y capacidad humana.

Por lo que un año después de la reforma constitucional, el Estado asume su obligación de regular este derecho, con la expedición de la Ley General de Salud en 1984, la cual fungiría como el marco regulador y normativo del artículo 4. Estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia del Estado en materia de salubridad general, señalando en su artículo 2 las siguientes finalidades del derecho a la protección de la salud:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza científica y tecnológica para la salud.

Esta ley también transfiere funciones en lo general y en lo particular, a la Federación y a sus entidades federativas para garantizar el derecho a la protección de la salud, entre las cuales se puede señalar las siguientes:

- El artículo 3, señala que la salubridad general es responsabilidad de la Federación y de las entidades Federativas, la cual implica entre otras funciones, la atención médica, preferentemente en beneficio de los grupos vulnerables.
- El artículo 13, establece que la Federación tiene las facultades normativas de la salubridad, ámbito en el cual se encuentra la atención médica a la población, mientras que a las entidades les corresponde organizar, operar, supervisar y evaluar la atención médica, entre otras facultades.
- El artículo 19, dictamina que la Federación y las entidades federativas aportarán los recursos materiales, humanos y financieros necesarios para la operación de los servicios de salud
- El artículo 23, indica que los servicios que proveerá tanto la Federación como los Estados, serán todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, y que estén dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas y de la sociedad.
- El artículo 24, muestra la clasificación de dichas acciones: atención médica, salud pública y asistencia social.
- En el artículo 25, se establece que la prestación de los servicios públicos de salud, se proporcionarán a la población en general que lo requiera señalando textualmente que “... se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.”
- En el artículo 27, se definen de los servicios básicos de salud, entre ellos: la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación; y la atención de urgencias.

- En el artículo 28, se establece un cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos, para el segundo y tercer nivel.
- En el artículo 29, se establece la obligación de la Secretaría de Salud de garantizar la disponibilidad de estos insumos tipificados en el artículo 28.
- El artículo 35, estipula que los servicios de salud se regirán “por criterios de universalidad y de gratuidad (...), fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios”.
- En el artículo 36, se establece lo referente a los costos de los servicios de salud, advirtiendo que el Ejecutivo Federal y los estados, pueden determinar cuotas de recuperación por la prestación de los servicios de salud, basadas en el costo de los servicios y la condición socioeconómica de los usuarios. Estas cuotas se basarán “en principios de solidaridad social y (...) debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlo, o en las zonas de menor desarrollo económico y social...”.

En este mismo tenor, cabe mostrar la relevancia de la reforma llevada a cabo en el 2003 a esta ley, por ser considerada como el instrumento idóneo para el Estado mexicano, de lograr una sociedad igualitaria en términos de protección a la salud. Asimismo, esta modificación representa el sustento jurídico y normativo de la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual quedó plasmado en el artículo 77 bis 1 señalando que:

“Todos los mexicanos tienen el derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de

utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgico, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.”

Por lo tanto, con todo lo anterior, se puede afirmar que la Ley General de Salud rendirá sus frutos de justicia y equidad, siempre y cuando se fortalezcan los lazos de colaboración interinstitucional y de solidaridad social entre los sectores público, privado y social; que permitan una cobertura amplia de los servicios de salud para el beneficio de todos los mexicanos. En donde el nivel de eficiencia y responsabilidad del Sistema Nacional de Salud, juega un papel preponderante.

2.4. El Sistema Nacional de Salud (SNS)

La pluralidad de instituciones y funciones que había venido brindando los servicios de salud durante los años anteriores a la reforma de 1983, y sus respectivos lineamientos jurídicos y normativos, fueron la causa principal de la duplicidad de funciones y de recursos económicos, lo que repercutía en inadecuados servicios de salud. Esta situación detonó la necesidad apremiante de una coordinación sectorial que reorientara el quehacer de cada una de las instituciones que integraban el sector salud, con el objetivo de homologar acciones y hacer eficaz el uso de los recursos existentes en beneficio de la salud de los mexicanos.

Esta necesidad de coordinación da lugar a la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), como respuesta por parte del Estado a hacer frente a su compromiso constitucional para

brindar protección a la salud a toda su población. Entre las principales consideraciones de su instauración se encontraban: a) superar las diferencias de índole cuantitativo y cualitativo entre los servicios de salud que ofrecían las instituciones de seguridad social y los organismos que prestaban atención a la población no derechohabiente de estas instituciones, b) reforzar la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en las entidades, y c) vincular la planeación de los servicios de salud con la planeación global del país (Moctezuma, 2001).

No obstante, en su proceso de instauración se reconocen tres momentos transformadores en la historia del sistema mexicano de salud: 1) los cambios que se dieron con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de los primeros Institutos Nacionales de Salud; 2) los cambios generados entre 1983 y 1998, principalmente la incorporación del derecho a la protección de la salud en la Constitución mexicana y la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada; y 3) los cambios dados a finales del siglo pasado y que culminan en el 2003 con la creación del Sistema de protección Social en Salud (SPSS) (Juan et al., 2013).

Desde este marco histórico, en la exposición de motivos para adicionar el derecho a la protección de la salud en el artículo 4 constitucional, se menciona que el SNS tendría los siguientes requerimientos:

1. Requiere en cuanto a acceso y cobertura, hacer “factible que (...) todos los mexicanos tengan acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud”.

2. Requiere integración y coordinación “para dar cabal efectividad al derecho social de la protección a la salud. El sistema adopta la estructura sectorial, bajo la responsabilidad de un coordinador, dentro del cual las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonios de su autonomía paraestatal, se integren y coordinen funcionalmente para evitar duplicidades y contradicciones..”.
3. Requiere la descentralización, “Este sistema será el medio para hacer efectiva la política de descentralización de la vida nacional. La descentralización significa el deslinde de la responsabilidad entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.
4. Requiere la planeación como parte integrante del Sistema de Planeación Democrática del Estado, “Por medio de él, la planeación nacional dispondrá los procedimientos indispensables a fin de que el programa de salud y los programas institucionales, cimentados en el Plan Nacional de Desarrollo, resulten compatibles y complementarios” (Soberón y Valdés, 1995:170-179).

Con esta perspectiva, el propósito fundamental del SNS es lograr que las instituciones que atienden a la población no derechohabiente (o población abierta), y las instituciones de la seguridad social; diseñen acciones sectoriales convergentes entre ambos planteamientos institucionales cuyos resultados sean eficientes tanto en el mejoramiento de los servicios de salud en general, como en la asignación de recursos presupuestales.

Al respecto, Yáñez (2000:61) señala que en la creación de este sistema se consideraron cuatro tipos de necesidades: 1) las sociales, que están constituidas por los requerimientos de más y mejores servicios de salud a la población abierta; 2) las económicas, que hacen indispensable

la utilización al máximo de los recursos disponibles; 3) las administrativas, indispensables para dar mayor efectividad a la prestación de servicios; y 4) las políticas, su consideración es importante en el sentido de atenuar presiones y satisfacer expectativas tanto de las instituciones como de su personal. Estas necesidades, una vez cubiertas, representarían las libertades instrumentales o entornos necesarios para desplegar las capacidades humanas que refiere Sen.

Por otra parte, la Ley General de Salud en su artículo 5 define al Sistema Nacional de Salud como aquel sistema integrado por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto de nivel federal como local; e incluye también a las personas físicas o morales de los sectores social privado que prestan servicios de salud. Asimismo, en su artículo 6 señala que el Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población mediante la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y, al crecimiento físico y mental de la niñez;
- IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; son su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;
- V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

VII Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y
VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.”

El cumplimiento de estos objetivos, significaría sin duda, alcanzar la cobertura nacional de los servicios de salud en todos los niveles a toda la población; sin embargo, todos estos cambios legislativos y administrativos que renovaron en gran medida a las instituciones de salud, particularmente a las que ofrecían servicios a la población sin seguridad social (al incorporar la protección de la salud como un derecho constitucional), no fueron suficientes.

Por lo que a principios de la década de los noventa, la reforma anterior había rebasado sus límites. La desarticulación de los sistemas o sub-sistemas que integran al Sistema de Salud en México no logró la cobertura esperada y las condiciones de las instituciones de salud se volvían cada vez más deficientes sobre todo en lo que respecta a la medicina social, repercutiendo en un bajo nivel de acceso a la salud de la población sin seguridad social.

A raíz de lo anterior, a mediados de esta misma década se comienzan a dar nuevamente cambios en las estructuras legales, que llevaron al desarrollo de una nueva reforma que incluyó cinco grandes estrategias: 1) la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada, 2) sectorización institucional, 3) modernización administrativa, 4) coordinación intersectorial, y 5) participación comunitaria (Juan et al., 2013).

Entre estos cambios, se destaca el surgimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en 1996, con el objetivo de contribuir en la defensa del derecho a la protección de la salud y a mejorar la calidad de los servicios de salud, a través de la resolución de

conflictos entre los usuarios y los prestadores (decreto CONAMED, 1996); como resultado de los grandes problemas a los que se enfrentaba la población provocados por el bajo nivel de acceso a la salud. Entre sus principales atribuciones se encuentran:

- I. Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
- II. Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la presentación o negativa de prestación de servicios...
- III. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan;
- IV. Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan:
 - a) Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio;
 - b) Probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario, y
 - c) Aquéllas que sean acordadas por el Consejo;
- V. Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje;
- VI. Emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia;
- VII. Hacer del conocimiento del órgano de control competente, la negativa expresa o tácita de un servidor público de proporcionar la información que le hubiera solicitado a la Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones;...

Por lo tanto, la CONAMED en su calidad de conciliadora, tiene atribuciones de mediación, conciliación y arbitraje, desde una perspectiva alternativa extrajudicial para garantizar el derecho a la protección de la salud en nuestro país, apegada siempre a conceptos de calidad y de bioética aceptados universalmente.

Para inicios del siglo XX se amplía el reconocimiento de problemas estructurales en el Sistema Nacional de Salud, y sobre todo, en la forma en que se financia la atención médica para los no afiliados a la seguridad social, por lo que se propone una nueva reforma al sistema

con el propósito de ampliar la cobertura médica pública a la población abierta, manifestada en la protección a salud decretada en la reforma de 1983.

Así, en el 2003 se aprueba la nueva reforma a la Ley General de Salud que da origen al Sistema de protección Social en Salud (SPSS) y a su brazo operativo, el Seguro Popular en Salud (SP). Esta modificación implicó la creación del Consejo de Protección Social en Salud, el cual funge como órgano colegiado consultivo de las acciones de este sistema, cuya responsabilidad principal es analizar y proponer medidas para mejorar el financiamiento del SPSS. El sistema también cuenta con una Comisión Nacional que es responsable de emitir la normatividad a nivel federal y la instrumentación del Seguro Popular.

Con respecto a la operatividad del Sistema de Protección Social en Salud a nivel entidad federativa, la responsabilidad está determinada en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales son coordinados técnicamente por la Secretaría de Salud. No obstante, éstos tienen a su cargo la administración de los recursos financieros, la afiliación de los beneficiarios y la gestión y prestación de los servicios de salud.

Por lo tanto, con todo lo antes descrito, se puede constatar que el derecho a la protección de la salud, representa el resultado de grandes esfuerzos iniciados desde la década de los cuarenta del Estado y de toda la sociedad mexicana en su conjunto, para garantizar la cobertura universal en la salud y lograr un alto grado de desarrollo humano sustentable.

Cabe señalar que para atender las condiciones de salud en el país, el sistema de salud mexicano cuenta con un esquema de cobertura fragmentado y segmentado, compuesto tanto de servicios públicos y de seguridad social, como de servicios privados. Es decir, el Sistema

Nacional de Salud, es un sistema mixto configurado por dos sectores: las instituciones públicas de seguridad social y las instituciones públicas de protección social en salud. Además, como ya se comentó también cuenta con la intervención del sector privado.

Con esta configuración, ofrece diversos beneficios en salud, dependiendo del tipo de población de que se trate. Las instituciones de seguridad social están constituidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), y la Secretaría de Marina (SEMAR); las cuales brindan acceso a servicios médicos a los trabajadores asalariados, a los jubilados y a sus familiares, así como otras prestaciones sociales. Las instituciones y algunos programas de protección social se encuentran integradas por la Secretaría de Salud (SS), los Servicios Estatales de Salud (SESA), el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), el Seguro Popular de Salud (SP); que otorgan acceso a servicios de salud a las personas que no tienen afiliación obligatoria al sistema de seguridad social, como los auto empleados, trabajadores del sector informal y los desempleados y sus familias.

Por su parte, el sector privado consiste en las empresas aseguradoras y los trabajadores de la salud que prestan servicios en clínicas, consultorios y hospitales privados; y atiende a la población con capacidad de pago. En lo que respecta al financiamiento, el sistema de salud está basado en el pago de impuestos, las contribuciones de los trabajadores y el empleador, y el pago de primas privadas.

2.4.1. Cobertura y financiamiento de los servicios de salud

Como ya se ha mencionado en repetidas ocasiones, la reforma que elevó a rango constitucional el derecho a la salud, representa un parte aguas en términos de acceso a los servicios y a la protección financiera en este ámbito, que ha modificado trascendentalmente el panorama de la cobertura de protección de la salud en el país.

Por lo tanto, en México la cobertura universal de protección en salud, se propuso como un mecanismo esencial para alcanzar la aspiración de asegurar un adecuado estado de salud en toda la población, sin restricciones de carácter demográfico o socioeconómico.

Al respecto, Gutiérrez y Hernández (2013) señalan que partiendo del entendimiento de la salud como un elemento fundamental para el desarrollo, el concepto de cobertura universal de protección en salud, debe entenderse como el aseguramiento contra pérdidas económicas y sus consecuencias, derivadas de los problemas de salud; garantizando así, las mejores condiciones posibles de salud en todas las personas.

En este contexto, la promoción y protección de la salud son fundamentales para el bienestar humano, y al mismo tiempo, elementos esenciales para alcanzar el desarrollo humano sustentable de la nación. Cabe destacar en este tenor, el llamamiento que se hace a promover la cobertura universal como elemento detonador para el desarrollo global, en la Declaración de México, en el Foro sobre Cobertura Universal en Salud en 2012.

De esta manera, se puede señalar como el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha buscado proporcionar este acceso (la protección de la salud como derecho) a la población que no está dentro de los esquemas de seguridad social desarrollados para los trabajadores de la economía formal, a través de la reforma que dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y a su brazo operativo, el Seguro Popular (SP), así como al programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) en 2007, implementado para fortalecer al Seguro Popular.

En cuanto al financiamiento, esta reforma está sustentada en un esquema segmentado entre los bienes públicos de la salud y los servicios personas de salud, diseñada principalmente para proteger las actividades de salud pública, las cuales tienden a estar subfinanciadas en las reformas que se sustentan en subsidios a la demanda para los servicios personales de salud. Dentro de los bienes públicos de la salud, está la función de rectoría: planeación estratégica, información, evaluación, investigación y desarrollo de recursos humanos; así como los servicios de salud comunitaria. No obstante, cabe señalar que a partir de esta reforma (2003), las funciones de la rectoría, se financian a través del presupuesto de la Secretaría de Salud.

De esta forma, la estructura financiera del Seguro Popular está dividida en dos niveles:

- a) Flujo de recursos para los servicios de salud a la comunidad, que incluye las acciones de salud pública y se lleva a cabo a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud de la Comunidad, cuyo monto es acordado anualmente por la Secretaría de Salud, y distribuido a las entidades federativas considerando la población total de cada estado y un factor de ajuste asociado con riesgos sanitarios. Este flujo, posibilita el financiamiento de las campañas nacionales de salud, la vigilancia

epidemiológica, la protección ambiental y contra riesgos sanitarios, y la atención a desastres, entre otros.

- b) Flujo de recursos para los servicios de salud a la persona, que incluye la prestación de atención a determinados padecimientos señalados en un paquete de intervenciones, que permite la protección de los pacientes contra la incertidumbre financiera relacionada con la enfermedad. El SP divide los servicios brindados a la persona en un paquete esencial de intervenciones de primer y segundo nivel, proporcionados a partir de atención ambulatoria y hospitales generales, y un paquete de intervenciones de alto costo de tercer nivel; los cuales son financiados a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Frenk et al., 2007).

Así, este esquema del Seguro Popular (SP) para ofrece protección financiera a la población sin seguridad social, se basa en una forma tripartita de derechos y responsabilidades equivalente a la que ofrece el IMSS y el ISSSTE, que incluye aportaciones de tres fuentes:

- 1) Cuota social, según la Ley General de Salud (en su artículo 77 Bis 12) consiste en una aportación fija anual por persona afiliada al SPSS financiada totalmente por el gobierno federal, y que es semejante a la aportación para cada empleado afiliado al IMSS, ambas contribuciones se actualizan de acuerdo a la variación en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. La inclusión de la cuota social, no sólo representa el reconocimiento social de la Federación frente a la garantía individual de la protección de la salud, sino también, un paso significativo para la promoción de la equidad financiera entre instituciones y la reducción de manera importante de la

brecha observada entre el gasto público para la población beneficiaria de la seguridad social y el gasto público para los no asegurados.

- 2) Aportaciones solidarias, según Ley General de Salud (en su artículo 77 Bis 13) son aquellas que el gobierno federal y las entidades federativas realizan corresponsable y equitativamente por cada persona beneficiaria. Para los estados, equivale a la mitad de la cuota social y es igual para todos; y para el gobierno federal, representa al menos 1.5 veces el monto de la cuota social, y se distribuye entre los estados mediante una fórmula que considera la cantidad de personas afiliadas, las necesidades de salud, y aportaciones adicionales que realicen las entidades, es decir, en adición a lo que la LGS les señale (lo que se denomina, esfuerzo estatal), y el desempeño de los servicios de salud. Cabe señalar que en el IMSS esta aportación es cubierta por el empleador, y en el ISSSTE es cubierta por el gobierno federal, en su papel de empleador.

- 3) Cuota familiar, según Ley General de Salud (en su artículo 77 Bis 21) es un monto que cada familia afiliada debe pagar anual y anticipadamente y es proporcional a su condición económica. Esta cuota sustituirá el pago de aportaciones de recuperación en el momento de recibir la atención, con lo que se pretende reducir el gasto de bolsillo y el número de hogares que sufre empobrecimiento por gastos catastróficos en salud. Cabe señalar que la reforma establece de manera precisa que bajo ninguna circunstancia, la incapacidad económica para cubrir esta cuota, será impedimento para la incorporación al Seguro Popular. De esta manera, durante el proceso de afiliación las familias son clasificadas en uno de dos regímenes: el contributivo, que

está constituido por las familias afiliadas que aportan una cuota familiar que será anual, anticipada y progresiva; y el no contributivo, conformado por las familias que por su situación socioeconómica no pueden aportar dicha cuota.

La Ley General de Salud (en su artículo 77 Bis 5, inciso A fracción VI e inciso B fracción V), estipula que en el régimen contributivo, las familias pagan una cuota familiar acorde con su nivel socioeconómico, y que corresponde a las entidades federativas administrar, recibir y ejercer las cuotas familiares del SPSS; asimismo, señala que el esquema de cuotas familiares se define con base en el nivel de ingresos familiar promedio para cada decil de la distribución de ingreso que se estima a nivel nacional. Una vez realizado para cada familia afiliada una evaluación de su nivel socioeconómico para ubicarla en el decil de ingreso que corresponda, y así determinar el monto que le corresponde pagar.

Cabe destacar que la cuota familiar podrá aumentar cada año de acuerdo al Índice Nacional de precios al Consumidor, y que esta cuota no cubre en su totalidad el costo por los servicios de salud que recibe del SPSS, debido a que dicha cuota tiene un subsidio importante por parte de los gobiernos federal y estatal mediante la cuota social y las aportaciones solidarias.

Con respecto al régimen no contributivo, la Ley General de Salud (en su artículo 77 Bis 26) señala que debe ser aplicado a aquellas familias sin la capacidad económica para acceder a los satisfactores básicos como la alimentación, educación y salud. Estipulando en su artículo 127 que se podrán considerar en este régimen a aquellas familias que: tengan un nivel de ingresos familiar disponible, después de haber cubierto el gasto en alimentos, de manera que los ubique en los deciles I y II de la distribución del ingreso a nivel nacional; ser beneficiario de los

programas de combate a la pobreza extrema del gobierno federal; vivir en localidades rurales de alta marginación; principalmente.

Desde este marco financiero, se puede destacar tres objetivos principales de las cuotas familiares:

1. Crear una cultura de corresponsabilidad con la finalidad de que la población cuente con mayores capacidades para hacer cumplir sus derechos, recibir los servicios cubiertos de atención médica y los medicamentos respectivos; y al mismo tiempo, sensibilizar sobre la adquisición de obligaciones como cumplir con prácticas y conductas saludables o preventivas.
2. Crear una cultura de pago anticipado para generar conciencia entre las familias de que esta modalidad de pago de la atención médica, es la mejor forma de reducir el gasto de bolsillo; además de que esta inversión en el corto plazo, le otorgará beneficios inmediatos. El pago se realiza sólo una vez al inicio de la cobertura, y la familia puede hacer uso de los servicios cuando lo requiera durante el año de vigencia que cubre dicha cuota, sin ninguna otra aportación.
3. Fomentar una cultura de medicina preventiva entre las familias afiliadas al SPSS, ya que por lo general, las familias que carecen de cobertura no acuden de forma periódica a una revisión médica, por lo que aumenta su riesgo de padecer alguna enfermedad (González et al., 2006).

En cuanto al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), el cual está estipulado en los artículos 77 Bis 17, 77 Bis 29 y 77 Bis 30 de la Ley General de Salud, es considerado una de las innovaciones financieras del SPSS, fue diseñado en calidad de reserva y es el fondo

más grande con el que cuenta el sistema. Representa el 8% de la suma anual de la cuota social y de ambas aportaciones solidarias, y tiene el objetivo de apoyar a las entidades federativas en el financiamiento de los servicios de salud a la persona, relacionados con padecimientos de mayor complejidad y que generan gastos catastróficos desde el punto de vista institucional.

Este fondo también garantiza la cobertura, el acceso y la provisión de los tratamientos de alta especialidad y alto costo de la población afiliada al SPSS, promoviendo un financiamiento más eficiente de los servicios de alta especialidad y la integralidad de la atención médica al apoyar una mejor vinculación entre los servicios de primer y segundo nivel y aquellos de alta especialidad, mediante la construcción de centros regionales de alta especialidad y redes de prestadores de servicios.

Asimismo, además del FPGC existen otros dos fondos, uno financiado por el 2% de la suma anual de la cuota social y las aportaciones solidarias, el cual va dirigido a inversiones en infraestructura en comunidades vulnerables; y el otro, que equivale al 1% de la misma suma que los anteriores, y fue diseñado de reserva para cubrir las situaciones inesperadas relacionadas con la demanda y los pagos atrasados de los servicios de salud interestatales ofrecidos (González et al., 2006).

Cabe resaltar que los tres fondos son administrados a nivel federal mediante un fideicomiso público, con la intención de garantizar una adecuada integración de los riesgos. El resto de las aportaciones se asigna a los estados para financiar el paquete esencial de servicios de salud. Asimismo, la totalidad de las contribuciones familiares permanece en el estado que las

recolectó y por disposición legal, se reservan para adquirir medicamentos y otros recursos para la salud.

En general, se puede destacar que este modelo de financiamiento ha generado cambios importantes tanto para los gobiernos estatales como para las instituciones prestadoras de los servicios de salud. Entre los principales cambios se puede destacar que con la creación del SPSS, el financiamiento para los estados se basa en una fórmula que es determinada por el número de personas afiliadas al Seguro Popular; mientras que en el pasado, los presupuestos estatales de salud eran asignados por el gobierno federal bajo criterios históricos y el tamaño de la nómina del sector salud, lo que en consecuencia, generaba inequidades en la distribución de los recursos públicos entre los estados (Juan et al., 2013).

No obstante, el financiamiento así como las funciones de dirección y prestación de los servicios, aunque se comparten con la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud, siguen siendo dominadas por las instituciones de seguridad social; lo que provoca que prevalezca la segmentación tanto organizacional como financiera del SNS, impidiendo la prestación eficiente y equitativa de servicios, y por lo tanto, complicando las posibilidades de la universalidad de los servicios de salud.

Es decir, si bien, todas las reformas y modificaciones relacionadas con la creación del Sistema de Protección Social en Salud, sentaron las bases para la protección financiera, aún se requiere una transformación integral y estructural del sistema, que proporcione nuevos mecanismos para financiar y proporcionar la salud de forma equitativa y sustentable, que reduzca las brechas entre la protección y la seguridad social, creando los entornos institucionales

necesarios para eliminar la segmentación que aún sigue caracterizando al sistema de salud mexicano, en beneficio del desarrollo humano sustentable de la población del país.

2.5. Justicia financiera en salud

Según la OMS (2000) la justicia en términos de la distribución financiera, así como en la protección contra los riesgos de pérdidas financieras, constituye uno de los objetivos inherentes de todo sistema de salud, lo que ha hecho que la justicia financiera sea tema central en el debate sobre las reformas del sector salud.

Por lo tanto, la justicia del financiamiento es un aspecto importante no sólo para el sistema de salud mexicano, sino para la gran mayoría de los sistemas de salud de los países de ingresos medios que experimentan transiciones demográficas, epidemiológicas y económicas de manera interrelacionada. En este contexto, uno de los principales retos a los que se enfrentan los sistemas de salud, es el de generar mecanismos de financiamiento eficientes, equitativos y sustentables que garanticen una protección financiera universal.

La falta de protección financiera fue reconocida internacionalmente, como uno de los desafíos más apremiantes de los sistemas de salud, a partir de la identificación de las altas tasas de gasto catastrófico y empobrecedor en salud en muchos países, reflejados en los resultados de la evaluación llevada a cabo por la OMS sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo durante el período de 1994-2000, publicados en su Informe de la Salud en el Mundo 2000.

En dicha evaluación se consideraron algunos objetivos propios de los sistemas de salud, tales como la salud, la capacidad de respuesta y la justicia en el financiamiento, siendo ésta última la condición con mayor importancia en el cálculo global. En el caso de México, el desempeño del Sistema Nacional de Salud resultó bastante afectado, pues los resultados señalaron que el alto nivel de financiamiento de salud en el gasto de bolsillo de los hogares, era y lo sigue siendo hasta ahora, la debilidad más significativa del sistema, lo que refleja un alto grado de inequidad e insuficiencia de recursos en salud. De manera específica por objetivo, los resultados ubicaron al país de la siguiente forma: en el rubro de salud, ocupó la posición 55; en capacidad de respuesta, la posición 53; y en justicia financiera, obtuvo la posición 144, detrás de Argentina, Costa Rica, Venezuela y Uruguay (Knaul et al., 2003; Soberón y Valdés 2007).

Estas posiciones en el desempeño del SNS, mostraron que la postura de México con respecto a otros países, se vio muy afectada por su bajo alcance en cuanto a la justicia financiera. Pues la falta de un esquema de aseguramiento en salud, estaba afectando a más de la mitad de su población, lo que a su vez, se traducían no sólo en gastos en salud excesivos (catastróficos y empobrecedores) sino también en un menor acceso y calidad en los servicios de salud e ineficiencia en el uso de los recursos del sector salud.

Por lo tanto, un indicador determinante de la falta de protección financiera, es la proporción del gasto en salud que es pagado directamente del bolsillo de los hogares, la cual es considerada como la forma menos justa de financiar un sistema de salud. En este sentido, México fue uno de los primeros países en identificar el problema de los gastos catastróficos y empobrecedores en salud, derivados del pago de los mismos con gasto de bolsillo; y proponer

una solución a la falta de protección financiera a través de la reforma que dio lugar a la creación del Sistema de Protección Social en Salud. (Knaul et al., 2004, 2005).

En este tenor, se destaca la reunión en mayo de 2005 de la 58ª Asamblea Mundial de Salud, llevada a cabo en Ginebra Suiza, que adopta una resolución en la que se reconoce la ausencia en la mayoría de los países en desarrollo de mecanismos de protección financiera, y hace un llamado a todos los países miembros, para compartir sus experiencias relacionadas con los métodos e instrumentos de financiamiento a la salud, así como el desarrollo de esquemas de seguridad social de la salud que implementan (Knaul et al., 2007).

Según Knaul et al. (2007), el financiamiento de los sistemas de salud de la mayoría de los países de América Latina, está basado en el gasto de bolsillo. En los cuales, el sector formal del mercado laboral está cubierto por el sistema público de seguridad social, y el sector informal, los trabajadores independientes y quienes están fuera de la fuerza laboral, reciben prestaciones en salud limitadas, a través de una variedad de esquemas sub financiados del sector público que no incluye derechos específicos a un paquete de atención médica. Y señalan que, el actual Sistema Nacional de Salud, fue fundado bajo este modelo hace más de seis décadas y en 2003 fue reestructurado con la creación del SPSS como respuesta a esta problemática.

Sin embargo, a pesar de que el Sistema de Protección Social en Salud sentó las bases legales para garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, sin desembolso al momento de la utilización y sin discriminación; esto no ha sido suficiente para atender las condiciones que todavía persisten

en el Sistema Nacional de Salud, sumando además, las crisis financieras de las instituciones de seguridad social y la permanente segmentación del sistema (González et al., 2006).

Juan et al (2013) señalan que otro problema detectado con la creación del SPSS, pese al aumento considerable de la afiliación de personas a las instituciones públicas de salud, ha sido que esta afiliación no necesariamente se encuentra asociada con el acceso efectivo a los servicios de salud, es decir, representa una afiliación nominal. Además, el aumento natural de la afiliación ha provocado una saturación en la prestación de servicios y una presión sobre la deficiente capacidad en la atención de la salud, lo que representa un riesgo muy alto en la respuesta del sistema ante los problemas de salud presentes y futuros.

Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2005), ha señalado que la puesta en marcha del Seguro Popular ha fomentado cierta competencia en términos de afiliación potencial, ya que los costos totales del seguro social son mucho más altos que la cuota familiar al Seguro Popular, lo que podría provocar que tanto los empleadores como los trabajadores del sector formal, puedan encontrar más atractivo desde el punto de vista financiero, unirse al Seguro popular y elegir un arreglo laboral que no esté sustentado en salarios.

Lo anterior representa algunas de las circunstancias que actualmente no le han permitido al SNS, responder de forma eficiente y sustentable a las demandas de atención con el modelo vigente en el que se organiza y financia la salud (Juan et al., 2013).

Al respecto, la OCDE (2005) indica que pese al diseño cuidadoso de la reforma que sustenta al Seguro Popular, las autoridades mexicanas seguirá padeciendo fuertes desafíos en materia de salud por las siguientes razones:

- La disponibilidad de nuevos recursos para financiar el sistema, está condicionada por la situación fiscal. Por lo que la OCDE ha puntualizado la necesidad de una reforma fiscal.
- A partir de la cobertura limitada de servicios básicos y de protección contra riesgos catastróficos que ofrece el SPSS, es factible la existencia de demandas por una cobertura más amplia de beneficios por parte de los usuarios.
- El esquema de aseguramiento nuevo es susceptible para que los prestadores de servicios den preferencia en el tratamiento a la población afiliada, lo que afecta el acceso y oportunidad del servicio de la población no afiliada.
- A partir de la nueva demanda de servicios al sector público, los Servicios Estatales (SESA) se verán en la necesidad de aumentar la eficiencia y calidad de sus servicios, lo que implica generar políticas en este rubro para asegurar que los nuevos recursos otorgados por el SPSS se utilicen equitativamente.
- En el largo plazo, el éxito del SPSS dependerá de su capacidad para trascender el vínculo entre el financiamiento y la prestación, suprimiendo la fragmentación del sistema.

Por otra parte, se destaca que gracias a la puesta en marcha del Seguro Popular, el gasto público en salud ha aumentado considerablemente en términos absolutos entre el año 2000 y

2009; sin embargo, a pesar de los avances en materia de protección, México aún se encuentra lejos de alcanzar el gasto en salud que invierten otros países de la OCDE. En 2010, México sigue estando por debajo del promedio de los países de la OCDE en cuanto al gasto en salud per cápita; lo que significa que, en términos relativos el país gasta menos en salud tanto en porcentaje de su riqueza como en términos per cápita, además de que la mayor parte de este gasto proviene de gasto de bolsillo de los hogares. El cual no ha tenido la disminución esperada aún con el aumento del financiamiento público en salud a través del SPSS.

Con lo anterior, se puede señalar que en México pese a las reformas emprendida en materia de equidad, aún falta mucho por hacer con respecto a la justicia financiera aplicada en el gasto en salud. El Estado requiere mejorar no sólo sus estrategias de inversión y financiamiento en salud, si no fortalecer a sus instituciones y su política intersectorial que permita la expansión de los entornos en los que se desenvuelve su población, potencializando las capacidades que ayuden a elevar el grado de equidad y justicia en la sociedad.

2.6. Comentarios finales

La revisión del marco normativo y legislativo del derecho a la salud, ha permitido ver la evolución de su configuración desde el contexto internacional hasta el ámbito nacional, que es el ámbito que le compete a esta investigación. Se ha podido observar como el derecho a la protección de la salud en México, reconocido constitucionalmente en 1983, representa el resultado de grandes esfuerzos iniciados desde la década de los cuarenta, tanto del Estado como de la sociedad en su conjunto, para garantizar la cobertura universal en la salud y la búsqueda de un mejor nivel de desarrollo humano sustentable.

Asimismo, se puede constatar que en México existen las condiciones legales para que la salud se despliegue como un derecho universal; no obstante, esto no se ha podido cumplir de forma universal y equitativa, debido principalmente a la ausencia de políticas sustentables que logren desafiar la segmentación y fragmentación en la que se organiza y financia la salud, así como una de las más notorias estructuras heredadas a la reforma del 2003. En el tema de la justicia financiera, se resalta la propuesta puntual de la OCDE de la necesidad urgente de una nueva reforma fiscal. Por otro lado, también se constató mediante este análisis que el marco normativo y legislativo, posibilita al Estado para desarrollar de manera equitativa, participativa y sustentable los entornos necesarios para que la salud se despliegue como una libertad fundamental y a la vez, funcione como un instrumento para el desarrollo del país.

Por lo tanto, en el siguiente capítulo se presenta el marco metodológico para la construcción de un instrumento que permita abordar de manera operativa el nivel de gestión del derecho a la salud a nivel estatal.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO: CONSTRUCCIÓN DEL ÍNDICE DE EQUIDAD EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE

3. Introducción

En este apartado se propone el diseño y marco metodológico para la construcción del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS), el cual permitirá evaluar y medir los avances o retrocesos de la equidad en el acceso a la salud de la población mexicana, como un condicionante del desarrollo humano sustentable. El IESADHS será estimado mediante un instrumento metodológico enmarcado en el enfoque de las libertades humanas de Amartya Sen y la perspectiva del Desarrollo Sustentable. Tomando como eje central de análisis, la clasificación de las libertades constitutivas e instrumentales enmarcadas en el contexto de la salud, para construir la base metodológica de este apartado.

3.1. Construcción de los indicadores compuestos: sus ventajas y limitaciones

Recientemente, el tema de los indicadores compuestos (o también llamados sintéticos) ha sido objeto de gran interés sobre todo en el ámbito de la gestión pública, como un valioso instrumento en el diseño, análisis y evaluación de políticas públicas. Su función principal consiste en establecer comparaciones acerca de la práctica o desempeño de las unidades de análisis a partir de las cuales se pretende evaluar, como por ejemplo entre países, estados, municipios o incluso unidades de análisis a nivel de microdatos como los hogares o individuos, entre otros. Su capacidad de síntesis, es quizá la principal ventaja por la que se recurre a este instrumento de medición, pues se convierte en una herramienta eficaz para

captar la atención de la comunidad, ayuda a establecer discursos convincentes, y brinda el sustento adecuado para alimentar el debate de las políticas intersectoriales que promueven el desarrollo.

En este sentido, la construcción de los indicadores compuestos cuyo propósito es valorar y medir el desempeño de los países, suele llevarse a cabo considerando los diferentes entornos que intervienen en el desarrollo, como el económico, social, institucional y medio ambiental. No obstante, el uso de este tipo de indicadores también es recurrente para la formulación de políticas relacionadas con la promoción de la innovación y la investigación científica¹⁷.

La CEPAL (2009) ha señalado que en América Latina y el Caribe, se reconoce una amplia experiencia en la utilización de indicadores compuestos en diversos ámbitos, sobre todo en el económico (índices de productividad y eficiencia) y en el social (índices de pobreza y vulnerabilidad, entre otros); sin embargo, en el ámbito del desarrollo sustentable, son pocos los casos que se conocen, sobre todo aquellos índices construidos a nivel global para todos los países. La experiencia más representativa, es quizá el Índice de Desarrollo Humano (IDH) propuesto por el PNUD o el Índice de Sostenibilidad Ambiental (ESI por sus siglas en inglés) formulado por las universidades de Columbia y Yale. Cabe destacar que aunque a nivel regional son aislados los casos de uso a partir de instituciones públicas, se resalta el Índice Metropolitano de la Calidad del Aire (IMECA) utilizado por el gobierno mexicano.

¹⁷ La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es una de las entidades considerada pionera en el desarrollo de estas iniciativas.

Es así como la utilidad primordial de esta herramienta, consiste tanto en la evaluación del desarrollo de los países mediante el ejercicio de la comparación, así como la de facilitar la interpretación de los complejos escenarios a los cuales se enfrentan los tomadores de decisiones. Sin embargo, la falta de rigor metodológico durante el diseño y la falta de información o de su calidad, puede poner en riesgo los resultados, dando lugar a deducciones erróneas. Por lo que Boudon y Lazarsfeld (1985), consideran que tanto en la construcción como en la implementación de los indicadores compuestos, se debe seguir un conjunto de reglas y principios metodológicos que permitan lograr la combinación de datos diversos en un solo valor que resuma el tema en cuestión

Schuschny y Soto (2009) señalan que un indicador compuesto puede ser cuantitativo o cualitativo (según las necesidades del analista), y lo definen como una función simplificada que busca realizar la medición de un concepto multidimensional en una sola dimensión, lo cual implica un alto nivel de complejidad. Asimismo, mencionan que existen tres elementos indispensables durante el proceso de construcción que se deben cumplir para garantizar su efectividad para el propósito con el que se ha construido: el sustento conceptual, la validez y el sustento técnico.

El sustento conceptual está relacionado con la claridad del atributo que se desea medir, es decir, es necesario establecer claramente los objetivos y el contexto en el que se construirá el indicador; mientras que la existencia de información confiable y de calidad, le otorgará la validez para poder realizar la medición. Una vez llevadas a cabo estas dos condiciones, se procede a seleccionar las herramientas metodológicas adecuadas para su ejecución rigurosa en cada una de las etapas del proceso de construcción, lo que le brindará el sustento técnico.

En general, uno de los atributos más notable de los indicadores compuestos, es sin duda, su capacidad de integrar múltiples dimensiones de una unidad de análisis determinada, reduciendo a un sólo valor la complejidad de la información proporcionada de estas dimensiones; las cuales de otra forma se percibirían en disputa. Es relevante señalar que este proceso de construcción requiere la implementación de fases o etapas a partir del cálculo de los indicadores compuestos de las dimensiones que se interrelacionan.

Por consiguiente, lo más común es que se recurre a ellos con el objetivo de medir el desempeño de una unidad de análisis en un tema particular, lo que en la mayoría de las ocasiones motiva al estudio del tema en cuestión, pues el proceso de construcción de los indicadores en sí mismo, proporciona información destacada sobre el tema a tratar que no sería directamente detectada.

Por otro lado, además de las ventajas con las que cuentan los indicadores compuestos, se debe tener muy en cuenta sus desventajas, de esta manera, se tenderá a una construcción metodológica más adecuada (Cecchini, 2005). Si bien, son considerados como una herramienta útil de investigación y comparación, su utilización no está libre de limitaciones generales ya que si los indicadores están mal contruidos o interpretados, pueden llegar a generar resultados confusos o erróneos.

Reducir la complejidad de una problemática a un número que aparentemente estima la totalidad del asunto en cuestión, es susceptible a sesgos de percepción o a una excesiva simplificación, por lo que una buena opción para reducir esta limitante en la construcción de indicadores compuestos, sería considerar el cálculo de sub-indicadores que representen el

comportamiento de los distintos subsistemas que constituyen la totalidad que se estudia. Según Schuschny y Soto (2009), es en este punto donde comienzan a aparecer las complicaciones, ya que la agregación ponderada de múltiples contenidos de información estadística puede generar niveles de incertidumbre que van incrementándose de acuerdo a la integración de las diversas escalas y dimensiones que el indicador compuesto intenta sintetizar; por lo que sugieren evitar la redundancia al momento de seleccionar la información que integrará el indicador, y realizar durante todo el proceso de la construcción, análisis de sensibilidad y robustez.

Otro aspecto importante que no se debe perder de vista cuando se pretende construir un indicador compuesto, es su relevancia a nivel político y social, pues su utilización deberá coadyuvar en la toma de decisiones, así como brindar sustento a los discursos que emanen de dichas decisiones con respecto al fenómeno de estudio. En este marco de acción, es también de vital importancia el conceso con expertos tanto en el tema a tratar como en la selección del tipo de indicador compuesto y la aplicación rigurosa de métodos estadísticos fundamentados. Pues como ya se mencionó, una escala de medición oportuna a nivel local, puede no serlo a nivel nacional, lo que evidentemente genera conflicto entre los procedimientos cuantitativos que intervienen.

Existe una amplia lista de apreciaciones sobre el uso e implicaciones de los indicadores compuestos: una selección adecuada de variables, su comparabilidad en diversas circunstancias, una excesiva generalización, la equiparación entre variables dispares; o como resalta Koopmans (1947), la falta de una adecuada base teórica como punto de partida para la construcción del indicador compuesto. Sin embargo, una selección incorrecta de las variables que construirá el indicador o la falta de coherencia entre éstas y las dimensiones del objeto de

estudio, son quizá las críticas más notables sobre la construcción de indicadores compuestos, pues si no se cumplen estas condiciones, difícilmente se logrará su efectividad (Schuschny y Soto, 2009).

3.1.1. Metodología de construcción de los indicadores compuestos

Por lo tanto, independiente del tipo de indicador compuesto y de la visión de sustentabilidad que se vaya a abordar, según Nardo (2005) todo proceso de construcción de indicadores compuestos debe llevarse a cabo con rigor metodológico, si se pretende la eficiencia del mismo. Y para ello, sugiere seguir meticulosamente ocho etapas durante todo el proceso: I) desarrollo de un marco conceptual, II) selección de los indicadores, III) análisis multivariado descriptivo, IV) imputación de datos perdidos, V) normalización de los datos, VI) ponderación de la información, VII) agregación de la información, y VIII) análisis de robustez y sensibilidad.

Así, desde esta perspectiva el proceso de construcción de indicadores compuestos consiste en primer lugar, en definir el marco conceptual, posteriormente, se eligen conforme a éste los indicadores y variables que se desea sintetizar, para luego someterlos a un procedimiento de análisis exploratorio y determinar si efectivamente los datos con la información seleccionada están en correspondencia con las ideas que dieron lugar a su elección. Para Schuschny y Soto (2009), esto es como un primer proceso de validación de la utilidad de los indicadores seleccionados, en el cual pueden surgir problemas relacionados con la falta parcial de información, lo que a su vez, conduciría a problemas en posteriores etapas, generando finalmente conclusiones erróneas. Por lo que es en esta etapa, donde se vuelve necesario

recurrir a las metodologías de imputación de datos perdidos. No obstante, los indicadores elegidos comúnmente están medidos en distintas escalas, por lo que forzosamente se requiere un proceso de normalización de los datos que permita la comparabilidad.

Para concluir, una vez llevado a cabo todo lo anterior, se debe definir el factor de peso que cada indicador o variable tendrá en la agregación como etapa final del proceso de construcción del indicador compuesto, y posteriormente, presentarlo ya sea tabulado o mediante gráficas. Sin embargo, el investigador no debe omitir el aspecto de la validación final a través de un análisis de sensibilidad, el cual consiste en evaluar si pequeñas variaciones en los datos contenidos en los indicadores agregados, conducen efectivamente a pequeñas variaciones en el valor del indicador compuesto, lo que no es garantía, pero se considera necesario para asegurar la robustez del indicador compuesto. Cabe puntualizar que la consecución de las etapas descritas, puede variar en cada proceso de construcción de indicadores compuestos, de acuerdo a los requerimientos particulares del propio proceso de construcción del indicador compuesto (Schuschny y Soto, 2009).

- I. Por lo tanto, el *desarrollo de un marco conceptual* en el diseño de un indicador compuesto, consisten en establecer un punto de partida, es decir, un marco conceptual que sirva de base para llevar a cabo la selección de los indicadores y determinar las formas en que éstos se combinarán entre sí. Lo que significa que es a partir del marco conceptual que se acredita su construcción, brindándole pertinencia a los valores que posteriormente se analizarán, por ejemplo, a través de la definición de los distintos sub-sistemas o dimensiones que intervienen. Así, entre más claro y detallado esté el marco metodológico, más entendible y definido

quedará el indicador, no obstante, para ello es necesario que el contexto de análisis esté ampliamente dominado por el analista, es decir, que tenga la capacidad de comprensión del fenómeno que se va a medir.

La construcción e implementación de indicadores compuestos desde la perspectiva del desarrollo humano sustentable, tiene la finalidad de impulsar la toma de decisiones políticas que conduzcan hacia la sustentabilidad, por lo que un marco conceptual claro y ordenado, posibilitará medidas objetivas para su operacionalización, procurando relacionar los aspectos económicos, sociales, ambientales e institucionales desde un enfoque sistémico. Sin embargo, se debe reconocer que una de las principales limitantes de cualquier marco conceptual específico, tiene que ver con la disponibilidad y calidad de la información con que se cuente.

En el caso de México, el tema de la medición del crecimiento económico tiene una importancia destacada, por lo que existe una gran cantidad de información disponible al respecto. El tema social es de similar importancia que el económico debido al abordaje integrador de políticas en busca de la equidad y el bienestar de la sociedad mexicana. Un respaldo significativo de ello, son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por México y por todos los países miembros de Naciones Unidas, por lo que existe una considerable cantidad de información confiable que incluye aspectos como la salud, la pobreza, la equidad de género, la desigualdad y el acceso a servicios básicos entre otros. En el tema ambiental no se cuenta con la misma suerte, pues su importancia es relativamente reciente y por lo mismo, no existe una cantidad de información considerable.

- II. El proceso de la *selección de los indicadores* debe llevarse a cabo a partir de la construcción de metadatos donde se establezcan las características y el tipo de las variables, su disponibilidad, las fuentes responsables de calcularlas, y las unidades de medida con que se expresan; lo cual determinará la calidad del indicador. Un aspecto a considerar en esta etapa, es el objetivo o utilidad que se le dará al indicador compuesto que se va a construir, ya que la selección deberá ir dirigida a dicho objetivo, ya sea de diagnóstico, de evaluación de desempeño o proyectivo. Asimismo, como ya se ha señalado antes, la falta de información estadística básica con la que se alimenta el indicador compuesto, representa la principal limitante al momento de la selección.
- III. El *análisis multivariado descriptivo* es el proceso de interrelación de la información a través de distintos métodos de síntesis estadística y se puede realizar a partir de considerar dos criterios básicos: 1) *análisis de relaciones entre variables*, se caracteriza por agrupar las variables en sub-indicadores, definiendo una estructura jerárquica para precisar si la selección de éstas es suficiente para describir el objeto en cuestión, la técnica estadística más común para ello, es el análisis de componentes principales (ACP) que permite estudiar cómo se interrelacionan estadísticamente las dimensiones que contemplará el indicador compuesto; no obstante, el análisis factorial y el coeficiente Alfa de Cronbach son otras alternativas de este criterio. Y 2) *estudio de relaciones entre unidades de análisis*, consiste en establecer grupos de unidades de análisis relacionadas por su similitud; la técnica estadística recurrente es el análisis de conglomerados (o cluster analysis).

Un aspecto importante a considerar sobre estas técnicas, es que si la muestra de información contenida en las variables (número de datos) es pequeña en comparación con el número de variables seleccionadas, no se deberá optar por la utilización de estas técnicas porque los resultados no tendrían representatividad. Si éste fuera el caso, se podría recurrir a la técnicas de análisis exploratorios simples, considerando tablas de frecuencias y de promedios simples, tablas de coeficientes de correlación o gráficos de dos y tres dimensiones, y herramientas gráficas de análisis multivariado descriptivo como las estrellas y caras de Chernoff (Johnson y Wichern, 2007:26).

En el caso específico del ACP, se puede señalar que actualmente es uno de los métodos de análisis de relaciones entre variables más utilizado, ya que permite reducir la dimensionalidad de un conjunto de datos. No obstante, su principal limitante consiste en que las correlaciones (que son la base de su cálculo) pueden no necesariamente representar el dominio de la realidad de las componentes sobre lo que se quiere medir, sino un resultado estadístico ficticio, aunque estos resultados pueden ser sensibles a la modificación de la muestra de datos o a la presencia de otros datos atípicos (Uriel, 1995).

Por otra parte, el análisis factorial es una técnica estadística de modelación de datos usados para explicar la variabilidad entre las variables observadas en términos de un número menor de variables no observadas llamadas factores; las variables observadas se modelan como combinaciones lineales de factores más expresiones de error. Además, en este proceso se deben cumplir dos condiciones básicas: la parsimonia y la interpretabilidad, lo que significa que los fenómenos deben explicarse e interpretarse con el menor número de elementos posibles.

Con respecto al coeficiente Alfa de Cronbach, éste se puede definir como un valor que mide la consistencia interna, indicando qué tan bien está representada la información de múltiples variables en un solo indicador. El coeficiente toma valores entre 0 y 1, y sirve para comprobar si un indicador que se está evaluando, recopila información de las variables que lo componen que es defectuoso y por tanto, generaría conclusiones equivocadas, o bien, si se trata de un instrumento fiable que mide lo que propone (Schuschny y Soto, 2009).

Finalmente, el análisis de conglomerados como una herramienta estadística de relaciones entre unidades de análisis, consiste en clasificar en grupos distintas unidades de análisis a partir del procesamiento de numerosos indicadores que describen el estado de dichas unidades. Su objetivo es establecer tipologías para las unidades de análisis de aquellas que sean homogéneas entre sí y donde los grupos sean heterogéneos entre sí.

IV. La *imputación de datos perdidos* se lleva a cabo cuando la información que alimenta al indicador, no está disponible para todas las variables que lo constituyen. La ausencia de datos en algunas unidades de análisis en algunos o quizá en todos los períodos considerados en el estudio, suele ser común, sobre todo cuando se considera a todos los países. La pérdida de información puede ser ocasional, cuando el valor del dato perdido no depende de la variable en cuestión; y sistemática (es decir, no aleatoria), cuando sí depende.

Según Little y Rubin (2002), cuando la pérdida de datos sea sistemática, se puede recurrir a la *imputación simple de los datos*, por ejemplo a través del uso de promedios, medianas, modas o regresiones con la información disponible. O la

imputación múltiple de datos, asignando los datos perdidos numerosas veces de manera que se disponga de varios conjuntos completos de resultados para cada uno de los cuales se estiman los parámetros de interés junto con sus respectivas medias y desviaciones estándar.

Por lo tanto, la principal ventaja al asignar datos perdidos, radica en la reducción de los sesgos y la ejecución de un análisis completo de la información. Sin embargo, cabe recalcar que el uso de estas herramientas de imputación no pueden sustituir totalmente la información perdida, por lo que en primera instancia, se debe procurar recuperar la información desde las fuentes originales. Además, no se debe pasar por alto que el uso excesivo de los métodos de imputación de valores perdidos, en la medida en que sustituyan una cantidad importante de la información, puede generar un análisis impreciso que no refleje lo acontecido en la realidad.

- V. La *normalización de los datos* debe llevarse a cabo antes de proceder a la agregación de las variables seleccionadas en un solo indicador compuesto para cada unidad de análisis, con la finalidad de evitar asociar variables de unidades de medida distintas y la aparición de fenómenos dependientes de la escala. Para ello, existen dos formas de normalizar la información: la primera, se refiere a las unidades de medida, las escalas y las magnitudes de las variables *per se*; y la segunda, a la representación de dichas variables en términos comparativos, a partir de los valores que adquieran las unidades de análisis.

Schuschny y Soto (2009) mencionan siete de las principales técnicas para normalizar los datos y con ello, facilitar la comparación más adecuada entre unidades de

análisis, y advierten que su elección dependerá tanto de las características propias de cada indicador, y de la experiencia del investigador: *a) empleo de tasas o porcentajes de variación, b) ordenamiento de indicadores entre unidades de análisis, c) estandarización (z-score), d) re-escalamiento, e) distancia a una unidad de análisis de referencia, f) categorización de escalas, y g) categorización de valores por encima o debajo del promedio.*

El primer método mencionado, el empleo de tasas o porcentajes de variación, debe considerarse cuando se posee información de una variable en varios períodos del tiempo, se puede trabajar con las tasas de variación (o su porcentaje de variación), obteniendo un estimador de evolución que no tiene dimensiones.

El segundo, el ordenamiento de indicadores entre unidades de análisis, es considerado el método más simple de normalización de variables, y consiste en establecer un ordenamiento (o ranking) de sus valores, de esta forma los datos se independizan de la magnitud de los posibles datos atípicos que pudieran estar presentes.

En la estandarización (z-score) dado que cada variable se puede calcular la media y desviación estándar medidas sobre la población de unidades de análisis, es posible estandarizar la variable calculando el valor estandarizado también llamado valor z; de esta manera los valores de cada unidad de análisis quedan estandarizados respecto de una misma distribución. Asimismo, dado que la medida que resulta de la transformación es cero, se evitan las distorsiones que se generan por las diferentes medidas de los indicadores, al momento de la agregación de todas las variables que construirán al indicador compuesto.

El re-escalamiento, consiste en transformar los niveles de las variables para llevarlos al intervalo $[0,1]$ considerando la distancia entre los valores máximos y mínimos que la variable adquiere considerando todos los datos de la variable conjuntamente, el mayor desempeño tendrá un valor de 1 y el de menor, el 0.

El quinto método, es la distancia a una unidad de análisis de referencia, que consiste en calcular una unidad de análisis considerada como de referencia, ya que a partir de ella, los resultados quedan referidos en el período de tiempo inicial. Es importante señalar, que en algunos casos no se fija el valor del tiempo, y la referencia respecto de la cual se calculan los valores, puede ir variando conforme se va integrando nueva información.

En la categorización de escalas, se asigna un rango de categorías a cada indicador, por ejemplo, se puede establecer un semáforo con las categorías verde, amarillo, rojo; una, dos, tres, cuatro; etc. A cada categoría se le asigna un rango de valores dentro del cual, ésta es válida; comúnmente estos rangos se basan en medidas de localización como los percentiles, los deciles o los cuartiles. Esta técnica puede ser muy útil para representar información cualitativa en rangos relativamente cuantificables. No obstante, la principal limitante de esta herramienta, es que tiende a producir la pérdida sustancial de información cuantitativa que podría ser relevante en algunos casos.

Y finalmente, la categorización de valores por encima o debajo del promedio, a diferencia del método anterior, en éste se establece un umbral de tolerancia a partir del cual se determinan los casos en que las unidades de análisis registran valores de una variable por encima, por debajo o alrededor del valor del umbral. Sobre su principal limitante, se puede señalar que la

elección del umbral puede parecer arbitraria, ya que está sujeta a la experiencia que el analista o investigador tiene acerca de la información con la que trabaja, e igual que el anterior, al establecer los rangos categorizados, se pierde información nominal de la variable procesada.

VI. La *ponderación de la información normalizada* según Nardo (2005) es la etapa decisiva de todo el proceso de construcción del indicador compuesto, pues propiamente consiste en componer los múltiples indicadores y variables seleccionados a partir de agregar la información de manera uniforme o bien, otorgando factores de peso que permitan asignar la importancia relativa a cada indicador en el agregado, lo cual determinará el valor final del indicador, por lo que el rigor metodológico de la agregación es fundamental.

Entre las principales técnicas utilizadas para agregar la información ya depurada y normalizada, se destacan: *a) el establecimiento de peso equiproporcionales, b) métodos participativos de ponderación, c) ponderación a través del cálculo de la distancia a objetivos planeados, d) ponderación mediante cálculos de regresión, e) análisis de componentes principales (ACP), f) análisis envolvente de datos, g) modelos de componentes no observados, h) ponderación usando procesos de jerarquía analítica, y i) análisis conjunto* (Schuschny y Soto, 2009).

No obstante, independientemente de la metodología utilizada, no se debe olvidar que la ponderación de un conjunto de variables para agregarlas en un solo indicador, debe reflejar el objetivo por el cual se está construyendo el indicador compuesto, puesto que no existe una metodología objetiva para establecer los pesos de las

variables. Por ello, además de trabajar a partir de un sólido marco conceptual, es habitual recurrir también a la opinión de expertos y al consenso de las prioridades políticas.

El establecimiento de pesos equiproporcionales, es una técnica que facilita el cálculo y funciona bien cuando todas las dimensiones del tema que se estudia, tienen la misma prioridad y están equilibradas, es decir, que tienen la misma cantidad de sub-indicadores; como por ejemplo, el Índice de Desarrollo Humano.

Los métodos participativos de ponderación, son una herramienta para establecer el peso relativo de cada variable del indicador, de carácter exclusivamente participativo, es decir, no se basan en criterios estadísticos o matemáticos, sino en la opinión y conocimiento de expertos. Por lo tanto, la selección de éstos y la diversidad de áreas del conocimiento que representan, así como su convergencia en los intereses y objetivos planteados, facultarían al indicador compuesto para gozar de mayor consenso y ser un instrumento eficaz para la aplicación y evaluación de políticas públicas en beneficio del tema al que se refiere el indicador.

La ponderación a través del cálculo de la distancia a objetivos planteados, es otra alternativa para pesar las variables e indicadores, que consiste en medir las necesidades de intervenciones de política y la urgencia de solucionarlas, a través del cálculo de la distancia a objetivos de ser alcanzados; por lo tanto, entre más lejos esté la variable del objetivo, la prioridad, tenderá a ser mayor.

La ponderación mediante cálculos de regresión, son modelos de regresión lineal que pueden proporcionar valiosa información acerca de la relación entre un conjunto considerable de variables independientes y una variable dependiente. Por lo tanto, en una suposición las variables independientes del modelo lineal son las variables que se han seleccionado para componer el indicador sintético, y que la variable dependiente representa un objetivo global a ser alcanzado por cada unidad de análisis; entonces a partir de una regresión lineal, los valores de los coeficientes estimados pueden ser considerados normalizados como factores de ponderación de las diversas variables con que se trabaje.

El análisis de componentes principales (ACP) así como el análisis factorial, metodologías ya explicadas brevemente en la fase del análisis multivariado descriptivo, también pueden ser utilizados para ponderar la información, particularmente cuando se está en presencia de colinealidad ya que sirven para componer variables a partir de su posible asociación mutua y capturar conjuntamente la información común que poseen. Por ello, se consideran técnicas apropiadas para fijar la relación de las variables en sub-indicadores asociados a las componentes o factores obtenidos, tratando de estimar el menor número de componentes que den lugar a la mayor variabilidad total posible.

No obstante, la principal desventaja del ACP como método para ponderar variables, es que por un lado es muy sensible a la incorporación de información y la presencia de datos atípicos; y por otra parte, que el método tiende a minimizar la contribución de variables que poseen una evolución distinta de los demás indicadores.

El análisis envolvente de datos, también conocido como Data Envelopment Analysis (DEA por sus siglas en inglés), consiste en un método de referenciación que provee una perspectiva sistémica e integrada para estudiar comparativamente el desempeño de las unidades de comportamiento bajo análisis, permitiendo identificar aquellas unidades de análisis que mejor desempeño muestran, y a partir de ello, generar un indicador global con el que se evalúan todas las demás unidades, es decir, el DEA es una metodología que se basa en analizar el comportamiento comparado de las unidades de análisis. Sin embargo, su principal limitante es que dado que es un método matemáticamente sofisticado, su aplicación sustituye el juicio experto, perdiendo claridad sobre todo en el momento en que se comunican los resultados obtenidos (Schuschny, 2007).

Con respecto a los modelos de componentes no observados, están basados en la idea de que las variables que compondrán el indicador sintético se suponen dependientes de una variable no observada más un término de error, por lo que a través de la estimación de la variable no observada, será posible algún conocimiento acerca de las relaciones que pudieran darse entre el indicador compuesto y sus variables constitutivas; de manera que los factores de peso a partir de este procedimiento serán aquellos que minimizan el término de error resultante. Estas metodologías son similares al análisis de regresión, pero con la variable dependiente desconocida. Sin embargo, su desventaja es que su aplicación da lugar a problemas de identificación cuando las variables que intervienen están altamente correlacionadas.

La ponderación usando procesos de jerarquía analítica, es otra técnica participativa de ponderación diseñada para apoyar la toma de decisiones cuando se tienen que considerar múltiples aspectos tanto cuantitativos como cualitativos en una decisión, por lo que se

considera de gran utilidad como método racional para estimar los factores de ponderación de las variables que compondrán el indicador sintético. Por lo tanto, cada factor de peso representa la prioridad otorgada por un grupo de expertos a una variable con respecto de las demás. Su ventaja principal, es que transparente el proceso de definición de los pesos, ya que su procedimiento es ampliamente utilizado; no obstante, sus limitantes consisten en que a partir de realizar numerosas comparaciones entre pares de variables, su sistematización puede considerarse tediosa, y como en todos los métodos participativos, sus resultados dependerán del grupo de expertos seleccionados para priorizar las variables.

Finalmente, el análisis conjunto es una técnica estadística cuyo objetivo es determinar cuál sería la combinación de un número limitado de atributos preferida por un grupo de encuestados (pueden ser expertos); mientras que la técnica de los procesos de ponderación de jerarquía analítica, estima las alternativas agregando el valor individual de las variables, el análisis conjunto, lo hace desagregándolo. Esta técnica busca establecer una medida de los juicios de los encuestados (expertos consultados), sobre un conjunto de alternativas, se les pide que prioricen un conjunto de variables de su elección.

Todo ello implica en primer instancia, que el analista sea capaz de formular el problema a ser resuelto, identificando los atributos a considerar, es decir, las variables y sus posibles niveles. Por ejemplo, en un análisis clásico involucra la identificación de no más de 10 variables, por lo que en cada variable se pueden definir los niveles según sea una variable económica, social, institucional o ambiental.

Posteriormente, se debe diseñar la forma en que se le presentará la información al encuestado, ello se puede hacer entre pares de variables o realizando una evaluación directa de cada una de ellas; contrastándose cada nivel de cada variable con los de las demás, por lo que el procedimiento se convierte bastante tedioso, puesto que supone por parte del consultado la realización de numerosas comparaciones. Su desventaja principal consiste en que el diseño de la encuesta puede complicarse cuando el número de variables y niveles asociados es amplio, lo que a su vez, dificulta la evaluación realizada por el encuestado (experto).

VII. Los métodos de agregación son técnicas que permiten, una vez determinados los factores de ponderación, agregar todas las variables o sub-indicadores en un indicador sintético, cuando el método de ponderación utilizado no establece una técnica de agregación subsecuente. Entre las principales técnicas de agregación de la información se destacan: la suma de rankings, el conteo de las variables que superan o exceden una referencia dada, la media aritmética ponderada, el promedio geométrico ponderado, la comparación entre ambas aproximaciones y la aproximación multi-criterio (Schuschny y Soto, 2009).

La suma de rankings consiste en sumar para cada unidad de análisis, el orden o ranking que posee cada una de las variables en relación con el resto de las unidades de análisis, su principal ventaja es su simplicidad y la independencia que se logra respecto de los datos atípicos; sin embargo, su limitante es que tiende a perderse información acerca del valor absoluto de las variables que componen el indicador. Y el conteo de las variables que superan o exceden una referencia dada, consiste en contabilizar el número de indicadores que está por debajo o encima de valores de referencia preestablecidos, igual que la suma de rankings, este modelo de

agregación no se ve afectado por la presencia de datos atípicos; no obstante, también se pierde información.

Por otra parte esta la media aritmética ponderada, es el método más ampliamente utilizado una vez normalizadas las variables y calculados los factores de pesos, para ello, los procedimientos a través de los cuales se obtuvieron los factores de peso, deben estar claramente definidos, al igual que los indicadores deben ser preferentemente independientes entre sí. Sobre el promedio geométrico ponderado, es similar a la media aritmética ponderada pero considerando la media geométrica; en ambos casos existe un razonamiento compensatorio entre variables, lo que supone vínculos entre ellas. No obstante, cuando se cree que los factores de ponderación de las variables determinan su importancia relativa en la composición del indicador sintético y sin reflejar la posibilidad de compensaciones entre variables, se recomienda recurrir a criterios de agregación no compensatorios como la comparación entre ambas aproximaciones (Schuschny y Soto, 2009).

La técnica de aproximaciones multi-criterio, es útil cuando se cuenta con numerosas variables para evaluar un conjunto de unidades de análisis y se desea establecer un ordenamiento o ranking para analizar sus desempeños relativos. En este contexto, algunas de las variables favorecen el desempeño de algunas unidades de análisis, y así sucesivamente, creando cierto conflicto con respecto a la forma en que se debe realizar el ordenamiento. Su ventaja es que supera los principales inconvenientes que presentan las agregaciones aritméticas o geométricas, como la posible compensación frente a cambios mutuos de las variables, la necesidad de uso de escalas homogéneas y los compromisos mutuos que se generan entre los factores de ponderación de las variables. Por lo que si se recurre a esta técnica, se podrá

trabajar simultáneamente con información cualitativa y cuantitativa que no necesita ser normalizada; sin embargo, su limitante principal es la posible aparición de situaciones cíclicas en las que no se llegue a una conciliación (Munda, 2004).

VIII. La *robustez y el análisis de sensibilidad* son la combinación entre el análisis de incertidumbre y de sensibilidad, que se debe llevar a cabo en todo proceso de construcción de indicadores compuestos, para incrementar su transparencia; ya que si dicho proceso fue diseñado deficientemente, presentará errores en la interpretación de los datos. Por ello, se sugiere evaluar la sensibilidad de la elección de las variables, pues podría resultar que pequeños cambios en el diseño del indicador compuesto, generen grandes variaciones en los valores o rankings obtenidos.

Las dos técnicas más recurrentes para realizar el análisis de incertidumbre-sensibilidad son: *el análisis de incerteza* y el de sensibilidad a partir del uso de la varianza. El primero, se lleva a cabo mediante la aplicación del método Monte Carlo, el cual consiste en alterar todas las fuentes de incertidumbre de manera aleatoria, una cada vez, para analizar cuáles serían los efectos derivados de tales cambios después de un análisis estadístico. Respecto al análisis de sensibilidad a partir del uso de la varianza, éste tiene la ventaja de que puede ser utilizada aún cuando la representación sea no lineal (aunque estable, en el sentido de que las alteraciones no se amplifican); además, otorga una interpretación sencilla que permite distinguir los principales factores que afectan la sensibilidad del indicador (Saltelli, 2002).

Es así como el proceso de construcción de un indicador compuesto es semejante al desarrollo de un modelo (por ejemplo, un modelo econométrico), el cual posee numerosas fuentes de incertidumbre, por lo que el empleo de cualquiera de las técnicas anteriores, permite garantizar la eficacia del indicador compuesto.

Cabe señalar que entre las principales incertidumbres que suelen relacionarse con el diseño de indicadores compuestos están: 1) la elección del modelo para estimar los errores de medición de los datos; 2) el mecanismo y marco metodológico utilizado para incluir o excluir sub-indicadores en el indicador sintético; 3) la forma en que los sub-indicadores son transformados; 4) el tipo de esquema de normalización o estandarización empleado con el fin de eliminar los efectos de escala que pudiera haber; 5) la cantidad de datos perdidos y la elección del método de imputación usado para llenar dichos vacíos; 6) el método de determinación de los factores de peso; 7) los niveles de agregación de la información si es que se superponen o complementan varios de ellos; y 8) la elección del sistema de agregación de los sub-indicadores y variables (Schuschny y Soto, 2009).

En este contexto, una vez descrito todo el proceso de construcción de indicadores compuestos a través de cada una de sus etapas metodológicas, se exponen en el siguiente apartado, algunas propuestas de indicadores desde la perspectiva del desarrollo humano sustentable en general, y de manera específica, algunos relacionados con la salud, realizadas por organismos internacionales para posteriormente, definir el método de estimación del índice compuesto de equidad en salud propuesto en esta investigación.

3.2. La medición en el contexto del desarrollo humano sustentable

La capacidad de los indicadores compuestos para articular y comunicar entre sí una diversidad de atributos en un solo valor, cobra especial relevancia en el ámbito de la medición del desarrollo humano sustentable, ya que este enfoque plantea que la sustentabilidad de las oportunidades y capacidades humanas depende de mantener en equilibrio el conjunto de recursos físico, humano, financiero, social y ambiental. Es decir, es particularmente relevante cuando se intenta sintetizar de forma accesible los objetivos e ideas que surgen de este concepto.

En este sentido, para Hak, Moldan y Dahl (2012) el término de sustentabilidad se refiere a la capacidad de cualquier sistema o proceso de mantenerse indefinidamente. Mientras que el desarrollo sustentable, consiste en un esquema de desarrollo humano, social y económico, capaz de mantenerse de manera indefinida en armonía con los sistemas biofísicos del planeta.

En el terreno de la evaluación de la sustentabilidad del desarrollo, esta multidimensionalidad ha conducido a distintos tipos de indicadores compuestos. Sin embargo, no sorprende escuchar que existen numerosas cuestiones que obstaculizan la precisión de su medición, comenzando con las distintas visiones que hay sobre el concepto, su ambigüedad y/o la subjetividad del analista, y la muchas veces deficiente calidad de la información en los ámbitos de las ciencias sociales y ambientales, lo cual mantiene el tema del desarrollo en un debate abierto.

Al respecto, Quiroga (2001) menciona que los indicadores son herramientas concretas que apoyan el trabajo de diseño y evaluación de la política pública, fortaleciendo decisiones

informadas, así como la participación ciudadana, para impulsar a los países y regiones hacia un desarrollo sustentable. Y hace una revisión de las principales iniciativas con esta perspectiva en materia de indicadores, advirtiendo que este tema, aún se encuentra en proceso de desarrollo conceptual, metodológico e instrumental.

En primera instancia, está la visión de implementar sistemas de información que permitan hacer mediciones de una manera relacional, lo que ha generado la construcción de indicadores sintéticos basados en sistemas de indicadores de desarrollo sustentable de una manera agregada, denominando: el enfoque sistémico. Por otro lado, está la visión que engloba las ideas de cuantificar el desarrollo en su aspecto economicista con medidas de bienestar, planteando: el enfoque conmensuralista como otra alternativa para la generación de índices. Cabe señalar que también existen otras perspectivas enfocadas a un tema o proyecto político específico que han generado indicadores sintéticos; sin embargo, éstas no se encuentran basadas en algún enfoque particular (Quiroga, 2007).

Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2002) tipifica en cuatro grandes grupos a los indicadores compuestos, a partir de la disposición de las distintas combinaciones de información derivada de las múltiples fuentes o variables relacionadas con el tema de análisis:

1. *Indicadores basados exclusivamente en las ciencias naturales:* se basan en la agregación directa de información provista por mediciones físicas sobre los distintos medios naturales con el fin de determinar un indicador que defina una característica común, como por ejemplo, la acidez o toxicidad, etc., en los indicadores que se utilizan

para determinar su grado de contaminación; o los índices que miden las emisiones de gases de efecto invernadero como medida de dióxido de carbono equivalente, y las correspondientes a las sustancias agotadoras de la capa de ozono. O el Índice de Planeta Vivo, también puede clasificar en este tipo de indicadores, aunque su construcción sea más elaborada, el cual se trata de una medida del bienestar natural de los bosques, los ecosistemas hídricos, los océanos y las costas del planeta.

2. *Indicadores de desempeño de políticas:* aquí entran los que están relacionados con estándares de regulación, por ejemplo los basados en el establecimiento de límites a las emisiones o descarga de compuestos, o aquellos que determinan objetivos de políticas integrales que requieren la combinación de diversas variables. Los indicadores que surgen de los observatorios de medición de políticas que suelen configurar barómetros para reflejar los niveles de desempeño de tales políticas, como los destinados a medir la calidad del agua o aire con respecto a cierto parámetro regulatorio, como en el caso específico de México, el Índice Metropolitano de la Calidad del Aire (IMECA), están clasificados en este grupo.

3. *Indicadores basados en criterios contables:* la principal característica en este tipo de indicadores, es que la interpretación del valor obtenido se realiza con base en una unidad claramente establecida, ya sea en términos monetarios, en términos de extensión de tierra o en cualquier otro aspecto de base cuantificable. El Índice de Ahorro Genuino desarrollado por el Banco Mundial, el Índice de Bienestar Económico Sustentable o el Índice de Progreso Genuino, son algunos ejemplos. Cabe señalar que este tipo de indicadores compuestos, tiene una gran capacidad descriptiva debido a que

son directamente interpretables, la mayoría de ellos han sido contruidos basados en aspectos económicos, ligados a los conceptos de medición del bienestar social.

4. *Indicadores sinópticos*: este tipo de indicadores a diferencia de los contables, buscan resumir la información de un conjunto de variables de interés, que si bien es interpretable de modo comparativo entre períodos o entre individuos de estudio, no se pueden interpretar en términos de una unidad de medida como los índices contables. Por lo tanto, su utilidad se basa en la comparabilidad que pueda tener, ya sea con respecto al tiempo, midiendo su evolución, o con respecto a valores de referencia. No obstante, estos elementos de subjetividad pueden provocar críticas en su utilización, por ello, el rigor metodológico con que se construyan es de vital importancia para su confiabilidad. Algunos ejemplos son el Índice de Desarrollo Humano del PNUD, así como algunos indicadores propuestos por instituciones académicas o foros internacionales como el Índice de Sostenibilidad Ambiental o el Índice de Desempeño Ambiental (Quiroga, 2001, 2007).

3.2.1. Indicadores de salud desde la perspectiva del desarrollo humano sustentable

Como ya se ha mencionado, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) fue creado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el año de 1990 bajo el sustento teórico de Amartya Sen, con el objetivo de determinar el nivel de desarrollo con el que cuentan los países del mundo, considerando tres dimensiones básicas: 1) vida larga y saludable, 2) conocimientos, y 3) nivel de vida decente; y cada una de estas dimensiones cuenta con los siguientes indicadores:

Cuadro 6
Indicadores para el Índice de Desarrollo Humano (IDH)

Dimensión	Indicador
1. Longevidad y salud	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida al nacer
2. Instrucción y acceso al saber	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de alfabetización de adultos (dos tercios) • Tasa bruta de escolarización para todos los niveles (en un tercio)
3. Nivel de vida decente	<ul style="list-style-type: none"> • PIB per cápita

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla, el subíndice de salud integrado por el *indicador de la esperanza de vida* pretende evidenciar las oportunidades de salud de la población, a través de esta variable universal capaz de articular aspectos institucionales, políticas y estrategias de participación social de un país. En cuanto a su metodología, utiliza la de máximos y mínimos planteada en los informes de desarrollo humano. En el caso de México, los valores establecidos por el PNUD-México para el indicador de la esperanza de vida al nacer son de 85 años el valor máximo y de 25 años el valor mínimo.

Por otro lado, la Agenda 21 y su sucesora, la agenda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (descritas en apartados anteriores), son otras dos importantes estrategias internacionales cuyos indicadores representan una propuesta integradora para valorar los avances y metas de la sustentabilidad del desarrollo desde el tema de la salud. En este contexto, se destacan los esfuerzos que México ha venido desarrollando desde 1995 en coordinación con la Comisión para el Desarrollo Sustentable (CDS) de Naciones Unidas en el diseño de un conjunto de indicadores que contara con rigor metodológicos para operacionalizar las metas de la agenda en materia de salud, y poder realizar comparaciones tanto a nivel internacional como nacional (INEGI, 2000). La propuesta resultante consistió en la selección de los indicadores que se enlistan en seguida:

Cuadro 7
Indicadores internacionales de salud propuestos por la Agenda 21

Indicador	Definición
1. Saneamiento básico	Porcentaje de población que dispone de instalaciones adecuadas para la eliminación de excretas (drenaje).
2. Acceso seguro a agua potable	Porcentaje de población que dispone de agua potable en la vivienda o que puede acceder fácilmente a ella.
3. Esperanza de vida al nacer	Número promedio de años que se espera que viva un recién nacido sujeto a las tasas de mortalidad en un período determinado.
4. Peso suficiente al nacer	Tasa de infantes recién nacidos con peso igual o mayor a 2,500 gramos por cada 1,000 nacidos vivos.
5. Mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos.
6. Mortalidad materna	Tasa de mortalidad materna por cada 1,000 nacidos vivos.
7. Estado nutricional de los niños respecto a los niveles nacionales	Porcentaje de infantes por nivel de desnutrición.
8. Población infantil inmunizada	Porcentaje de la población infantil que ha sido inmunizada acorde con las políticas nacionales de vacunación.
9. Utilización de métodos anticonceptivos	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utiliza algún método anticonceptivo.
10. Químicos potencialmente peligrosos en alimentos	Porcentaje de químicos potencialmente peligrosos monitoreados en los alimentos.
11. Gasto nacional en servicios locales de salud	Gasto nacional en salud dedicado a los servicios locales de atención primaria de la salud.
12. Gasto total en salud respecto al PIB	Gasto total en salud que incluye tanto los gastos públicos como los privados.

Fuente: INEGI, 2000.

Sobre esta propuesta, cabe señalar que en México no se ha podido estimar el indicador 10 relacionado con el porcentaje de químicos potencialmente peligrosos monitoreados en los alimentos, debido a la falta de información (INEGI, 2000).

Por otra parte, la propuesta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio representa un compromiso entre los países del mundo para crear entornos que favorezcan el desarrollo de sus poblaciones, concentrándose en la erradicación de la pobreza y el fomento de la igualdad, la dignidad humana y la equidad en el plano mundial (ONU-A/RES/55/2, 2000). Considerando por supuesto, en tres de sus ocho objetivos el tema de la salud como un aspecto relevante del desarrollo humano sustentable. En dicha propuesta también se reconocen los trabajos que realizó el Gabinete de Desarrollo Social y Humano de México en el 2006 que en

coordinación con el PNUD-México diseñan un sistema de 12 indicadores a nivel nacional para la evaluación y monitoreo de los ODM en materia de salud, presentados a continuación:

Cuadro 8
Indicadores de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México

Objetivos	Indicadores
Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tasa de mortalidad de menores de 5 años por cada 1,000 nacidos vivos. 2. Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos. 3. Proporción de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión.
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tasa de mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos. 5. Proporción de partos atendidos por personal de salud especializado.
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA , el paludismo y otras enfermedades	<ol style="list-style-type: none"> 6. Prevalencia de VIH en población general. 7. Incidencia de SIDA según año de diagnóstico por cien mil habitantes. 8. Mortalidad de VIH/SIDA por cada cien mil habitantes. 9. Incidencia de casos de paludismo por cada cien mil habitantes. 10. Proporción de la población de localidades en zonas de riesgo de paludismo que son atendidos. 11. Incidencia de casos de tuberculosis por cada cien mil habitantes. 12. Mortalidad por tuberculosis por cada cien mil habitantes.

Fuente: Gabinete de Desarrollo Humano y Social. México, 2006.

Por lo antes señalado, se destaca la importancia de estos indicadores diseñados a nivel internacional, que enmarcan a la salud como una libertad tanto constitutiva como instrumental desde la perspectiva teórica del desarrollo humano sustentable, en la selección del sistema de indicadores que compone el Índice de Equidad en Salud.

3.3. Metodología de estimación del Índice de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la distribución de recursos en Salud (INIGS)

Como ya se ha señalado con anterioridad, detrás de cualquier sistema de salud se encuentra como objetivo la protección, prevención y mejoramiento de la salud de la población, para ello,

éstos utilizan diferentes mecanismos de financiamiento, organización y formas de proveer los servicios de atención. Por lo tanto, un elemento crucial y central de los procesos de reforma de los sistemas de salud, es la equidad (Solimano et al, 1999).

Asimismo, la equidad en los sistemas de salud surge como una variable que determinará la posibilidad de acceso a los servicios en esta materia. En este contexto, destacan tres enfoques en donde son enmarcadas las políticas públicas en salud y la equidad. El primero de ellos se refiere al enfoque igualitarista, en donde la equidad figura como la igualdad que tienen los individuos para tener acceso a los servicios de salud según sus necesidades. Al respecto, cabe señalar que el enfoque del desarrollo humano y de las capacidades se presenta como un impulsor de la igualdad de las capacidades y libertades del ser humano para tener la vida que desea y valora, en este caso, la posibilidad de estar sano a través del acceso a los servicios de salud. El segundo enfoque es el de los niveles mínimos¹⁸ donde la equidad se presenta como la cobertura de las desigualdades para el mejoramiento de las condiciones de la población más desfavorecida y de bajos recursos (Pereira, 1988), de esta manera se define como un conjunto limitado de servicios básicos de salud (atención primaria, vacunación, entre otros) de acceso gratuito. Por último, se encuentra el enfoque neoliberal-utilitarista en el que la equidad surge de la búsqueda de la maximización del bienestar y del estado de salud de la población a nivel agregado sin importar su distribución.

Como se observa, hay diferencias claras entre las políticas públicas de salud que toma cada una de estas perspectivas. Las políticas basadas en el enfoque igualitarista parten de la justicia social como base de la equidad, la solidaridad y la unidad social como algo bueno en si mismo

¹⁸ Este enfoque ha sido desarrollado ampliamente por Rawls (1972).

(Barr, 1993; Wagstaff y Van Doorslaer, 1992). De tal manera que bajo estas políticas, se tendería a sistemas de salud financiados públicamente y basados en el principio de la capacidad de pago, es decir, la aportación del individuo debe estar relacionada con lo que puede pagar y no con la cantidad consumida de servicios de salud ni con cualquier otra variable. Este tipo de enfoque es el utilizado en la búsqueda de la universalización de la cobertura de los sistemas de salud.

Por otro lado, se encuentran las políticas basadas en el enfoque de niveles mínimos, las cuales sólo garantizan a la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia sanitaria. Y finalmente, están las políticas neoliberales utilitaristas que parten de tres principios fundamentales: i) el individualismo; ii) el igualitarismo, entendido como la igualdad de utilidad y no de resultados; y iii) la libertad que tiene el individuo de buscar sus intereses y preferencias, sin importar el efecto en los demás (Pereira, 1988). Con esta idea, el enfoque conlleva a establecer sistemas de salud donde la salud es financiada principalmente por el sector privado, por lo tanto, el factor importante radica en la capacidad de beneficio, es decir, el pago está relacionado al beneficio que le ofrezca el consumo de los servicios de salud, el cual es una elección individual. Este principio se fundamenta en el objetivo de la eficiencia económica ignorando objetivos sociales como la redistribución de los recursos y capacidades.

Lo que significa que el enfoque igualitarista se presenta como la mejor opción para desarrollar el concepto de equidad en el diseño y gestión de las políticas públicas en salud, las cuales influirán en el progreso de los sistemas de salud, asimismo en aspectos como el financiamiento y la prestación de los servicios.

La estimación del Índice de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la distribución de recursos en Salud (INIGS) considera el período de 2000 – 2010, y tiene el propósito de construir una medida que muestre el grado de equidad en los servicios de salud a nivel estatal, permitiendo identificar las zonas donde se concentran las mayores inequidades relacionadas con el gasto y la distribución de los recursos en salud para cubrir el acceso y necesidades de la salud de la población mexicana.

Su proceso de construcción consiste en normalizar o estandarizar todas las unidades de los indicadores en una sola, a través de la aplicación del método Z score, descrito en uno de los apartados anteriores, el cual es un método sencillo y estadísticamente robusto que permite que en cada variable, se pueda calcular la media y la desviación estándar, medidas sobre la población de unidades de análisis, de manera que los valores de cada unidad de análisis queden estandarizados respecto de una misma distribución.

Los Z score se calculan a partir de la siguiente fórmula:

$$Z_i = (X_i - \mu) / \sigma$$

Donde:

Z_i = es el valor de Z score de cada indicador a nivel estatal

X_i = es el valor del indicador a nivel estatal

μ = es el valor promedio del indicador a nivel nacional

σ = es la desviación estándar del indicador a nivel nacional

Así, el INIGS para cada entidad federativa se define con la siguiente fórmula:

$$\text{INIGS}_n = \sum_{i=1}^I Z_i$$

Los indicadores de gasto de salud que se utilizaron a nivel estatal para calcular el índice son:

- 1) Gasto Federal como % del gasto total en salud.
- 2) Gasto Estatal % del gasto total en salud.
- 3) Gasto Público en Salud como % del PIB estatal.
- 4) Gasto Privado en Salud como % del PIB estatal.
- 5) Gasto Público en Salud como % del gasto total en salud.
- 6) Gasto Público en salud como % del gasto público total.
- 7) Gasto de bolsillo en salud per cápita como % del gasto total en salud per cápita.

Un aspecto importante que se tiene que considerar en la estimación de los Z score, es la dirección de los indicadores, para que el índice tenga una sola orientación. Así, cada indicador debe alinearse para una sola dirección, positiva o negativa. Por ejemplo, al utilizar el gasto de bolsillo en salud per cápita como % del gasto total en salud per cápita, si alguna entidad federativa tiene un valor alto, esto significaría que hace falta mayor cobertura del gasto por parte del Estado y tiene mayor necesidad para cubrir la salud, por otro lado, al utilizar el gasto público en salud como % del PIB estatal y éste tiene un valor alto, significaría que la población se encuentra en una situación de baja necesidad en gasto público en salud. Por lo tanto, al utilizar los dos indicadores en la estimación del índice, se tiene que cambiar la orientación de uno de ellos, es decir, el signo, para mantener la orientación de que entre mayor

sea el índice (INIGS) mayor será la necesidad en salud y que el gasto cubre en menor medida la cobertura en salud en el estado.

3.4. Metodología de estimación del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS)

Asimismo, la equidad desde el enfoque del desarrollo humano, implica que todas las personas tengan una oportunidad equivalente para alcanzar las libertades necesarias para llevar la vida que desean vivir. Es decir, la equidad o justicia social debe estar sustentada en primera instancia en la igualdad de oportunidades inmersas en los entornos social, político, económico y medio ambiental, las cuales deben ser promovidas por las instituciones públicas en mayor medida.

Por lo tanto, desde este marco la equidad en el ámbito específico de la salud, permitirá el despliegue de las libertades tanto constitutiva como instrumental en salud, lo que a su vez, permitirá el desarrollo humano y los medios para alcanzarlo. De esta manera, el planteamiento de Amartya Sen sobre las libertades humanas brinda un marco de acción para valorar los problemas sociales a los que se enfrentan las sociedades contemporáneas, no sólo las privaciones en materia de salud, sino también en la educación, la pobreza y la distribución de la riqueza, entre otros.

Así, el concepto de libertad igual que el de la equidad, son elementos fundamentales para la evaluación del desarrollo humano sustentable. La libertad constituye el aspecto central para conocer el estado real de una persona, de ahí la importancia de centrar la evaluación del

desarrollo del ser humano en el conjunto de capacidades y oportunidades presentes y futuras en los diferentes entornos creados por la sociedad y el Estado, es decir, de su libertad.

En este contexto, Sen (1985:66) señala que al comparar las libertades de dos personas o sociedades determinadas, se podría definir cuál de las dos está más aventajada o disfruta de un mayor grado de libertad para desarrollar las oportunidades relacionadas con su bienestar y calidad de vida. Por lo tanto para Sen (2000) el alcance y ampliación de la libertad se convierte al mismo tiempo en el fin y en el medio para el desarrollo, adquiriendo una función constitutiva e instrumental en el desarrollo humano de la sociedad.

La estimación del índice de equidad en salud para el desarrollo humano sustentable (IESADHS) considera el período de 2000 a 2010, y tiene como objetivo principal construir una medida que refleje el nivel de equidad en salud en cada una de las entidades federativas del país, permitiendo identificar las zonas donde se presentan las mayores inequidades en esta materia. Para ello, se presentan las diferentes libertades e indicadores seleccionados para integrar cada dimensión de la libertad en salud, tanto constitutiva como instrumental. Posteriormente, se describe la fuente y el cálculo de cada uno de los indicadores. Y finalmente, se describe el proceso de estimación del índice de equidad en salud para el desarrollo humano sustentable (IESADHS) a través de la aplicación del método de componentes principales, señalando, mediante los resultados estadísticos obtenidos, la pertinencia de su uso, ya que como medida es capaz de diferenciar a los estados de la república mexicana según el impacto global de las inequidades en salud que padece la población. Asimismo, se describe la forma de estratificación utilizada, a partir de la aplicación

de la técnica de Dalenius y Hodges donde se establecen cinco grados del índice de equidad en salud, que muestran las diferencias existentes ente estados.

La elección del análisis de componentes principales (ACP) como método de estimación del índice de equidad en salud para el desarrollo humano sustentable (IESADHS), radica en la multidimensionalidad de la equidad en salud como fenómeno de estudio desde el abordaje del desarrollo humano sustentable. Ya que este tipo de técnica se suele utilizar cuando se tiene por objetivo agrupar las variables en sub-indicadores.

El ACP fue creado por Pearson (1901), desde un enfoque geométrico, que posteriormente fue propuesto de manera algebraica por Hotelling (1933), con el objetivo de explicar la mayor parte de la variabilidad total observada en un conjunto de variables con el menor número de componentes posibles (Uriel, 1985). Lo cual se logra transformando el conjunto de variables originales que comúnmente tienen correlación entre sí, en otro conjunto de variables no correlacionadas, denominadas factores o componentes principales, relacionadas con las primeras a través de una transformación lineal, y que están ordenadas de acuerdo con el porcentaje de variabilidad total que explican (Schuschny y Soto, 2009). Las componentes obtenidas de la transformación lineal no necesariamente interpretables empíricamente en el sentido de que no constituyen un indicador o índice per se, pues quedan definidas a partir de la combinación lineal de variables que pueden aparentar no estar vinculadas por una interpretación afín (Jolliffe, 2002).

Por lo tanto, en seguida se presenta la estructura teórica-metodológica sustentada en el planteamiento integral de las libertades humanas de Sen para evaluar el nivel de equidad

presente en las condiciones socioeconómicas e institucionales relacionadas con el acceso a la salud que permita determinar el grado de desarrollo humano sustentable de la sociedad mexicana.

Cuadro 9
Estructura teórica-metodológica del IESADHS

Dimensiones	Variable	Indicador
Libertad constitutiva en salud	Procesos socioeconómicos de la salud	Proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social
		Proporción de la población en condiciones de pobreza
	Condiciones de salud básica	Esperanza de vida al nacer
		Tasa de mortalidad de menores de 5 años
		Tasa de mortalidad materna
Libertad instrumental en salud	Procesos de la cobertura sanitaria	Porcentaje de población que dispone de drenaje
		Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable
		Proporción de población con vivienda con piso firme
		Proporción de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar
	Acceso a los servicios de salud	Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud
		Tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados
		Unidades médicas por cada 1000 habitantes
		Camas censables por cada 1000 habitantes
		Médicos por cada 1000 habitantes
	Enfermeras por cada 1000 habitantes	
	Garantía del derecho a la protección en salud	Necesidades insatisfechas del gasto y la distribución de recursos en salud (índice)

Fuente: Elaboración propia.

Para realizar dicha evaluación y su respectivo análisis, se requiere valorar la libertad en salud tanto a nivel constitutivo como instrumental, es decir, como medio y fin del desarrollo.

3.4.1. La libertad constitutiva en salud

Esta libertad es aquella que proporciona las condiciones necesarias básicas para alcanzar la sustentabilidad del desarrollo en salud de la población presente y futura. Por lo tanto, en esta

investigación la libertad constitutiva en salud está integrada por las siguientes libertades constitutivas:

- 1) Procesos socioeconómicos de la salud
- 2) Condiciones de salud básica

La libertad de los procesos socioeconómicos de la salud, permite observar el nivel de oportunidades sociales y económicas con las que cuenta el ser humano para expandir sus capacidades y superar las privaciones en salud, a partir de examinar la relación de las condiciones de pobreza con el acceso a la seguridad social.

Al respecto Diderichsen et al. (2002), Evans et al. (2002) y Wagstaff (2002) señalan que la pobreza y la marginación inciden directamente en el estado de salud y bienestar de la población, causando el desarrollo de las inequidades en este ámbito. En este contexto, las inequidades se observan en relación con una variedad de tipos y causas de enfermedad, así como con otros factores de riesgo como los accidentes y la violencia; de modo que la vulnerabilidad y la exposición a ello, así como sus consecuencias negativas, se concentran inevitablemente en los estratos más pobres. Por lo tanto, la pobreza no sólo es un factor que inhibe el bienestar, sino que además, influye de manera negativa en múltiples facetas del modo de vida de las personas.

Considerando lo anterior, se plantea una serie de indicadores que permitan la valoración de esta libertad. Por lo cual, se propone el siguiente conjunto de indicadores para medir el avance en los procesos socioeconómicos de la salud:

- Proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social: este indicador permitirá observar las condiciones de pobreza y de los entornos social y económico en el que se despliegan las oportunidades en salud.
- Proporción de la población en condiciones de pobreza: proveyerá información relacionada con las circunstancias socioeconómicas en las que se desarrollan las personas para saber si se dan las condiciones mínimas necesarias para conseguir lo que la vida humana requiere para vivir con una buena salud.

La fuente de información que se empleó en ambos indicadores fue el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

La libertad de las condiciones de salud básica, permite observar si existen las condiciones mínimas básicas para tener una vida longeva y saludable, considerando en el análisis, el estado de salud en general, haciendo énfasis en la población más vulnerable como los infantes y las madres embarazadas.

Al respecto, la OPS/OMS (1997) ha indicado que todo ser humano que nace, por el hecho de ser persona, tiene derecho a ser provisto de las condiciones mínimas básicas necesarias para desarrollar su libertad en salud. Por su parte Sen (1999) reafirma la importancia de la relación de los indicadores con la salud de los grupos más vulnerables como los infantes y las mujeres en período de gestación, incluyendo las circunstancias de los entornos en los que se desarrollan los nacimientos de los individuos, para estimar las posibilidades de sobrevivencia y su nivel de desarrollo humano. En este contexto, se reitera la importancia de la propuesta de

los Objetivos de Desarrollo del Milenio al incluir en sus indicadores la problemática de estos grupos vulnerables.

Por consiguiente, la libertad de las condiciones de salud básica incluye una serie de tres indicadores:

- Esperanza de vida al nacer (años): permitirá examinar las opciones de salud de la población que son provistas por los entornos sociales, económicos, políticos e institucionales a través de la estimación de una vida longeva; entre más alto sea el indicador, mayores serán las posibilidades del individuo para lograr una vida saludable.
- Tasa de mortalidad materna: este indicador permitirá estudiar las oportunidades de las que gozan tanto las mujeres embarazadas como los infantes por nacer, para poder ampliar su libertad en salud.
- Tasa de mortalidad de menores de 5 años: este indicador permitirá percibir las oportunidades de salud con las que cuentan los infantes de poder lograr las mejores condiciones de vida y supervivencia.

La fuente de información que se empleó en los tres indicadores fue la Dirección General de Informática en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud (SS).

Una vez integradas las dos libertades constitutivas en salud, tanto la de los procesos socioeconómicos de la salud, como la de las condiciones de salud básica; se podrá conocer el

nivel de desarrollo de las oportunidades socioeconómicas como de las condiciones de salud de la población, para expandir y desplegar la salud como una libertad fundamental del desarrollo humano y si ésta se da en condiciones de equidad.

3.4.2. La libertad instrumental en salud

Esta libertad consiste en los recursos institucionales que proveen las oportunidades sociales como los servicios de salud y educación, de agua y drenaje, entre otros; además de la gestión por parte del Estado, así como la seguridad protectora que garantice el derecho y acceso a la salud que se deben ofrecer al ser humano por parte del Estado y la sociedad. Por lo tanto, para poder enmarcar lo anterior, se sugiere considerar las siguientes tres libertades instrumentales en salud:

- 1) Procesos de la cobertura sanitaria
- 2) Acceso a los servicios de salud
- 3) Garantía del derecho a la protección en salud

La libertad instrumental de los procesos de la cobertura sanitaria, permite estudiar el nivel de las oportunidades sociales con las que cuenta la sociedad para prevenir enfermedades y acceder a mejores condiciones sanitarias a través de la cobertura de los servicios públicos en donde se despliega la libertad para el logro de una vida saludable.

En este sentido, López (2000) destaca la relevancia de estudiar los avances de los determinante sociales de la salud relacionados con la accesibilidad y cobertura de los servicios

públicos en los que se desenvuelve la sociedad, los cuales permiten mejores condiciones sanitarias, como por ejemplo los servicios de agua potable, energía eléctrica y drenaje, así como las principales condiciones de la infraestructura de la vivienda.

Los indicadores considerados para valorar esta libertad son los siguientes:

- Porcentaje de población que dispone de drenaje en su vivienda: este indicador permitirá analizar las condiciones de saneamiento dentro del hogar y si se dan las condiciones mínimas necesarias para que la población tenga la oportunidad de poder prevenir o disminuir ciertas enfermedades gastrointestinales y de la piel. Asimismo, permitirá conocer también las condiciones del entorno y medio ambiente donde viven las personas.
- Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable: permitirá analizar el acceso que tiene la población de contar con calidad en el agua, la cual ayude a evitar las enfermedades gastrointestinales que pudieran afectar la salud.
- Porcentaje de población con vivienda con piso firme: este indicador permitirá observar las condiciones de sanidad con las que cuenta la población al interior de sus viviendas, y el grado de vulnerabilidad en materia de salud, para poder hacer frente a la prevención o curación de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, cronicodegenerativas, entre otras.
- Porcentaje de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar: permitirá conocer las oportunidades que tiene la población de contar con entornos que propicien la salud como la conservación de los alimentos y el acceso a medios de

información que permitan el abatimiento de enfermedades y ayuden a tener una mayor educación o información en materia de salud.

La fuente de información que se empleó en los cuatro indicadores fue el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Por lo tanto, la libertad de los procesos de la cobertura sanitaria, enmarcada desde este conjunto de indicadores, posibilita el análisis de las condiciones de los entornos en materia de salubridad en los que vive la población, para poder determinar la sustentabilidad del desarrollo en materia de salud, y evitar enfermedades y crear oportunidades para expandir la libertad en salud.

La libertad instrumental del acceso a los servicios de salud, permitirá estudiar las oportunidades de acceso a la salud de la población a partir de conocer el nivel de cobertura de las instituciones de salud del país, para el despliegue de esta libertad, la cual refleja el nivel de desarrollo que los servicios de salud brinda para la protección de las personas.

Cabe resaltar la importancia de esta libertad, como un indicador trascendental para el progreso de un país, pues examinar la cobertura de los servicios de salud y los recursos de su infraestructura como unidades médicas y personal de salud; posibilitará conocer si la población cuenta con las condiciones y entornos necesarios para una vida longeva y saludable (OPS, 2005).

En este sentido, los indicadores seleccionados para poder medir el nivel de avance o retroceso en el acceso a los servicios de salud en el papel instrumental de la libertad son:

- Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud: permitirá observar las oportunidades en salud que brinda el Estado a través de la cobertura de la seguridad social que proveen las instituciones de salud en el país. Se está considerando la derechohabencia del IMSS, ISSSTE, SEMAR, Seguro Popular, PEMEX, Servicios Estatales y otras instituciones públicas.
- Tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados: permitirá analizar al sector de la población de clase media y alta que probablemente no acude al servicio de salud pública.
- Unidades médicas por cada 1,000 habitantes: este indicador permitirá conocer si la infraestructura médica establecida tiene la capacidad para satisfacer las necesidades de acceso a la salud por parte de la población y cuál es su nivel de cobertura.
- Camas censables por cada 1,000 habitantes: permitirá observar si se cuenta o no con los medios necesarios para atender la demanda de salud de la población a través de los recursos físicos que presentan las unidades médicas.
- Médicos por cada 1,000 habitantes: este indicador permitirá analizar el nivel de cobertura del personal médico de los servicios de salud, lo cual reflejará si existen las condiciones necesarias mínimas para poder prevenir o curar las enfermedades o padecimientos de la población al tener acceso a la cobertura médica.
- Enfermeras por cada 1,000 habitantes: permitirá observar el nivel de alcance y desarrollo del personal de enfermería dentro de la prestación de los servicios de salud,

las cuales inciden en la creación de los entornos que permiten la expansión en mayor escala de la política social de los sistemas de salud.

La fuente de información que se empleó en los seis indicadores fue la Dirección General de Informática en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud (SS).

Por consiguiente, esta libertad permitirá conocer el avance de las condiciones de acceso y cobertura de la salud provistas por el Estado, y su capacidad para brindar entornos de despliegue de las oportunidades necesarias para que la población presente y futura pueda alcanzar un desarrollo humano sustentable.

La libertad instrumental de la garantía del derecho a la protección en salud, permitirá examinar el nivel de gestión que realiza el Estado para generar los entornos necesarios que garanticen la protección del derecho a la salud en la población, y poder desplegar a la salud como una libertad y derecho universal.

En este contexto, García (2005) ha señalado que la falta de gestión por parte del Estado para establecer y mantener una base jurídica sólida que fortalezca a la salud como un derecho social y garantía universal de las personas, así como la falta de voluntad política por parte del estado para invertir en la política social en salud, son aspectos críticos que agudizan la problemática inmersa por alcanzar la universalización del derecho a la salud. Por otra parte, Sen (2006) enfatiza el papel del Estado como ente garante de los derechos, entre ellos el de la salud, como piedra angular para lograr la vida que desea.

Por lo tanto, se seleccionó el indicador de las necesidades insatisfechas del gasto y la distribución de recursos en salud (índice) para poder medir el nivel de gestión que realiza el Estado para garantizar el derecho a la salud:

- Necesidades insatisfechas del gasto y la distribución de recursos en salud (índice): este indicador permitirá analizar el presupuesto asignado por parte del Estado para garantizar el derecho a la salud, que permita a su vez, contar con una vida sana y la accesibilidad a los servicios de salud requeridos por la población.

La fuente de información que se empleó en este indicadores fue la Dirección General de Informática en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud (SS).

De esta manera, a través de este indicador enmarcado en la libertad instrumental de la garantía del derecho a la protección en salud, se podrá valorar el nivel de avance de las oportunidades en salud creadas por el Estado y la sociedad, para asegurar que la equidad en las condiciones institucionales y socioeconómicas relacionadas con el acceso a la salud, sea un medio para el desarrollo de la población y pueda expandirse como una libertad inherente al ser humano para contribuir a otras libertades y aspiraciones más valiosas y fundamentales de la sociedad.

Es así como la propuesta metodológica descrita anteriormente fundamentada en el planteamiento teórico del desarrollo humano de Amartya Sen, permitirá que a través de las libertades constitutivas e instrumentales en salud, se pueda valorar el grado equitativo en el acceso a la salud, reflejado en la disminución o aumento de las privaciones en salud de la población, así como el nivel de desarrollo que presentan las oportunidades y los entornos en

donde éstas se despliegan, de tal forma que logremos conocer si vamos transitando hacia mejores escenarios de desarrollo humano sustentable.

3.5. Construcción del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS)

La concepción del índice de equidad en salud para el desarrollo humano sustentable (IESADHS), busca expresar mediante los dieciséis indicadores que lo conforman, las inequidades y privaciones en los diferentes entornos que intervienen en el acceso a la salud, creados por la sociedad y el Estado. Por lo tanto, es necesario construir a partir de cada una de las formas de exclusión, una medida resumen con la finalidad de concentrar en una sola estimación las magnitudes y variaciones de los indicadores y las relaciones entre ellos.

Es así como esta medida resumen brindará información de cada entidad federativa permitiendo ubicarlas dentro del contexto nacional, a partir de su nivel de inequidad, lo cual permitirá a su vez, establecer prioridades de política pública que pudieran dirigirse a disminuir las brechas sociales en salud en el país.

Por lo tanto, como ya se señaló, para calcular el IESADHS se recurrirá al análisis de componentes principales (ACP), técnica estadística que sintetiza la información en nuevas variables, que resultan de una combinación lineal de las variables originales, es decir, se reduce el número de variables en nuevos factores o componentes principales. Esta técnica también permite analizar la variabilidad del conjunto y ordenarlo de acuerdo a su importancia. En el caso del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable

(IESADHS), de las dieciséis variables que se introducen se genera un nuevo componente, factor o medida resumen, que por sus características cumple con las que se requieren para conformar dicho índice.

Para ello, los datos de los indicadores se ordenan en una matriz en donde cada elemento refiere a dos características, una ubicada en las filas y la otra en las columnas, por lo cual en su cálculo lleva dos subíndices i y j ; el primero se refiere a las unidades de análisis y el segundo, a los indicadores o variables. Así la información de cada unidad de análisis ocupa las filas y la información proporcionada por los indicadores, ocuparía las columnas. De esta forma, la primera matriz a considerar es la matriz X , que contiene la información de cada nivel de análisis por cada uno de los indicadores calculados:

$$X = \begin{bmatrix} I_{1,1} & I_{1,2} & \dots & I_{1,16} \\ I_{2,1} & I_{2,2} & \dots & I_{2,16} \\ \vdots & \vdots & \dots & \vdots \\ I_{i,1} & I_{i,2} & \dots & I_{i,16} \end{bmatrix};$$

Donde:

i = representa la unidad de análisis (entidad federativa).

Asimismo, es necesario considerar que los indicadores han sido calculados en un intervalo de $[0,100]$ donde cero representa la no presencia de los déficits que mide cada uno de los indicadores, y cien cuando la totalidad de la población en esa unidad de análisis, padece la inequidad a que se refiere esa forma de exclusión. Sin embargo, los valores de rango, mínimo, máximo, media y desviación varían para cada uno de los indicadores. Por lo que, como se señaló en la etapa de normalización de los datos, es importante eliminar los efectos de escala

de las variables y transformarlas, de manera que las que cuenten con una mayor varianza, no sean predominantes en la determinación del índice.

Para dicha transformación, se aplicará una estandarización a los valores de los indicadores de cada unidad de análisis, empleando el promedio aritmético o media y la desviación estándar.

$$Z_{ij} = \frac{I_{ij} - \bar{I}_j}{ds_j},$$

Donde:

Z_{ij} : es el indicador j estandarizado de la unidad de observación i ,

I_{ij} : es el indicador j de la unidad de observación i ,

\bar{I}_j : es el promedio aritmético de los valores del indicador j ,

ds_j : es la desviación estándar insesgada del indicador j ,

i : es el subíndice que señala la unidad de observación i ($i=1, \dots, 32$ entidades federativas) y

j : es el subíndice que señala el indicador estandarizado j ($j=1, \dots, 16$ indicadores).

Es así como una estandarización genera variables que tienen propiedades importantes para su manejo e interpretación (toda variable que sea sometida al proceso de estandarización tiene media cero y varianza uno). Algebraicamente, cada indicador estandarizado j cuenta con las siguientes propiedades:

$$prom(Z_{ij}) = \bar{Z}_j = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n Z_{ij} = 0,$$

$$var(Z_{ij}) = V_{ij} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (Z_{ij} - \bar{Z}_j)^2 = 1,$$

$$desv(Z_{ij}) = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (Z_{ij} - \bar{Z}_j)^2} = 1.$$

Lo que permite que la nueva matriz obtenida sea:

$$Z = \begin{bmatrix} Z_{1.1} & Z_{1.2} & \dots & Z_{1.16} \\ Z_{2.1} & Z_{2.2} & \dots & Z_{2.16} \\ \vdots & \vdots & & \vdots \\ Z_{32.1} & Z_{32.2} & \dots & Z_{32.16} \end{bmatrix};$$

En esta matriz se observan los nuevos valores Z , que son los valores estandarizados de los indicadores. El análisis de componentes principales (ACP) transforma el espacio de los vectores Z en uno nuevo, en el cual se encuentre una Y_k ($k=1, \dots, 16$), es decir, el nuevo conjunto calculado como la combinación lineal de los vectores Z y los coeficientes de transformación o ponderadores. A este nuevo conjunto se le conoce como componentes principales. Y se expresan de la siguiente manera:

$$\begin{aligned}
Y_1 &= \omega_{11} Z_1 + \omega_{12} Z_2 + \dots + \omega_{19} Z_{16}, \\
Y_2 &= \omega_{21} Z_1 + \omega_{22} Z_2 + \dots + \omega_{29} Z_{16}, \\
&\vdots \\
Y_{16} &= \omega_{91} Z_1 + \omega_{92} Z_2 + \dots + \omega_{99} Z_{16}.
\end{aligned}$$

Así, en cada unidad de análisis se pueden construir las dieciséis componentes jerarquizadas conforme a los resultados de la matriz de correlaciones. Cada nueva componente es generada por los valores estandarizados, la diferencia entre ellos es la cantidad ω_{ik} empleada. Las letras minúsculas ω_{ik} (omega) expresan un vector k con pesos para cada indicador. Para los fines de construcción del IESADHS, basta con la primera componente por las propiedades que va a tener y cumplir.

El ACP permite a partir del análisis de la matriz \mathbf{V} de correlaciones de los indicadores estandarizados, obtener los pesos o ponderadores $\omega_{1k}, \omega_{2k}, \omega_{3k}, \omega_{4k}, \omega_{5k}, \omega_{6k}, \omega_{7k}, \omega_{8k}, \omega_{9k}, \omega_{10k}, \omega_{11k}, \omega_{12k}, \omega_{13k}, \omega_{14k}, \omega_{15k}$ y ω_{16k} , que multiplican a los valores estandarizados¹⁹ para obtener la componente K . Este conjunto de valores colocados en forma de columna, conforman el vector $\underline{\omega}$; su importancia radica en ser un vector especial o vector propio de la matriz \mathbf{V} ²⁰.

¹⁹ Esta matriz se llama: cuadrada por tener el mismo número de renglones y columnas, en este caso, dieciséis indicadores (16x16). Asimismo, la matriz cuadrada se caracteriza porque la diagonal está ocupada por el número uno, ya que es la varianza de una variable estandarizada.

²⁰ En álgebra lineal, el vector especial por ser característica de la matriz, se llama vector propio.

En este contexto, para una matriz de correlaciones de tamaño dieciséis, existen dieciséis vectores propios y la condición que cumplen se expresa así:

$$\mathbf{V} \underline{\omega} = \lambda \underline{\omega}.$$

Así, la matriz de correlaciones tiene dieciséis vectores $\underline{\omega}$ y dieciséis valores propios λ que como par están mutuamente determinados, cada valor λ es un valor propio positivo. Los valores propios de la matriz son numerados en función de su magnitud, de tal manera que:

$$\lambda_1 \geq \lambda_2 \geq \lambda_3 \geq \lambda_4 \geq \lambda_5 \geq \lambda_6 \geq \lambda_7 \geq \lambda_8 \geq \lambda_9 \geq \lambda_{10} \geq \lambda_{11} \geq \lambda_{12} \geq \lambda_{13} \geq \lambda_{14} \geq \lambda_{15} \geq \lambda_{16} > 0.$$

Además, se puede señalar que la varianza total de la matriz \mathbf{V} es igual a lo que se llama la traza de la matriz \mathbf{V} $n \times n$ que está definida como la suma de los elementos de la diagonal principal de \mathbf{V} , y también, que los valores propios determinan la importancia de las varianzas en cada componente. La traza es entonces, la varianza total, por lo que se cumplen dos situaciones:

$$1) \quad \text{Traza } (\mathbf{V}) = \sum_{j=1}^{16} V_{jj} = 16$$

y

$$2) \quad \sum_{j=1}^{16} \lambda_j = 16.$$

De esta manera, se considera la relevancia de cada componente de acuerdo a la proporción de varianza que explica el total de los dieciséis vectores propios. Y para conocer su importancia relativa basta con dividir el valor propio entre dieciséis:

$$\text{Importancia}_j = \frac{\lambda_j}{16}.$$

Por lo tanto para construir el Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS), se utiliza el primer vector propio junto con su valor propio. Para la técnica de componentes principales, estas propiedades matriciales representan resultados estáticos: el vector propio va a determinar una dirección para los valores estandarizados y el valor propio, una relevancia de la varianza del índice.

$$\text{El nuevo valor } Y_1 = \omega_{11} Z_1 + \omega_{12} Z_2 + \dots + \omega_{19} Z_{16} = \underline{\omega}'_1 \underline{Z}.$$

De este modo, el IESADHS toma el calificativo de medida resumen, por el hecho de que modifica las dieciséis variables originales estandarizadas, y resume su efecto en un solo valor:

$$Y_1 = \underline{\omega}'_1 \underline{Z} = \mathbf{IESADHS}.$$

A partir de lo anterior, se puede resumir entonces que el IESADHS calculado como la primera componente del ACP, permite afirmar que es la combinación lineal la que mejor resume en un solo valor la información proporcionada por el conjunto de los dieciséis indicadores; recupera además, tanto el carácter multidimensional como la estructura de variación de los indicadores

y posibilita el ordenar a partir del índice resumen, a cada unidad de análisis. De esta manera, su importancia metodológica, radica en función de las herramientas de análisis que proporciona para ordenar y clasificar a las unidades de observación con la información recabada de las fuentes ya señaladas, durante el período 2000-2010.

Por otro lado, para poder que el Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS) esté en la escala entre 0 y 1, se utiliza la Técnica de Escalamiento Lineal (LST, por sus siglas en inglés) la cual fue definida por Drewnowski y Scott (1966), considerada una de las más utilizadas en la construcción y escalamiento de diversos índices sintéticos sociales y económicos (Morris, 1979; Martín, M. A. Z. 1989; Velázquez y Gómez Lende, 2005; Velázquez, 2008). El cálculo utiliza los valores máximos (X_{\max}) y mínimos (X_{\min}) del índice. La escala se calcula como el cociente de la diferencia entre el valor del índice X_i y el valor mínimo X_{\min} dividido por el rango absoluto ($X_{\max} - X_{\min}$)

$$I_i = \frac{(X_i - X_{\min})}{(X_{\max} - X_{\min})}$$

El resultado queda comprendido entre cero y uno, siendo cero la peor situación y uno la mejor. De esta manera, el escalamiento se realiza con base a la distancia al valor mínimo –o máximo– en relación al recorrido total, sin importar la dispersión de los datos. Por lo tanto, se puede considerar como una estandarización en términos de distancia respecto al valor objetivo de cada indicador. Entre las principales ventajas de esta técnica se puede señalar que es robusta y permite el análisis de series temporales y cumple con la propiedad de invariancia.

3.6. Limitaciones

Es importante señalar que en la aplicación del método de Análisis de Componentes Principales (ACP) en la construcción de un índice compuesto, existen algunas limitaciones, entre ellas se destacan las siguientes:

- Se asume que el índice es el resultado de una combinación lineal de los indicadores.
- Sólo se encuentran las direcciones de ejes en el espacio de variables considerando que los datos se distribuyen siguiendo una distribución normal o gaussiana.
- Y dado que es una técnica lineal, no captura correlaciones no lineales entre los indicadores, por lo que se ve afectada por valores extremos y no es óptimo para la separación de clases.

Por otra parte, en cuanto a las limitaciones de la investigación en general, se puede mencionar que la realización del análisis a nivel estatal, es ya una limitante en sí, ya que no considera las disparidades y desigualdades a nivel municipal dentro de los estados. Propósito que se pretendía inicialmente con este estudio; sin embargo, debido a la falta de información, el análisis se dirigió a nivel estatal. Por lo que se espera que en futuros trabajos, se puedan encontrar alternativas para poder incorporar información a nivel municipal.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS: EL ÍNDICE DE EQUIDAD EN SALUD PARA EL DESARROLLO HUMANO SUSTENTABLE (IESADHS)

4. Introducción

En este capítulo se presentan los resultados del indicador compuesto, denominado Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS) para las 32 entidades federativas de México durante el período del 2000 al 2010. El índice está integrado por 16 indicadores, mediante los cuales, a partir de su integración se podrá evaluar el nivel de equidad presente en las condiciones socioeconómicas e institucionales relacionadas con el acceso a la salud que permita determinar el grado de desarrollo humano sustentable de la sociedad mexicana.

El análisis de los resultados está dividido en dos partes, la primera describe el proceso de operacionalización de las hipótesis planteadas, a fin de dar respuesta a los cuestionamientos de investigación que han dirigido este estudio. Y la segunda parte, explica el cumplimiento de dichos supuestos metodológicos a través del alcance de los objetivos de la investigación.

4.1. Cobertura en el acceso y la utilización de los servicios de salud a nivel estatal

Para Amartya Sen, la propuesta de las libertades humanas representa un marco de reflexión para pensar en el desarrollo humano y los medios para alcanzarlo. Como ya se ha mencionado antes, en su planteamiento, Sen (2000:19) define al desarrollo “como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutan los individuos”, donde la libertad real está

representada por las oportunidades de las personas para conseguir varias combinaciones alternativas de logros que les permitan, en los entornos sociales, económicos, culturales, políticos y medioambientales que se encuentren, realizar cosas valiosas para ellas y sus familias (Sen, 1992; 2000).

En este sentido, una alternativa para enfrentar los más preocupantes desafíos sociales a los que se enfrenta la humanidad en general, como la desigualdad, las privaciones en materia de salud y educación, la pobreza, entre otros, es observar el proceso de desarrollo como un ejercicio para conseguir la libertad y con ello, la ampliación de las oportunidades y capacidades de la sociedad.

Por lo tanto, en el contexto de esta investigación, la expansión de la libertad es tanto el fin primordial como el medio principal para el desarrollo de la salud de la población. Es decir, la libertad en salud adquiere un papel constitutivo e instrumental en el desarrollo humano de la sociedad.

Por lo que para poder conocer cuáles son las circunstancias que caracterizan el nivel de cobertura en el acceso y la utilización de los servicios de salud que ofrece el Sistema Nacional de Salud (SNS), y de acuerdo con la estructura teórica-metodológica propuesta en este documento, se comenzará definiendo a las dos dimensiones de la libertad en salud, tanto constitutiva como instrumental consideradas los ejes centrales en la construcción del índice compuesto de equidad en salud para el desarrollo humano sustentable (IESADHS). En seguida, se procede a describir la primera aproximación del análisis de resultados que aborda el primer objetivo de esta investigación, y que da respuesta a su cuestionamiento de

investigación. Posteriormente, se continúa con el abordaje de los restantes objetivos, para finalmente pasar al apartado de discusión en el que se profundiza la explicación del cumplimiento de los supuestos metodológicos planteados.

Dicho lo anterior, se define a la dimensión de la libertad constitutiva en salud, como aquella que proporciona las condiciones necesarias básicas para alcanzar la sustentabilidad del desarrollo en salud de la población presente y futura, es decir, es aquella que permite potenciar no sólo las capacidades en materia de salud, sino también la posibilidad de realizar otro tipo de capacidades como la de estar bien educados, participar en la sociedad, trabajar, tener una vivienda digna, entre otras. Por lo que es importante valorar su avance en cada una de las entidades federativas y establecer comparaciones a nivel nacional. Esta dimensión está compuesta por las siguientes libertades:

- 1) Procesos socioeconómicos de la salud
- 2) Condiciones de salud básica

La libertad de los procesos socioeconómicos de la salud, permite observar el nivel de oportunidades sociales y económicas con las que cuenta el ser humano para expandir sus capacidades y superar las privaciones en salud, a partir de examinar la relación de las condiciones de pobreza con la ausencia de acceso a la seguridad social. Para ello, se propone el siguiente conjunto de indicadores:

- *Proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social (%)*
- *Proporción de la población en condiciones de pobreza (%)*

La libertad de las condiciones de salud básica, permite observar si existen las condiciones mínimas básicas para tener una vida longeva y saludable, considerando en el análisis, el estado de salud en general, haciendo énfasis en la población más vulnerable como los infantes y las madres embarazadas. Cabe destacar que esta libertad considera indicadores que son utilizados en programas mundiales como los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) y la Agenda 21, para poder analizar las condiciones de salud de la población mexicana. Los cuales se enlistan a continuación:

- *Esperanza de vida al nacer (años)*
- *Tasa de mortalidad materna (%)*
- *Tasa de moratlidad de menores de 5 años (%)*

La integración de dichos indicadores permitirá conocer el nivel de desarrollo de las condiciones y oportunidades fundamentales de la salud de la población, para expandir y desplegar la salud como una libertad básica del desarrollo humano y si ésta se da en condiciones de equidad. En seguida se describe la primera aproximación del análisis de los resultados a través del comportamiento de los indicadros de equidad en salud a nivel estatal, durante el período estimado.

Tabla 1
Indicadores de la libertad de los procesos socioeconómicos de la salud, 2000-2010

Entidad federativa	Población en pobreza sin acceso a la seguridad social (%)		Población en condiciones de pobreza (%)	
	2000	2010	2000	2010
Aguascalientes	16.9	21.0	37.8	38.1
Baja California	8.3	16.2	23.7	31.5
Baja California Sur	13.1	12.8	31.9	31.0
Campeche	45.8	29.4	66.8	50.5
Coahuila	14.9	15.3	36.2	27.8
Colima	25.4	20.2	47.7	34.7
Chiapas	61.5	58.0	79.1	78.5
Chihuahua	13.6	20.5	30.2	38.8
Cd. de México (antes Distrito Federal)	9.9	12.6	28.0	28.5
Durango	27.3	25.2	48.4	51.6
Guanajuato	34.4	29.6	56.2	48.5
Guerrero	58.4	48.0	75.7	67.6
Hidalgo	42.3	29.3	62.1	54.7
Jalisco	20.0	20.2	41.3	37.0
México	24.8	26.3	47.7	42.9
Michoacán	39.9	32.0	61.6	54.7
Morelos	31.9	22.0	53.1	43.2
Nayarit	30.8	22.1	52.7	41.4
Nuevo León	9.9	13.3	28.0	21.0
Oaxaca	60.0	44.6	76.1	67.0
Puebla	48.5	39.4	68.0	61.5
Querétaro	30.1	22.1	50.4	41.4
Quintana Roo	30.4	27.5	52.4	34.6
San Luis Potosí	41.8	32.4	61.3	52.4
Sinaloa	23.7	19.1	44.6	36.7
Sonora	18.9	19.6	39.5	33.1
Tabasco	44.0	28.6	65.1	57.1
Tamaulipas	18.1	21.5	40.1	39.0
Tlaxcala	35.4	26.2	56.1	60.3
Veracruz	45.7	33.7	65.7	57.6
Yucatán	42.7	28.1	62.4	48.3
Zacatecas	36.3	26.8	56.3	60.2

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, CONAPO y Secretaria de Salud.

En la tabla anterior se puede apreciar en términos generales, como los indicadores de la libertad de los procesos socioeconómicos de la salud, calculados para el año 2010 presentan una considerable mejoría al compararlos con el 2000. Es decir, las oportunidades sociales y económicas de la población mexicana han mejorado de un año a otro en la mayoría de las entidades del país, lo que significa que se ha hecho esfuerzos importantes para superar las privaciones en salud. A continuación se presenta una descripción de los avances de estos indicadores a nivel estatal durante el período 2000-2010.

- *Proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social*

Al llevar a cabo el análisis más preciso de cada uno de los indicadores durante el período de estudio, se encontró que 22 del total de las entidades federativas presentan en alguna medida disminución en su proporción de población pobre sin acceso a la seguridad social, es decir, aumentaron su cobertura de acceso a la seguridad social de la población en pobreza. Por lo tanto, son sólo 10 los estados que acrecentan el número de habitantes pobres sin acceso a la seguridad social: Baja California (8.3% a 16.2%), Ciudad de México (antes Distrito Federal) (9.9% a 12.6%), Nuevo León (9.9% a 13.3%), Chihuahua (13.6% a 20.5%), Coahuila (14.9% a 15.3%), Aguascalientes (16.9% a 21.0%), Sonora (18.9% a 19.6%), Tamaulipas (18.1% a 21.5%), Jalisco (20.0% a 20.2%) y México (24.8% a 26.3%); los cuales durante estos 10 años se mantuvieron con los índices más bajos con respecto al resto del país, por lo que se percibe un impacto negativo menos pronunciado que el del resto de las entidades de la región sur del país con porcentajes altos.

Por otra parte, de manera específica en el año 2000, los estados con el mayor porcentaje de población pobre sin acceso a la seguridad social son Chiapas (61.5%), Oaxaca (60.0%),

Guerrero (58.4%), Puebla (48.5), Campeche (45.8%) y Veracruz (45.7%), destacando a Chiapas y a Oaxaca como los estados con más alto porcentaje de población pobre sin acceso a la seguridad social a nivel nacional; en contraste, los estados con menos población pobre sin acceso a la seguridad social son Baja California (8.3%), Ciudad de México (antes Distrito Federal) (9.9%), Nuevo León (9.9%), Baja California Sur (13.1%), Chihuahua (13.6%) y Coahuila (14.9%), destacando a la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y Nuevo León como los de menor porcentaje de población pobre sin acceso a la seguridad social nivel nacional.

Con respecto al año 2010, el análisis muestra que los estados con más proporción de población pobre sin acceso a la seguridad social, pese a ver experimentado disminuciones en sus porcentajes durante el transcurso de los 10 años, siguen siendo los estados ubicados en la región sur del país. No obstante, se resalta que el estado de Oaxaca tuvo una importante disminución en la proporción de este indicador, pasó de 60.0% en 2000 a 44.6% en 2010. En el caso de Campeche, este estado logra ubicarse en una posición media, mejorando su cobertura de acceso a la seguridad social de su población en condición de pobreza, pasando de 45.8% en el 2000 a 29.4% en el 2010.

- *Proporción de la población en condiciones de pobreza*

En lo referente a la población en condiciones de pobreza, prácticamente se observó la misma tendencia que el indicador anterior durante el período de estudio, 25 estados mejoraron sus condiciones de pobreza mostrando una disminución en sus porcentajes, mientras que el resto (7 estados) presentó incrementos en sus proporciones de población pobre, empeorando sus condiciones socioeconómicas e institucionales, afectando la expansión de las capacidades y

oportunidades y el desarrollo de las libertades tanto básicas como instrumentales de la población.

Asimismo, se puede observar en la misma tabla que del 2000 al 2010 se repite el patrón de los porcentajes más elevados para Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla, Campeche y Veracruz apareciendo con los porcentajes de población en condiciones de pobreza más altos, aún y cuando éstos dos últimos (Campeche 66.8% a 50.5% y Veracruz 65.7% a 57.6%) registraron una significativa disminución en este indicador para el 2010. Cabe señalar que en el caso contrario, los estados de Tlaxcala y Zacatecas que durante todo el período también muestran porcentajes altos, experimentaron condiciones de mayor agudeza del 2000 al 2010. El primero pasó de 56.1% a 60.3%, y el segundo de 56.3% a 60.2%.

Con respecto a los estados con menos población en condiciones de pobreza, también muestran comportamientos similares al indicador anterior, Baja California, Ciudad de México (antes Distrito Federal), Nuevo León, Chihuahua, Baja California Sur y Coahuila se mantienen entre los más bajos con respecto al resto, durante 2000-2010. No obstante a esta posición, Chihuahua presenta un incremento en sus porcentajes de población pobre de 30.2% en 2000 a 38.8% en 2010.

Sobre las condiciones de salud básica de la dimensión de la libertad constitutiva en salud, se puede percibir en la tabla 2 durante el 2000-2010 como sus indicadores reflejan una mejoría en las condiciones básicas de la salud de la población, es decir, en la libertad fundamental de tener una vida longeva y saludable, y la posibilidad de evitar muertes tanto de las actuales como de las futuras generaciones.

Tabla 2
Indicadores de la libertad de las condiciones de salud básica, 2000-2010

Entidad federativa	Esperanza de vida al nacer (años)		Tasa de mortalidad de menores de 5 años (%)		Tasa de mortalidad materna (%)	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Aguascalientes	74.5	75.2	19.8	13.50	66.2	37.82
Baja California	72.3	73.1	25.7	19.08	56.5	42.56
Baja California Sur	74.6	75.5	19.2	14.86	20.4	35.18
Campeche	73.7	74.6	21.0	14.82	57.3	49.41
Coahuila	74.5	74.7	17.7	12.46	42.3	44.31
Colima	74.5	75.3	19.4	13.61	57.2	50.20
Chiapas	70.5	72.0	34.9	22.43	71.9	60.19
Chihuahua	72.1	68.7	25.9	19.81	70.8	57.01
Cd. de México (antes Distrito Federal)	74.6	75.5	18.3	13.76	81.0	55.17
Durango	74.4	73.9	21.6	14.67	47.4	44.20
Guanajuato	73.8	74.7	24.7	16.07	62.0	36.23
Guerrero	71.0	71.9	32.0	21.54	113.1	69.39
Hidalgo	72.5	73.6	27.9	19.19	55.0	52.06
Jalisco	73.9	74.8	20.7	14.42	56.4	32.30
México	73.6	74.5	26.7	19.06	95.6	38.95
Michoacán	73.0	73.8	25.0	17.07	61.9	53.86
Morelos	74.2	74.7	21.1	15.08	67.4	29.28
Nayarit	73.8	73.9	21.2	14.80	73.3	37.82
Nuevo León	75.4	75.8	15.5	11.34	53.6	16.48
Oaxaca	70.7	71.9	34.3	22.20	107.1	71.30
Puebla	72.8	74.0	32.4	21.38	75.3	44.82
Querétaro	73.7	74.7	23.5	15.78	97.8	34.66
Quintana Roo	74.2	75.0	21.6	15.78	115.2	49.42
San Luis Potosí	73.0	73.8	25.3	17.48	75.9	40.65
Sinaloa	74.4	73.8	17.7	12.53	57.6	32.64
Sonora	73.6	74.5	20.6	15.01	42.4	23.03

Tabla 2 (continuación)
Indicadores de la libertad de las condiciones de salud básica, 2000-2010

Entidad federativa	Esperanza de vida al nacer (años)		Tasa de mortalidad de menores de 5 años (%)		Tasa de mortalidad materna (%)	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Tabasco	73.2	74.0	22.9	15.71	50.3	29.68
Tamaulipas	74.6	74.7	20.4	14.69	69.6	41.33
Tlaxcala	73.3	74.3	29.7	19.34	64.9	55.26
Veracruz	72.3	73.3	27.7	18.73	85.6	54.66
Yucatán	74.2	74.9	20.1	14.66	82.7	30.70
Zacatecas	73.6	74.3	22.7	14.77	70.5	38.11

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, CONAPO y Secretaria de Salud.

A continuación, la descripción de los avances de cada uno de estos indicadores.

- *Esperanza de vida al nacer*

En lo que respecta a este indicador se puede observar en la tabla anterior que el Estado sostuvo las condiciones básicas de los entornos socioeconómicos, políticos e institucionales que intervienen en el estado de salud de la población, ya que de manera generalizada se mantuvo el mismo promedio de la esperanza de vida al nacer durante el período de estudio; sin embargo cabe mencionar que estados como Chiapas, Oaxaca y Puebla aumentaron entre 1.5 y 1.2 años en promedio durante la década observada, mientras que Durango, Sinaloa y Chihuahua registraron una disminución en este indicador, siendo Chihuahua el estado con la reducción más drástica, bajando 3.4 años en promedio su esperanza de vida del año 2000 al 2010.

- *Tasa de mortalidad de menores de 5 años*

Durante 2000-2010 con respecto a este indicador se observa una evolución favorable, pues en general las 32 entidades disminuyeron su porcentaje de muertes de menores de 5 años; sin embargo, los estados de Chiapas, Oaxaca, Puebla, y Guerrero siguen destacando por tener el

porcentaje más alto, al igual que Coahuila y Sinaloa, con el más bajo. No obstante, cabe mencionar que las reducciones más significativas fueron precisamente Chiapas con una disminución porcentual de 12.47%, Oaxaca 12.1%, Puebla 11.2% y Guerrero 10.46% en el lapso de estudio.

- *Tasa de mortalidad materna*

Con este indicador también se presentó la tendencia anterior, hubo una evolución favorable, a excepción de Baja California Sur, que a pesar de ser la entidad con la tasa más baja durante el año 2000, registró un aumento con respecto al 2010 pasando de 20.4% a 35.18%, lo mismo ocurrió con el estado de Coahuila pasó de 42.3% a 44.31%. Cabe destacar que en el año 2000, además de Baja California Sur y Coahuila, los estados de Durango (47.4%) y Sonora (42.4%), mantuvieron el porcentaje más bajo; mientras que en el año 2010, se mantiene Sonora (23.3%), y se suma Nuevo León (16.48%). También se resalta que durante el período de observación los 5 estados que experimentaron las reducciones más significativas en la tasa de mortalidad materna fueron en primer lugar Quintana Roo que disminuyó 65.78 puntos porcentuales, seguido de Querétaro con 63.14, México con 56.65, Guerrero con 43.71 y Yucatán con 52 puntos porcentuales.

Dado lo anterior, se puede resumir que las condiciones mínimas necesarias para que la población pueda tener una vida larga y saludable, y se puedan evitar muertes de grupos vulnerables como los infantes y las mujeres en estado de gestación, se han visto favorecidas durante el transcurso de estos 10 años observados, permitiendo mejores oportunidades de desarrollo tanto para los niños como para los adultos en general.

Esta libertad consiste en los recursos institucionales que proveen las oportunidades sociales como los servicios de salud y educación, de agua y drenaje, así como la gestión del Estado relacionada con la asignación y distribución del gasto en el Sistema de Nacional de Salud; que sirven como medios para un mejor nivel de desarrollo en las condiciones de salud. Por ello, es relevante estimar los avances o retrocesos de la cobertura y utilización de los servicios públicos sanitarios y de seguridad social, y de la garantía del derecho a la protección en salud por parte del Estado, en beneficio de una mejor calidad de vida de la sociedad mexicana.

Por lo tanto, para poder enmarcar lo anterior, se sugiere considerar las siguientes tres libertades instrumentales en salud:

- 1) Procesos de la cobertura sanitaria
- 2) Acceso a los servicios de salud
- 3) Garantía del derecho a la protección en salud

La libertad de los procesos de la cobertura sanitaria, permite estudiar el nivel de las oportunidades sociales con las que cuenta la sociedad para prevenir enfermedades y acceder a mejores condiciones sanitarias a través de la cobertura de los servicios públicos en donde se despliega la libertad para el logro de una vida saludable, destacando que los indicadores seleccionados para valorar esta libertad, también han sido utilizados en diferentes estrategias a nivel mundial, tales como la Agenda 21 y el Informe del Desarrollo Humano para conocer la cobertura de servicios sanitarios de la población. De ahí, la importancia de considerar su estimación para conocer qué tanto se ha avanzado en las condiciones del desarrollo sanitario en cada uno de los estados de la república mexicana. Los cuales consisten en:

- *Porcentaje de población que dispone de drenaje en su vivienda (%)*
- *Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable (%)*
- *Porcentaje de población con vivienda con piso firme (%)*
- *Porcentaje de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar (%)*

Tabla 3
Indicadores de la libertad de los procesos de la cobertura sanitaria, 2000-2010

Entidad federativa	Población que dispone de drenaje		Población que tiene acceso a agua potable		Población con vivienda con piso firme		Población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Aguascalientes	95.8	98.50	98.1	99	97.0	98	98.2	99
Baja California	82.1	94.45	91.5	97	96.2	97	97.7	99
Baja California Sur	81.4	94.81	89.3	93	90.5	94	95.4	97
Campeche	61.6	85.79	80.9	91	85.6	96	91.2	97
Coahuila	84.0	96.23	95.2	99	96.0	99	98.6	99
Colima	94.4	99.33	95.4	99	88.1	95	98.0	99
Chiapas	60.5	82.17	70.8	78	59.7	84	88.0	96
Chihuahua	85.6	93.44	93.6	96	93.7	97	93.7	96
Cd. de México (antes Distrito Federal)	99.0	100.00	98.1	99	99.3	99	99.8	100
Durango	73.6	89.26	91.8	95	87.2	93	93.4	96
Guanajuato	76.7	91.20	90.1	95	89.9	96	96.8	98
Guerrero	51.2	75.67	61.2	71	60.9	81	89.0	96
Hidalgo	64.7	85.84	80.4	91	81.3	93	92.3	97
Jalisco	92.5	98.35	90.2	97	93.4	97	97.9	99
México	86.0	94.61	91.1	95	93.5	96	98.2	99
Michoacán	74.0	89.06	83.8	92	80.7	89	95.6	98
Morelos	85.6	95.88	87.3	92	86.1	92	98.6	99
Nayarit	80.0	93.70	85.9	93	87.2	96	95.2	96
Nuevo León	91.9	98.76	95.3	99	97.2	98	99.0	100
Oaxaca	43.8	70.51	66.7	77	58.9	81	87.5	95
Puebla	63.7	87.45	78.1	88	76.5	90	95.2	98

Tabla 3 (continuación)
Indicadores de la libertad de los procesos de la cobertura sanitaria, 2000-2010

Entidad federativa	Población que dispone de drenaje		Población que tiene acceso a agua potable		Población con vivienda con piso firme		Población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Querétaro	75.0	91.55	90.2	95	90.7	96	94.2	98
Quintana Roo	82.3	96.01	91.7	95	89.2	96	95.6	98
San Luis Potosí	60.4	80.81	76.4	86	76.9	91	88.5	96
Sinaloa	74.1	92.70	86.5	96	86.0	94	96.6	99
Sonora	79.2	90.08	93.4	97	87.3	95	96.8	98
Tabasco	85.3	96.62	68.9	82	87.0	93	94.2	99
Tamaulipas	74.2	89.38	92.0	98	91.7	97	95.0	98
Tlaxcala	83.7	95.22	92.6	99	92.0	96	98.0	99
Veracruz	65.4	83.43	65.6	81	71.1	88	88.9	97
Yucatán	55.4	80.00	90.8	98	94.7	97	95.9	98
Zacatecas	70.8	90.50	85.3	95	91.3	97	96.0	99

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI

Como se puede observar, la tabla 3 refleja que los indicadores de la libertad instrumental de los procesos de la cobertura sanitaria, también han ido mejorando paulatinamente durante el período de estudio, lo que significa que, durante el transcurso del tiempo analizado las condiciones sanitarias de la población dentro de los hogares mejoraron considerablemente, mostrando ambientes más higiénicos y sanos para poder llevar a cabo las actividades básicas fundamentales, lo que a su vez permite contar con mayores oportunidades de prevención de enfermedades. En seguida se describen los avances de cada uno de ellos.

- *Porcentaje de población que dispone de drenaje en su vivienda*

Sobre este indicador se puede mencionar que en general, se ha visto una evolución positiva durante los 10 años que considera el estudio, en el número de habitantes que dispone de drenaje en su vivienda a nivel nacional, ya que en el 2000 eran sólo 4 estados del país los que contaban con una cobertura del 90% de sus poblaciones, Nuevo León (91.9%), Jalisco

(92.5%), Aguascalientes (98.5%) y Ciudad de México (antes Distrito Federal 99%); en contraste para el año 2010, ya se observa un total de 23 entidades las que cuenta con más del 90% de cobertura de la población que dispone de drenaje en sus viviendas, destacando que la Ciudad de México (antes Distrito Federal) fue la entidad con la cobertura más alta de todo el país, cubriendo en el año 2000 al 99% de su población y en el 2010, fue el único estado mexicano que alcanzó el 100% de la población cubierta que dispone de drenaje en su vivienda.

- *Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable*

En lo que respecta al indicador de la cobertura de agua de calidad hacia la población mexicana, también tuvo un comportamiento positivo durante los años observados, ya que en el año 2000 solamente el 50% de los estados del país, tenía la capacidad de cubrir al 90% de su población con este servicio; mientras que para el 2010, ya era el 78% de los estados el que contaba con la capacidad de brindar cobertura, incluso a más del 90% de su población. Sin embargo, pese a la ampliación de esta cobertura hacia la población por parte del Estado, aún falta cubrir un rango de hogares considerable que no tiene posibilidad de acceder al agua potable, provocando que estén más vulnerables a la enfermedad, teniendo como consecuencia, no sólo la pérdida de su estado de salud, sino además entornos perjudiciales para expandir sus oportunidades y capacidades; principalmente de las zonas rurales y más marginadas y vulnerables del Sur y Este del país.

- *Porcentaje de población con vivienda con piso firme y porcentaje de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar*

Estos dos indicadores permiten observar el grado de cobertura y accesibilidad a mayores oportunidades hacia la población para prevenir enfermedades cronicodegenerativas y respiratorias, entre otras. En este sentido, durante el período de estudio, se pudo observar que en el año 2000 el 44% de las entidades del país registraron coberturas de más del 90% de su población con vivienda con piso firme, mientras que en lo relacionado con el acceso a energía eléctrica en el hogar, se observó que el 12.5%, no alcanzaron a cubrir el 90% de su población, Guerrero (89%), Oaxaca (87.5), San Luis Potosí (88.5%) y Veracruz (88.9%). Sin embargo, en el año 2010 hubo notorias mejorías en el comportamiento de ambos indicadores, en lo que respecta a la vivienda con piso firme, hubo un aumento significativo que pasó de 4 a 27 estados (84%) que muestran una coberturas de más del 90% de su población con vivienda con piso firme; siendo las 5 entidades que no alcanzaron la cobertura del 90% de su población, Michoacán (89%), Veracruz (88%), Chiapas (84%), Guerrero y Oaxaca (81% ambos). Mientras que en lo referente a la población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar, todas las entidades del país lograron alcanzar una cobertura de más del 95% de su población, resaltando que Ciudad de México (antes Distrito Federal) y Nuevo León, fueron los únicos estados que alcanzaron el 100% de la cobertura en este rubro, lo que expresa que estos dos estados tienen mayores oportunidades para poder ampliar sus capacidades en entornos más saludables.

En síntesis, los resultados de los procesos de la cobertura sanitaria de cada una de las entidades del país, muestran que hubo una tendencia hacia la alza en su nivel de desarrollo, pues se pudo apreciar en términos generales que durante los 10 años analizados, México pasó de niveles medios de desarrollo en las oportunidades de cobertura y acceso de los servicios públicos sanitarios, a niveles altos en el desarrollo de esta cobertura. Lo que sin duda refleja

la realización de importantes esfuerzos focalizados de los gobiernos tanto federal como estatal para generar y mantener entornos más saludables y sustentables en beneficio del desarrollo humano de la población.

La libertad del acceso a los servicios de salud, permite estudiar las oportunidades de acceso a la salud de la población a partir de conocer la cobertura de las instituciones del país en este ámbito, que refleje el grado de desarrollo que estos servicios brinden para el despliegue de las capacidades y libertades de la población, necesarias para tener una vida saludable. Por lo que es de suma importancia observar tanto la evolución de la cobertura de los servicios de salud, como las oportunidades que brindan a través de su infraestructura médica y hospitalaria. Es relevante señalar que algunos de los indicadores propuestos para valorar esta libertad han sido utilizados en el análisis de la cobertura y acceso a los servicios de salud, por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo los siguientes:

- *Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud (%)*
- *Tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados (%)*
- *Unidades médicas por cada 1,000 habitantes*
- *Camas censables por cada 1,000 habitantes*
- *Médicos por cada 1,000 habitantes*
- *Enfermeras por cada 1,000 habitantes*

Tabla 4
Indicadores de la libertad del acceso a los servicios de salud, 2000-2010

Entidad federativa	Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud (%)		Tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados (%)	
	2000	2010	2000	2010
Aguascalientes	64.0	64.1	1.3	1.7
Baja California	73.9	73.8	1.9	3.1
Baja California Sur	54.5	67.3	1.0	1.7
Campeche	41.6	46.1	0.1	0.7
Coahuila	66.9	67.7	1.3	2.2
Colima	46.4	63.8	0.4	1.2
Chiapas	23.5	21.4	0.5	0.5
Chihuahua	71.3	61.8	1.3	2.2
Cd. de México (antes Distrito Federal)	74.2	72.9	2.0	4.5
Durango	50.6	50.2	0.5	0.8
Guanajuato	57.6	53.4	1.8	1.2
Guerrero	30.6	40.1	0.3	0.4
Hidalgo	31.8	28.1	0.6	0.7
Jalisco	60.6	66.7	1.0	2.6
México	53.3	54.1	0.5	1.6
Michoacán	35.6	36.0	0.3	0.8
Morelos	47.4	53.0	0.5	1.4
Nayarit	41.9	50.0	0.4	0.7
Nuevo León	63.4	73.9	3.7	5.5
Oaxaca	24.4	21.1	0.2	0.5
Puebla	41.5	34.9	0.7	1.0
Querétaro	56.4	59.1	0.9	2.6
Quintana Roo	54.0	61.7	0.7	1.8
San Luis Potosí	43.1	44.4	1.6	2.0
Sinaloa	59.0	53.5	0.8	1.1
Sonora	67.4	70.3	3.0	2.5
Tabasco	35.6	38.1	0.4	0.7
Tamaulipas	64.4	63.2	1.1	1.6
Tlaxcala	42.9	39.2	1.4	1.0
Veracruz	45.5	41.9	0.3	0.7
Yucatán	49.9	46.0	0.7	1.8
Zacatecas	37.1	36.6	0.2	0.6

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

Desde una visión general, se puede identificar en la tabla anterior que los indicadores antes mencionados relacionados con el acceso a los servicios de salud y con la infraestructura física, y de atención y de recursos humanos; presentan condiciones desalentadoras durante el transcurso de los 10 años analizados, ya que pese a los pequeños incrementos, la variable de acceso a los servicios de salud, se mantuvo en niveles medios bajos de desarrollo en casi todos los estados de la república mexicana.

A continuación, de manera puntual los resultados de dichos indicadores muestran lo siguiente.

- *Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud (%)*

Al analizar este indicador durante el período 2000-2010 se observa un comportamiento preocupante a nivel nacional, pues el 47% de las entidades federativas disminuyó su tasa de cobertura de los servicios públicos de salud durante estos 10 años de estudio. En el año 2000, la mitad de los estados se encontraba con una tasa de cobertura por debajo del 50% de la población con servicios públicos de salud, destacando entre los más bajos los estados de Chiapas (23.5%), Oaxaca (24.4%), Guerrero (30.6%), Hidalgo (31.8%), y Michoacán y Tabasco (35.6% ambos); mientras que los de mayor tasa de cobertura fueron Ciudad de México (antes Distrito Federal) (74.2%), Baja California (73.9%), Chihuahua (71.3%), Sonora (67.4%) y Coahuila (66.9%). Lo que revela la falta de políticas de salud incluyentes al acceso a estos servicios que protegen las oportunidades y capacidades básicas de la población del país, y que permita generar los entornos necesarios para la expansión de las oportunidades y capacidades de la sociedad y en consecuencia, lograr una vida larga y saludable.

Para el 2010, la evolución de este indicador se muestra con muy poco avance, pues a pesar de que hubo una mejoría del 25% en la cobertura nacional, el incremento de las entidades federativas que contaba con una tasa de cobertura por encima del 50% de la población con servicios públicos de salud, fue del 59% destacando entre ellos los de la tasa más alta, los estados de Nuevo León (73.9%), Baja California (73.8%), Ciudad de México (antes Distrito Federal) (72.9%), Sonora (70.3%) y Coahuila (67.7%). Cabe destacar que Colima y Baja California Sur fueron los estados con un incremento más significativo en este indicador, pues el primero pasó de 46.4% en el 2000 a 63.8% en el 2010, mientras que el segundo pasó de 54.5% en el 2000 a 67.3% en el 2010. Cabe recordar que en el 2004 entra en operaciones el Seguro Popular, mecanismo operativo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) el cual por lo antes dicho, no tuvo el impacto en cuanto a la cobertura esperada; no obstante permitió que la tasa de cobertura no siguiera disminuyendo drásticamente como lo observado en el año 2000.

- *Tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados (%)*

Al analizar esta tendencia hacia la baja de la cobertura pública en salud, se puede apreciar claramente la existencia de una inadecuada estructura de los servicios públicos en salud, y la presencia de políticas inapropiadas y poco incluyentes para la sociedad; lo que en consecuencia genera que la población busque otras alternativas para atender sus necesidades de salud, utilizando como opción los servicios privados de salud.

En la tabla 4 se puede apreciar como el 91% de las entidades federativas experimenta un incremento en la tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados durante los 10 años que se analizaron, exceptuando a los estados de Guanajuato que mostró una disminución pasando de 1.8% en el año 2000 a 1.2% en el 2010, Tlaxcala que pasó

de 1.4% a 1.0% respectivamente, y Chiapas que se mantuvo con el mismo porcentaje de 0.5% durante todo el período. Asimismo, se puede apreciar también que los estados que se mantienen con las tasas más altas de este indicador son Nuevo León con 3.7% en el 2000 y 5.5% en 2010, Sonora con 3.0% en el 2000 y 2.5% en 2010 y Ciudad de México (antes Distrito Federal) con 2.0% y 4.5% respectivamente. Lo anterior indica claramente un incremento exponencial de la cobertura de la seguridad privada en salud, lo cual evidentemente representa un obstáculo para el desarrollo de los entornos y medios que requiere la sociedad, provocando condiciones vulnerables como el gasto de bolsillo y altos pagos de cuotas de los seguros privados, llegando en algunos casos al empobrecimiento.

En seguida, en la tabla 5 se muestra el comportamiento del resto de los indicadores.

Tabla 5
Indicadores de la libertad del acceso a los servicios de salud, 2000-2010

Entidad federativa	Unidades médicas por cada 1000 habitantes		Camas censables por cada 1000 habitantes		Médicos por cada 1000 habitantes		Enfermeras por cada 1000 habitantes	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Aguascalientes	0.7	3.0	1.0	4.1	1.9	2.9	2.8	5.6
Baja California	0.4	0.5	0.4	0.5	0.8	1.0	1.2	1.5
Baja California Sur	0.8	1.8	1.4	2.4	2.2	4.7	3.1	5.9
Campeche	0.7	1.3	0.9	1.7	1.3	3.6	1.8	4.8
Coahuila	0.7	0.9	0.8	1.0	1.2	1.7	2.0	2.2
Colima	1.0	3.6	1.1	3.4	1.6	8.4	2.0	3.0
Chiapas	0.3	0.4	0.2	0.4	0.5	0.7	0.6	1.1
Chihuahua	0.4	0.5	0.7	0.9	0.9	1.2	1.4	1.6
Cd. de México (antes Distrito Federal)	0.9	0.9	1.8	2.0	2.5	3.2	3.7	4.1
Durango	0.5	0.8	0.7	1.1	1.1	1.9	1.7	2.2
Guanajuato	0.3	0.8	0.3	0.8	0.6	1.7	0.7	2.6
Guerrero	0.5	0.8	0.4	0.5	0.9	1.4	1.1	1.8
Hidalgo	0.4	0.7	0.4	0.6	0.8	1.6	1.1	2.1

Tabla 5 (continuación)
Indicadores de la libertad del acceso a los servicios de salud, 2000-2010

Entidad federativa	Unidades médicas por cada 1000 habitantes		Camas censables por cada 1000 habitantes		Médicos por cada 1000 habitantes		Enfermeras por cada 1000 habitantes	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Jalisco	0.5	0.6	0.8	0.9	1.1	1.6	1.5	2.0
México	0.3	0.4	0.6	0.6	0.6	0.7	0.8	1.0
Michoacán	0.2	0.4	0.3	0.4	0.6	0.9	0.6	1.0
Morelos	0.4	0.8	0.3	0.4	0.9	1.5	1.2	2.1
Nayarit	0.5	1.1	0.5	0.8	1.1	2.6	1.4	3.1
Nuevo León	0.8	0.9	0.6	0.6	1.2	1.5	1.6	1.8
Oaxaca	0.3	0.5	0.3	0.5	0.5	1.0	0.7	1.1
Puebla	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	0.9	0.6	1.1
Querétaro	0.5	0.7	0.5	0.6	1.2	2.1	1.6	2.2
Quintana Roo	0.7	0.7	0.6	0.6	1.3	1.4	1.7	1.6
San Luis Potosí	0.3	0.6	0.4	0.7	0.7	1.3	1.0	1.9
Sinaloa	0.4	0.9	0.5	0.9	0.8	2.5	1.3	3.3
Sonora	0.6	1.1	1.2	2.0	1.4	2.8	2.3	4.2
Tabasco	0.7	3.3	0.6	2.5	1.5	7.4	1.9	8.6
Tamaulipas	0.5	1.0	0.9	1.6	1.1	2.7	1.8	4.3
Tlaxcala	0.6	0.6	0.4	0.6	1.3	1.7	1.2	1.8
Veracruz	0.3	0.5	0.4	0.6	0.6	1.2	0.7	1.6
Yucatán	0.4	0.7	0.6	0.9	0.9	1.7	1.4	2.6
Zacatecas	0.3	0.6	0.3	0.5	0.6	1.1	0.9	1.5

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

- *Unidades médicas por cada 1,000 habitantes*

En lo referente a las unidades médicas por cada 1,000 habitantes, se observa una situación preocupante a nivel nacional durante el tiempo de análisis, ya que aunque no se registra disminución en el transcurso de los 10 años estudiados, este indicador está muy por debajo de

los parámetros sugeridos por la OMS, e incluso por la media reportada por los países miembros de la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo (OCDE)²¹.

En la tabla 5 se puede percibir que en el año 2000, sólo el estado de Colima de las 32 entidades del país, alcanza la cobertura mínima de una unidad por cada 1,000 habitantes a nivel nacional. Sin embargo, en el 2010 aunque no se refleja el avance esperado, debe mencionarse que hay una muy pequeña mejoría, pues ya son 8 los estados de la república mexicana (el 25%) los que cuentan con una unidad médica por cada 1,000 habitantes, de los cuales Colima tiene el indicador más alto, aumentando de 1.0 unidad médica por cada 1,000 en el año 2000 a 3.6 unidades en el 2010; le sigue Tabasco que aumentó de 0.7 en el 2000 a 3.3 unidades en 2010; Aguascalientes de 0.7 en el 2000 a 3.0 en 2010; Baja California Sur de 0.8 en el 2000 a 1.8 en 2010; Campeche de 0.7 en 2000 a 1.3 en 2010; Sonora de 0.6 a 1.1 en 2010; Nayarit de 0.5 a 1.1 en 2010; y por último el estado de Tamaulipas que aumentó de 0.5 en el 2000 a 1.0 unidad médica en el 2010. Este crecimiento sin duda, refleja mejores condiciones y capacidades en la salud de sus habitantes a nivel estatal, pero a nivel nacional, sigue reflejando un escenario inquietante pues no es suficiente para sostener el crecimiento de la población, lo que a su vez se traduce en la falta de acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud del estado.

- *Camas censables por cada 1,000 habitantes*

²¹ Entre los países miembros de la OCDE se encuentran Canadá, Estados Unidos, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza, Turquía, Australia, Japón, Nueva Zelanda, República de Corea y México.

Sobre este indicador y tomando como referencia el promedio reportado por los países de la OCDE (equivalente a 4.1 camas por cada 1,000 habitantes), se puede señalar que el país experimenta un contexto alarmante, a pesar de no observarse una disminución durante el 2000-2010, pues no se cuenta con los recursos físicos y materiales necesarios para proveer las capacidades y oportunidades reales de acceso a la salud en beneficio de la población mexicana.

En el 2000, eran sólo 5 entidades federativas (aproximadamente el 16%) las que alcanzaban la cobertura mínima de una cama por cada 1,000 habitantes mostrando una tendencia a la alza para el año 2010 en este indicador; lo que significa un comportamiento favorable relacionado con los recursos físicos para la atención médica, particularmente de los mexicanos que viven en Aguascalientes (1.0 incrementó a 4.1 camas), Colima (1.1 incrementó a 3.4 camas), Baja California Sur (1.4 incrementó a 2.4 camas), Ciudad de México (antes Distrito Federal, 1.8 incrementó a 2.0 camas), y Sonora (1.2 incrementó a 2.0 camas). Cabe señalar que en el 2010 se suman 5 estados más que alcanzan la cobertura mínima de 1 cama censable por cada 1,000 habitantes, los cuales son Tabasco que en el inicio del período de observación contaba con 0.6 camas censables y logró subir a 2.5 para el 2010, Campeche con 0.9 y sube a 1.7 camas censables, Tamaulipas con 0.9 y sube a 1.6 camas censables, Durango con 0.7 y sube a 1.1 camas censables, y Coahuila con 0.8 y sube 1.0 camas censables.

- *Médicos y enfermeras por cada 1,000 habitantes*

En cuestión del recurso humano y partiendo de los parámetros utilizados por la OMS que hacen referencia a la cobertura de dos enfermeras por cada médico por cada 1,000 habitantes, se puede advertir en la tabla 5 que el comportamiento de estos indicadores muestran avances

mínimos a nivel nacional durante el período 2000-2010, por el simple hecho de no registrar disminuciones en ninguna entidad del país. No obstante, dichos avances no han podido fortalecer las libertades y capacidades instrumentales de la población a través del acceso a los servicios de salud.

Prueba de ello es que en el año 2000, únicamente la mitad de los estados de la república mexicana alcanzaba la cobertura mínima de un médico por cada 1,000 habitantes; cabe mencionar que 2 de esos 16 estados, la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y Baja California Sur, cubrían 2.5 y 2.2 médicos por cada 1,000 habitantes respectivamente. En este mismo año, en lo que respecta al indicador de enfermeras por cada 1,000 se puede apreciar una tendencia muy similar, ya que son 18 los estados que cuentan con mínimo 1 enfermera por cada 1,000 habitantes, de los cuales 6 de ellos (19%) cumplen con la sugerencia de la OMS de 2 enfermeras por cada médico por cada 1,000 habitantes. Los cuales son Ciudad de México (antes Distrito Federal, 3.7 enfermeras), Baja California Sur (3.1 enfermeras), Aguascalientes (2.8 enfermeras), Sonora (2.3 enfermeras), y Coahuila y Colima (ambos con 2.0 enfermeras).

En contraste con el año 2010, el número de estados que cubría por lo menos un médico por cada 1,000 habitantes se incrementó a 28, es decir el 88% de las entidades del país. De ellos, 11 estados contaba con 2 o más médicos. Cabe destacar que las coberturas más altas le corresponden a los estados de Colima (8.4 médicos), Tabasco (7.4 médicos), Baja California Sur (4.7 médicos), Campeche (3.6 médicos), y Ciudad de México (antes Distrito Federal, 3.2 médicos). En el mismo año, con respecto a las enfermeras la cantidad de estados que cuenta con mínimo 2 enfermeras por cada médico por cada 1,000 habitantes se incrementó a 18 (lo que equivale al 56% del país), de los cuales a su vez, 10 de ellos tiene la capacidad de más de

3 enfermeras por cada médico por cada 1,000 habitantes; destacando entre las coberturas más altas a Tabasco (8.6 enfermeras), Baja California Sur (5.9 enfermeras), Aguascalientes (5.6 enfermeras), Campeche (4.8 enfermeras), y Tamaulipas (8.6 enfermeras).

A manera de síntesis, se puede señalar en cuanto al comportamiento de los indicadores que componen la libertad de acceso a los servicios de salud, que las ineficiencias identificadas en dichos servicios a partir del análisis del 2000 al 2010, indican la necesidad urgente de crear políticas eficientes encaminadas a una verdadera universalidad que permita cerrar las brechas de las desigualdades en salud, y que mejore las condiciones de este servicio proveyendo los recursos físicos, materiales y humanos que requiere la población para cubrir sus necesidades de salud.

Es preciso señalar en este punto, que con el análisis ya descrito de los indicadores que conforman la dimensión de la libertad constitutiva en salud, relacionados con los procesos socioeconómicos de la salud, y las condiciones de salud básica; así como también de los indicadores de la libertad instrumental en salud, relacionados con los procesos de la cobertura sanitaria, y con el acceso a los servicios de salud, se ha podido abordar el primer objetivo de este trabajo de investigación.

En el siguiente subtema, se abordará el alcance del segundo objetivo a través de la descripción y análisis del último indicador de la dimensión de la libertad instrumental en salud, el cual está relacionado con la garantía del derecho a la protección en salud.

4.2. Distribución y asignación del gasto en salud por entidad federativa

La garantía del derecho a la protección en salud, es un entorno que el Estado debe promover y proteger mediante la gestión de los medios institucionales necesarios, que aseguren a la salud como un derecho social y universal con equidad. Por lo que para conocer las condiciones que caracterizan el nivel de gestión del gasto público en salud en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS), se analiza el nivel de desarrollo de la protección de este derecho para cada estado del país, mediante la integración de un Índice de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la asignación de recursos en Salud (INIGS), el cual considera indicadores que la OCDE, OMS y la Secretaría de Salud, han utilizado en algunos estudios para analizar las bases que rigen el derecho a la salud, los cuales se detallaron previamente en el capítulo metodológico.

En este contexto, la siguiente tabla presenta el comportamiento del INIGS durante el período de 2000 al 2010, mostrando que la mitad de los estados de México mejoró sus condiciones, y la otra mitad, empeoró su situación de equidad y de falta de cobertura de necesidades en salud por parte de las instituciones públicas, reflejando una marcada disminución del gasto público en salud y por ende; una gestión deficiente por parte del Estado relacionada con el gasto público e inversión en el Sistema Nacional de Salud. Lo que en consecuencia, sostiene las brechas sociales y el aumento del gasto privado en salud realizado por la población.

Tabla 6
Condición de la situación del INIGS 2000-2010 por entidad federativa

ESTADO	INIGS				DIFERENCIA INIGS 2010-2000	CONDICIÓN
	2000	LUGAR	2010	LUGAR		
Michoacán	10.45	1	8.96	1	-1.49	mejoró
Baja California	4.57	3	6.24	2	1.67	empeoró
Chiapas	2.31	6	3.46	3	1.15	empeoró
Puebla	6.47	2	3.23	4	-3.24	mejoró
San Luis Potosí	3.32	5	3.21	5	-0.11	mejoró
México	3.68	4	2.9	6	-0.78	mejoró
Cd. de México (antes Distrito Federal)	2.11	10	2.62	7	0.51	empeoró
Jalisco	1.31	14	2.58	8	1.27	empeoró
Sinaloa	2.31	7	2.49	9	0.18	empeoró
Guanajuato	2.18	9	1.99	10	-0.19	mejoró
Nuevo León	-0.03	19	1.49	11	1.52	empeoró
Tlaxcala	1.79	12	1.06	12	-0.73	mejoró
Zacatecas	2.19	8	0.98	13	-1.21	mejoró
Durango	1.08	15	0.64	14	-0.44	mejoró
Tamaulipas	0.88	16	0.64	15	-0.24	mejoró
Guerrero	-1.03	21	0.01	16	1.04	empeoró
Chihuahua	-1.25	22	-0.18	17	1.07	empeoró
Nayarit	-0.35	20	-0.46	18	-0.11	mejoró
Oaxaca	2.08	11	-0.51	19	-2.59	mejoró
Morelos	-1.65	24	-0.62	20	1.03	empeoró
Aguascalientes	-2.22	25	-0.74	21	1.48	empeoró
Veracruz	0.42	17	-1	22	-1.42	mejoró
Baja California Sur	-1.32	23	-1.02	23	0.3	empeoró
Querétaro	0.35	18	-1.06	24	-1.41	mejoró
Hidalgo	1.77	13	-1.96	25	-3.73	mejoró
Coahuila	-3.42	27	-2	26	1.42	empeoró
Sonora	-3.49	28	-2.21	27	1.28	empeoró
Quintana Roo	-5.92	29	-2.39	28	3.53	empeoró
Colima	-3.14	26	-3.01	29	0.13	empeoró
Campeche	-7.89	30	-6.93	30	0.96	empeoró
Yucatán	-8.45	31	-8.48	31	-0.03	mejoró
Tabasco	-9.13	32	-9.91	32	-0.78	mejoró

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud

- *Necesidades insatisfechas del gasto y la asignación de recursos en salud (índice)*

Al aplicar la metodología planteada para calcular el índice, se observa que para el año 2000, los estados que tienen una mayor necesidad que debe cubrir el gasto aplicado a la salud por parte de la Federación y del Estado son Michoacán, Puebla, Baja California, México, San Luis Potosí, Chiapas, Sinaloa, Zacatecas, Guanajuato, Ciudad de México (antes Distrito Federal) y Oaxaca. Para el año 2010, Michoacán se sigue manteniendo como el estado que requiere

mayor atención para incrementar los presupuestos en salud; sin embargo estados como Chiapas, Baja California y Ciudad de México (antes Distrito Federal) son estados que empeoran en su indicador, mientras que estados como Nuevo León y Jalisco entran en mayor grado de necesidad en materia de salud que no es cubierta por el gasto de salud aplicado por las instituciones gubernamentales. Asimismo, en ambos años del estudio, estados como Campeche, Yucatán y Tabasco son entidades que muestran una menor necesidad de cobertura del gasto en salud aplicado por el gobierno (ver tabla 6). Cabe destacar que estados como Quintana Roo, Baja California, Nuevo León y Aguascalientes, presentaron la mayor variación del índice, empeorando su situación de equidad en el gasto aplicado a la salud.

Por lo tanto, se puede señalar que el nivel de gestión del Estado relacionado con el gasto en salud, para cada entidad federativa durante el transcurso de los 10 años de estudio, refleja en términos generales que en México, no se cuenta con las condiciones y entornos necesarios para una buena gestión del derecho en salud, lo que significa que no se cuenta con los medios institucionales adecuados para proteger la salud como un derecho y libertad de la población.

El contexto anterior ha permitido el abordaje del segundo objetivo, de manera que en el siguiente apartado, se plantea el tercer y último objetivo de esta investigación a través de los principales resultados estadísticos de la aplicación de la técnica de análisis de componentes principales (ACP) en la estimación del Índice compuesto de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS).

4.3. Equidad en salud desde la perspectiva del desarrollo humano sustentable en el marco nacional

La equidad es un elemento clave para el desarrollo humano sustentable, y para la expansión de las libertades y oportunidades de los seres humanos. Por lo tanto, el análisis de la equidad en materia de salud es sumamente relevante para poder conocer las condiciones de equidad en el acceso a la salud que caracterizan a los entornos en lo que se desarrolla la población del país. Y determinar cuáles son los estados de la república mexicana más inequitativos, lo que a su vez, permite poder definir acciones principalmente para la prevención de muertes prematuras de infantes, mujeres embarazadas y de los recién nacidos.

Para poder realizar lo anterior, y teniendo como base los 16 indicadores descritos en las secciones anterior, se aplica la técnica de análisis de componentes principales (ACP) a los indicadores estandarizados para calcular el Índice de Equidad en Salud (IESADHS) tanto para el año 2000 como para el año 2010. Para ambos años se estima la medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que indica la proporción de varianza que tienen en común las variables analizadas, la cual resultó ser para los indicadores del año 2000 de 0.807 y para el año 2010 de 0.877, lo que indica que el ACP resulta no sólo deseable, sino que presenta una buena adecuación a la estructura de los datos tanto en el 2000 como para el 2010²².

También se consideró la prueba de esfericidad de Bartlett, la cual permite asegurar que si el nivel crítico es superior a 0.05, es posible aceptar la hipótesis nula de esfericidad (que existe

²² La clasificación de la medida (KMO) es la siguiente: de 0.90 a 1.0, excelente; de 0.80 a 0.89, buena; de 0.70 a 0.79, mediano; de 0.60 a 0.69, baja; de 0.50 a 0.59, muy baja; y menor de 0.50, inaceptable.

una matriz identidad). De tal manera, se pudo comprobar que tanto para el cálculo del año 2000 como para el del 2010 se obtuvo un valor de significancia estadística de 0.000, por lo que se puede rechazar la hipótesis nula, y así considerar apropiado el ajuste de las variables mediante el análisis factorial (Ver tabla 7).

Tabla 7
Prueba KMO y Bartlett para la estimación del Índice de Equidad en Salud a nivel estatal, 2000 y 2010

Prueba / Año		2000	2010
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0.807	0.877
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	631.759	695.866
	gl	120	120
	Sig.	0.000	0.000

Fuente: Elaboración propia

Luego de realizar las pruebas anteriores, se obtienen los valores propios de la matriz de correlaciones y la varianza explicada de cada uno de los componentes a nivel estatal tanto para el 2000 como para el 2010. Ahora bien, al proyectar el espacio definido por los 16 indicadores sobre uno de menor dimensión, y de acuerdo con el criterio de Kaiser-Meyer Olkin que indica que hay que conservar las componentes principales cuyos valores propios son mayores que la unidad, se puede observar en la tabla 8 que a partir de la componente número dos el valor propio comienza a ser inferior a la unidad.

Lo que permite que se tome sólo la primer componente para el cálculo del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS). Así, los niveles de correlación lineal existentes entre la mayoría de las variables conducen a que la variación total explicada por la primera componente principal es para el año 2000 de 59.9% y para el 2010 de 58.3%.

Tabla 8
Valores propios de la matriz de correlaciones y la varianza explicada de cada uno de los componentes a nivel estatal, 2000 y 2010

Año	2000			2010		
Componente	Valores propios			Valores propios		
	Total λ	% de varianza	% acumulado	Total λ	% de varianza	% acumulado
1	9.587	59.918	59.918	8.375	58.346	58.346
2	0.942	14.074	73.992	0.965	15.657	74.003
3	0.905	6.466	80.459	0.912	6.322	80.324
4	0.829	5.180	85.639	0.850	5.314	85.639
5	0.696	4.352	89.991	0.613	3.832	89.471
6	0.449	2.806	92.797	0.438	2.737	92.208
7	0.386	2.412	95.209	0.416	2.601	94.808
8	0.253	1.582	96.791	0.261	1.628	96.437
9	0.150	0.939	97.730	0.171	1.069	97.505
10	0.115	0.721	98.451	0.149	0.930	98.436
11	0.096	0.598	99.049	0.104	0.650	99.085
12	0.058	0.363	99.413	0.051	0.321	99.406
13	0.054	0.339	99.752	0.044	0.276	99.682
14	0.030	0.185	99.937	0.025	0.158	99.841
15	0.008	0.053	99.990	0.024	0.147	99.988
16	0.002	0.010	100.000	0.002	0.012	100.000

Fuente: Elaboración propia

Una vez estimadas las componentes y luego de comprobar que resulta pertinente el empleo del método de componentes principales, se pueden definir los coeficientes de la primera componente principal (ω) que ponderan cada uno de los indicadores estandarizados, y obtener la primera componente principal, es decir, el IESADHS a nivel estatal tanto para el 2000 como para 2010, como combinación lineal de los indicadores.

Los valores de los coeficientes obtenidos para el cálculo de la primera componente que multiplica a cada uno de los indicadores para cada entidad federativa, aparecen en la tabla 9 en la columna denominada $\lambda\omega$ ponderador de lectura, se puede observar la importancia de cada indicador en el Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable

(IESADHS), en este caso, la mayor influencia en el año 2000 la brindan los porcentajes de los indicadores de población en pobreza sin acceso a la seguridad social (0.920), población en condiciones de pobreza (0.893), población con vivienda con piso firme (0.881), población que tiene acceso a agua potable (0.863), tasa de mortalidad de menores de 5 años (0.850), y población que dispone de drenaje (0.840); mientras que los demás indicadores contribuyen en menor medida al IESADHS, pues van desde 0.831 a 0.567, siendo este último el Índice de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la asignación de recursos en Salud (INIGS).

Con respecto al año 2010, el mayor peso se mantiene en primera instancia en el indicador de la proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social (0.877), de población en condiciones de pobreza (0.853), la tasa de mortalidad de menores de 5 años (0.849), de población con vivienda con piso firme (0.848), población que dispone de drenaje (0.837), y el indicador de la cobertura de los servicios públicos de salud (0.818); mientras que el de menor contribución fue el Índice de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la asignación de recursos en Salud (INIGS) para ambos años, el cual en el año 2000 fue de 0.567 y en 2010 de 0.505. El resto de los indicadores también tuvo una contribución menor, no obstante, cabe aclarar que no significa que no sean importantes en el tema de la equidad en salud.

Tabla 9
Coefficientes de la primera componente principal por indicador a nivel estatal, 2000 y 2010

Indicador	2000		2010	
	Primera componente		Primera componente	
	ω Coeficiente para calcular la primera componente principal	$\lambda\omega$ Ponderador de lectura (Términos absolutos)	ω Coeficiente para calcular la primera componente principal	$\lambda\omega$ Ponderador de lectura (Términos absolutos)
Proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social	0.147	0.920	0.179	0.877
Proporción de la población en condiciones de pobreza	0.102	0.893	0.137	0.853
Esperanza de vida al nacer	0.295	0.831	0.196	0.675
Tasa de mortalidad de menores de 5 años	0.238	0.850	0.226	0.849
Tasa de mortalidad materna	0.150	0.596	0.186	0.756
Porcentaje de población que dispone de drenaje	0.106	0.840	0.129	0.837
Porcentaje de población que tiene acceso a agua potable	0.182	0.863	0.187	0.810
Proporción de población con vivienda con piso firme	0.252	0.881	0.175	0.848
Proporción de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar	0.255	0.806	0.152	0.744
Tasa de cobertura de los servicios públicos de salud	0.105	0.830	0.280	0.818
Tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados	0.152	0.572	0.258	0.581
Unidades médicas por cada 1,000 habitantes	0.165	0.708	0.128	0.566
Camas censables por cada 1,000 habitantes	0.168	0.765	0.170	0.648
Médicos por cada 1,000 habitantes	0.131	0.768	0.106	0.599
Enfermeras por cada 1,000 habitantes	0.144	0.804	0.127	0.595
Índice de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la asignación de recursos en Salud (INIGS)	0.110	0.567	0.189	0.505

Fuente: Elaboración propia

Con los valores de los coeficientes de la primera componente es posible obtener el Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS) para cada entidad federativa durante el período de 2000-2010.

Después de calcular el índice se aplica la técnica de escalamiento lineal para que el índice se mueva entre 0 y 1. Y finalmente, una vez calculado el valor del IESADHS para cada entidad, se procede a clasificarlos en uno de los cinco grupos claramente diferenciados a partir de la Técnica de Estratificación Óptima, desarrollada por Dalenius y Hodges.

En seguida, la tabla 10 presenta la clasificación de las 32 entidades, así como los límites obtenidos al aplicar dicha técnica de estratificación para cada grado de equidad en salud, quedando los siguientes rangos:

Tabla 10
Estratificación del Índice de Equidad en Salud a nivel estatal, 2000 y 2010

Grado de Equidad en Salud	2000			2010		
	Número de entidades federativas	Límite Inferior	Límite Superior	Número de entidades federativas	Límite Inferior	Límite Superior
Muy bajo	5	0.000	0.377	8	0.000	0.247
Bajo	6	0.377	0.605	4	0.247	0.394
Medio	8	0.605	0.777	10	0.394	0.580
Alto	6	0.777	0.866	4	0.580	0.688
Muy alto	7	0.866	1.000	6	0.688	1.000

Fuente: Elaboración propia

Como se pudo observar en la tabla anterior (tabla 10), los valores se clasificaron en cinco grupos o grados, nombrados de acuerdo con el nivel de intensidad de la equidad en salud en cada entidad: Muy alto, Alto, Medio, Bajo y Muy bajo. La distribución por grado de las entidades federativas, aparece en la tabla 11.

El Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS) diferencia a las entidades federativas en función del impacto global de las desigualdades que padece la población a partir del análisis de indicadores relacionados con los procesos socioeconómicos y las condiciones básicas de la salud, los procesos de cobertura sanitaria, el acceso a los servicios de salud y la garantía del derecho a la protección en salud.

En este contexto, la estimación del IESADHS para las entidades federativas del país, es un acercamiento al conocimiento de la desigualdad en salud a nivel nacional, por lo que se prosigue a describir de manera detallada los resultados del cálculo del IESADHS por el grado de equidad en salud durante el período de 2000-2010.

Tabla 11
Índice y grado de equidad en salud para el Desarrollo Humano Sustentable y lugar que ocupa en el contexto nacional por entidad federativa, 2000 y 2010

	Entidad Federativa	Índice de Equidad en Salud para el DHS		Grado de Equidad en Salud		Lugar que ocupa en el contexto nacional	
		2000	2010	2000	2010	2000	2010
01	Aguascalientes	0.826	0.688	Alto	Alto	10	7
02	Baja California	1.000	0.958	Muy alto	Muy alto	1	3
03	Baja California Sur	0.953	0.682	Muy alto	Alto	4	8
04	Campeche	0.590	0.247	Bajo	Muy bajo	23	25
05	Coahuila	0.960	0.725	Muy alto	Muy alto	3	5
06	Colima	0.826	0.539	Alto	Medio	11	15
07	Chiapas	0.066	0.000	Muy bajo	Muy bajo	30	32
08	Chihuahua	0.935	0.915	Muy alto	Muy alto	6	4
09	Cd. de México (antes Distrito Federal)	0.938	1.000	Muy alto	Muy alto	5	1
10	Durango	0.753	0.432	Medio	Medio	17	19
11	Guanajuato	0.822	0.433	Alto	Medio	12	18
12	Guerrero	0.015	0.087	Muy bajo	Muy bajo	31	30
13	Hidalgo	0.496	0.223	Bajo	Muy bajo	24	27
14	Jalisco	0.866	0.720	Alto	Muy alto	8	6
15	México	0.857	0.545	Alto	Medio	9	14
16	Michoacán	0.677	0.387	Medio	Bajo	21	22
17	Morelos	0.680	0.437	Medio	Medio	20	17
18	Nayarit	0.771	0.511	Medio	Medio	15	16
19	Nuevo León	0.977	0.961	Muy alto	Muy alto	2	2
20	Oaxaca	0.000	0.012	Muy bajo	Muy bajo	32	31
21	Puebla	0.484	0.219	Bajo	Muy bajo	25	29
22	Querétaro	0.695	0.580	Medio	Medio	18	11
23	Quintana Roo	0.794	0.566	Alto	Medio	13	12
24	San Luis Potosí	0.377	0.394	Muy bajo	Bajo	28	21
25	Sinaloa	0.889	0.564	Muy alto	Medio	7	13
26	Sonora	0.769	0.675	Medio	Alto	16	9
27	Tabasco	0.605	0.419	Bajo	Medio	22	20
28	Tamaulipas	0.777	0.604	Medio	Alto	14	10
29	Tlaxcala	0.694	0.372	Medio	Bajo	19	23
30	Veracruz	0.336	0.223	Muy bajo	Muy bajo	29	28
31	Yucatán	0.433	0.245	Bajo	Muy bajo	27	26
32	Zacatecas	0.465	0.264	Bajo	Bajo	26	24

Fuente: Elaboración propia

- *Entidades con grado de equidad muy alto*

Con respecto a este rango de equidad en salud, de acuerdo con la tabla 11, durante el 2000-2010 hubo una mínima disminución, ya que en el inicio del período eran 7 los estados con grado de equidad muy alto: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Ciudad de México (antes Distrito Federal), Nuevo León y Sinaloa, reduciéndose a 6 para 2010, Baja California Sur desciende a grado de equidad alto, y Sinaloa a grado de equidad medio, mientras que el estado de Jalisco sube su grado de equidad a muy alto. Salvo la Ciudad de México y Jalisco, estas entidades se ubican en el norte de México. Los valores del IESADHS en dicho período de estudio oscilaron entre 0.889 y 0.725, y los lugares que ocuparon fluctuaron entre las primeras 7 posiciones entre todas las entidades federativas.

En cuanto al comportamiento en general de los indicadores de la dimensión de la libertad constitutiva en salud de este grupo de entidades, se puede destacar que en el caso de la proporción de la población en condiciones de pobreza y sin acceso a la seguridad social, Nuevo León, fue el estado de la república mexicana de menor porcentaje en ambos indicadores durante el transcurso de los 10 años estimados. En cuanto a las condiciones básicas de salud, en el indicador de la esperanza de vida al nacer, destaca el estado de Chihuahua que pese a formar parte de este rango, registró durante el período de estudio, la reducción más drástica en este indicador (3.4 años).

Sobre la dimensión de la libertad instrumental en salud, la pauta que marcaron sus indicadores muestra que en el caso del porcentaje de población que dispone de drenaje en su vivienda, sólo la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y el estado de Nuevo León, de los pertenecientes

a este rango de equidad, alcanzaron a cubrir al 90% de su población en este rubro durante el 2000, destacando que la Ciudad de México fue la entidad con la cobertura más alta de todo el país con el 99% de población, y en el 2010, fue el único estado mexicano que alcanzó el 100% de la población cubierta que dispone de drenaje en su vivienda. En el caso del indicador de población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar, la tendencia se repite favorablemente para la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y el estado de Nuevo León, pues fueron los únicos estados del país que alcanzaron el 100% de cobertura de población con acceso a energía eléctrica en el hogar.

Concerniente a los indicadores relacionados con el acceso a los servicios de salud, nuevamente destacan, pero de manera desfavorable la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y Nuevo León, como 2 de los 3 estados con las tasa más altas de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados. En el caso de las camas censables por cada 1,000 habitantes la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y Coahuila, son los únicos 2 estados de los ubicados en el rango de muy alta equidad, que cuentan con por lo menos 1 cama censable por cada 1,000 habitantes. De igual manera, en cuanto a los médicos y enfermeras por cada 1,000 habitantes destaca la Ciudad de México (antes Distrito Federal) y Baja California Sur por ser los únicos dos estados a nivel nacional en el año 2000 por contar con 2.5 y 2.2 médicos por cada 1,000 habitantes respectivamente; manteniéndose también entre los estados con la mayor cantidad de enfermeras entre 2000-2010 entre las entidades de esta categoría de equidad.

Finalmente, en el caso del indicador de necesidades insatisfechas del gasto y la asignación de recursos en salud (INIGS), los estados de Baja California, Ciudad de México (antes distrito

Federal), Nuevo León y Jalisco, se señalan como los estados con mayor necesidad de cubrir el gasto aplicado a la salud por parte de la Federación y el Estado.

- *Entidades con grado de equidad alto*

En este rango, las entidades con grado de equidad alto en el año 2000 son 6: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, México, y Quintana Roo, reduciéndose a 4 entidades con este grado de equidad para el 2010. Cabe mencionar que aunque pareciera que la tendencia del rango anterior se repite, no es así, pues en este caso, sólo 1 (Aguascalientes) de los 6 estados logra mantenerse en esta posición para el 2010, 1 sube al rango muy alto (Jalisco), y 4 bajan su posición al rango de equidad medio (Colima, Guanajuato, México y Quintana Roo). Quedando para el 2010 los siguientes estados: Aguascalientes, Baja California Sur (que bajó de muy alto a alto), Sonora y Tamaulipas (que subieron del grado medio al alto); los cuales se ubican en el norte y centro norte del país. Los valores del IESADHS en dicho período de estudio oscilaron entre 0.794 y 0.566, y los lugares que ocuparon fluctuaron entre las posiciones 7 y 13 a nivel nacional.

Del comportamiento en general de los indicadores de la dimensión de la libertad constitutiva en salud de Aguascalientes, Baja California Sur, Sonora y Tamaulipas se puede decir que en el caso de la proporción de la población sin acceso a la seguridad social, fueron 4 de los 10 estados que registraron aumentos en este indicador; sin embargo durante los 10 años del período de estudio, se mantuvieron con los porcentajes de población pobre sin acceso a la seguridad social más bajos con respecto al resto del país, por lo que su impacto aunque negativo fue menos pronunciado comparado con las entidades de la región sur de México. Sobre el indicador de población en condiciones de pobreza, los 4 se mantuvieron con

proporciones bajas, es decir entre los estados con menos población pobre. En cuanto a las condiciones básicas de salud, en el indicador de mortalidad materna los cuatro estados se mantienen con tasas medias bajas durante 2000-2010, destacando que Baja California Sur a pesar de haber incrementado su tasa de 20.4% a 35.18% sigue siendo el estado con la tasa de mortalidad materna más baja durante todo el período a nivel nacional.

De la dimensión de la libertad instrumental en salud, la práctica que siguieron los indicadores relacionados con la cobertura sanitaria muestra que, en el caso del porcentaje de población que dispone de drenaje, Aguascalientes fue 1 de los 4 estados que en el año 2000 alcanzaba la cobertura del 90% de su población, el resto de los estados de este grupo si bien no alcanzaba esta cobertura, muestra porcentajes medios-altos con respecto al resto del país, superando dicha cobertura para el año 2010: Baja California Sur de 81.4% a 94.81%, Sonora de 79.2% a 90.08%, a excepción de Tamaulipas que de 74.2% se quedó con 89.38% de cobertura hacia la población que dispone de drenaje.

Relativo a los indicadores relacionados con el acceso a los servicios de salud, el comportamiento de este rango de equidad en salud señala en cuanto a la tasa de cobertura de los servicios públicos de salud que, Sonora fue 1 de los estados a nivel nacional con mayor cobertura de servicios públicos de salud hacia su población durante el período estudiado registrando una proporción de 67.4% en el 2000 y 70.3% en 2010. Baja California Sur, también se destaca por ser 1 de los 2 estados que registran un incremento más significativo con respecto a los demás, aumentó de 54.5% en el 2000 a 67.3% en 2010. En lo que respecta a Tamaulipas aunque muestra también porcentajes de los más alto comparado con el resto del país, registra una pequeña disminución de 1.2 puntos porcentuales pasando de 64.4% a 63.2%.

Sobre la tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados, destaca Sonoro como 1 de los 3 estados a nivel nacional con la tasa más alta con 3.0% en 2000 y 2.5% en 2010.

En el caso de las unidades médicas por cada 1,000 habitantes se observó que los 4 estados de este grupo se encuentran entre las 8 entidades a nivel nacional que logran tener durante el período de 2000 a 2010 por lo menos 1 unidad médica por cada 1,000 habitantes destacando que Aguascalientes es 1 de los 3 estados del país que en el 2010 ya contaba con 3 unidades médicas. En el indicador de camas censales por cada 1,000 habitantes también sobresalen estos 4 estados entre los 10 con mayor número de camas censables, logrando cubrir 1 médicos y por lo menos 2 enfermeras por médico por cada 1,000 habitantes a nivel nacional en este período, destacando que Aguascalientes fue el único estado que se equipara con los países miembros de la OCDE alcanzando en promedio 4.1 camas en 2010.

En la situación del indicador de necesidades insatisfechas del gasto y la asignación de recursos en salud (INIGS), se destaca Aguascalientes como uno de los 4 estados que presentaron la mayor variación del índice, empeorando su situación de equidad en el gasto aplicado a la salud comparado con el resto del país, pese a pertenecer a este rango.

- *Entidades con grado de equidad medio*

En el 2000 fueron 8 las entidades federativas que se situaron en el grado de equidad medio: Durango, Morelos, Nayarit, y Querétaro; Sonora y Tamaulipas (que en 2010 subieron a grado alto); y Tlaxcala y Michoacán (que en 2010 pasaron a grado bajo). Por lo tanto en 2010 se incrementa a 10 la cantidad de entidades con grado de equidad medio, manteniéndose

únicamente Durango, Morelos, Nayarit y Querétaro; se suman Sinaloa (que baja de grado muy alto a medio); Colima, Guanajuato, México y Quintana Roo (que bajan de grado alto a medio); y Tabasco (que sube de grado bajo a medio). La mayoría de estas entidades se localiza en el centro del país. Por otro lado, los valores del IESADHS en dicho período de estudio oscilaron entre 0.677 y 0.419, y los lugares que ocuparon fluctuaron entre la posición 11 y la 21 con respecto al resto de los estados de la república mexicana.

La tendencia de los indicadores que componen la dimensión de la libertad constitutiva en salud, se mantiene generalizadamente en los estándares medios, en seguida se señalan los hallazgos más significativos de este grupo de entidades. En el indicador de proporción de la población en condiciones de pobreza, Tabasco es el último de los 7 estados (en orden descendente) que registra los más altos niveles de población pobre durante el período de 2000 a 2010 con 65.1% en 2000 y 57.1%, lo que lo coloca en grado de equidad medio con respecto al resto del país. Durango es también 1 de los 7 estados que empeoraron en este indicador registrando un incremento de 48.4% a 51.6% que comparado con las demás entidades muestra porcentajes medio-altos.

Con respecto a la esperanza de vida al nacer, se destaca que Durango y Sinaloa, son 2 de las 3 únicas entidades a nivel nacional que empeoraron su situación registrando una disminución aunque mínima en este indicador durante el período de estudio. En la tasa de mortalidad de menores de 5 años, Sinaloa sobresale como 1 de los 2 estados con el porcentaje de este indicador más bajo durante 2000-2010 con respecto al resto de los estados. En el panorama del indicador de mortalidad materna, Quintana Roo y Querétaro sobresalen por ser 2 de los 5

estados que registran las reducciones más significativas, el primero disminuyendo 65.78 puntos porcentuales, y el segundo 63.14 durante el tiempo de análisis.

Sobre los indicadores de la libertad instrumental en salud, se destaca que los 10 estados con grado de equidad medio mantiene estándares promedio en todos los indicadores relacionados con los procesos de la cobertura sanitaria y de acceso a los servicios de salud, destacando únicamente Querétaro como el 4to estado de 5 con la tasa más alta de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados. Colima, destaca por ser el único estado a nivel nacional con 1 unidad médica en el año 2000, aumentando a 3.6 unidades en 2010 siendo el más alto; también sobresale este estado en los indicadores de camas censables y médicos y enfermeras por cada 1,000 habitantes siendo 1 de los 4 estados con 1.1 camas censables en el 2000 incrementando a 3.4 camas en 2010 siendo 1 de los estados con más camas durante el período 2000-2010; y en el indicador de médicos y enfermeras también sobresale como 1 de los estados que cumple con los estándares de la OMS de contar con 1 médico por cada 1, 000 habitantes y 2 enfermeras por cada médico por cada 1,000 habitantes.

En el comportamiento del indicador de necesidades insatisfechas del gasto y la asignación de recursos en salud (INIGS) de este grupo de estados, destaca Tabasco como 1 de los 3 estados que presenta menor necesidad de cobertura del gasto en salud aplicado por el gobierno.

- *Entidades con grado de equidad bajo*

En el año 2000 había 6 estados de la república mexicana con grado de equidad bajo, de los cuales sólo se mantuvo Zacatecas en este mismo rango hasta 2010. Campeche, Hidalgo, Puebla y Yucatán pasan de bajo a muy bajo; y Tabasco subió de bajo a medio. En 2010

Michoacán y Tlaxcala pasan de rango medio a bajo, y San Luis Potosí sube de muy bajo a bajo, quedando 4 estados con grado de equidad bajo. Los estados con grados de equidad bajo y muy bajo, se ubican en el sur y parte del centro y este del país. Los valores del IESADHS durante el período observado oscilaron entre 0.433 y 0.264, y los lugares que ocuparon fluctuaron entre las posiciones 22 y 27 comparados con el resto de las entidades del país.

En cuanto a la dimensión de la libertad constitutiva en salud y sus indicadores, se observa en el caso de los procesos socioeconómicos de la salud que Tlaxcala y Zacatecas fueron los 2 estados dentro del rango de los porcentajes altos de población en condiciones de pobreza, que experimentaron condiciones de mayor agudeza durante los años 2000-2010. El primero pasó de 56.1% a 60.3%, y el segundo de 56.3% a 60.2%.

En cuanto a los indicadores que componen la dimensión de la libertad instrumental en salud, en el caso de los indicadores de porcentaje de población con vivienda con piso firme y población que tiene acceso a energía eléctrica en el hogar, sobresale San Luis Potosí como 1 de los 4 estados que en el año 2000 no alcanzó a cubrir el 90% de su población con acceso a energía eléctrica en el hogar; y Michoacán 1 de los 5 estados que en 2010 no alcanzó a cubrir el 90% de su población con vivienda con piso firme, y tampoco alcanzó el 50% de cobertura de los servicios públicos de salud durante todo el período analizado. En el caso del indicador de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados, Tlaxcala fue 1 de los 3 estados que disminuyó su tasa de 1.4% a 1.0% durante 2000-2010.

En el comportamiento del indicador de Necesidades Insatisfechas del gasto y la asignación de recursos en salud (INIGS) de este grupo de estados, tanto Michoacán como San Luis Potosí y

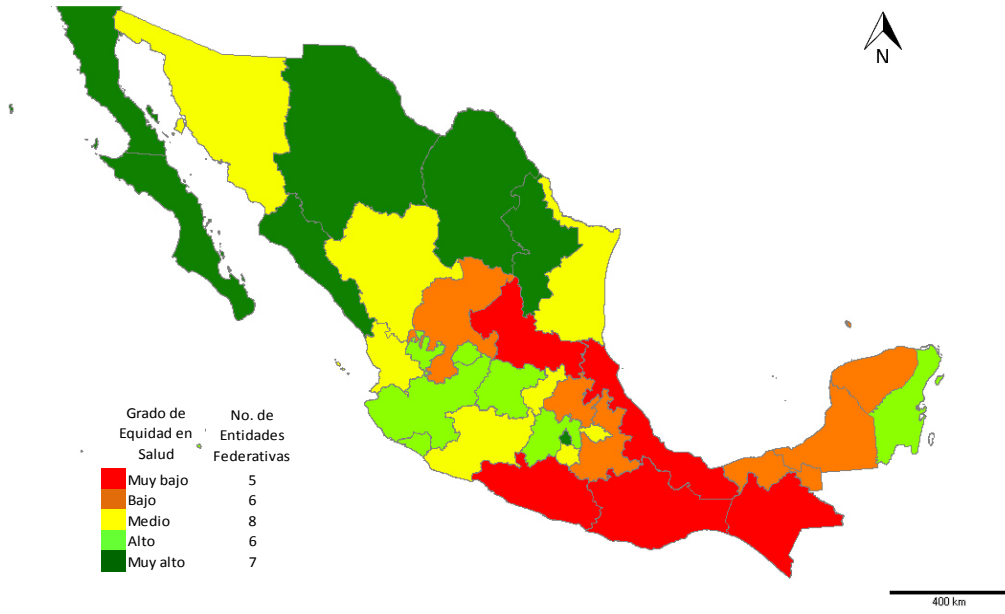
Zacatecas se ubican entre los estados con mayor necesidad por cubrir el gasto aplicado a la salud por parte de la Federación y el Estado.

- *Entidades con grado de equidad muy bajo*

Durante el período 2000-2010 las 4 entidades federativas consideradas con grado de equidad muy bajo son Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz; sumándose a este grupo en 2010 los estados de Campeche, Hidalgo, Puebla y Yucatán al pasar de bajo a muy bajo. En este grupo, los niveles de los indicadores del grupo anterior se repiten para este segmento, agudizándose aún más. Lo mismo sucedió con el IESADHS pues registraron valores de 0.000 tanto en el año 2000 como en el 2010, y se ubicaron en los últimos lugares en el contexto nacional, de la posición 25 a la 32.

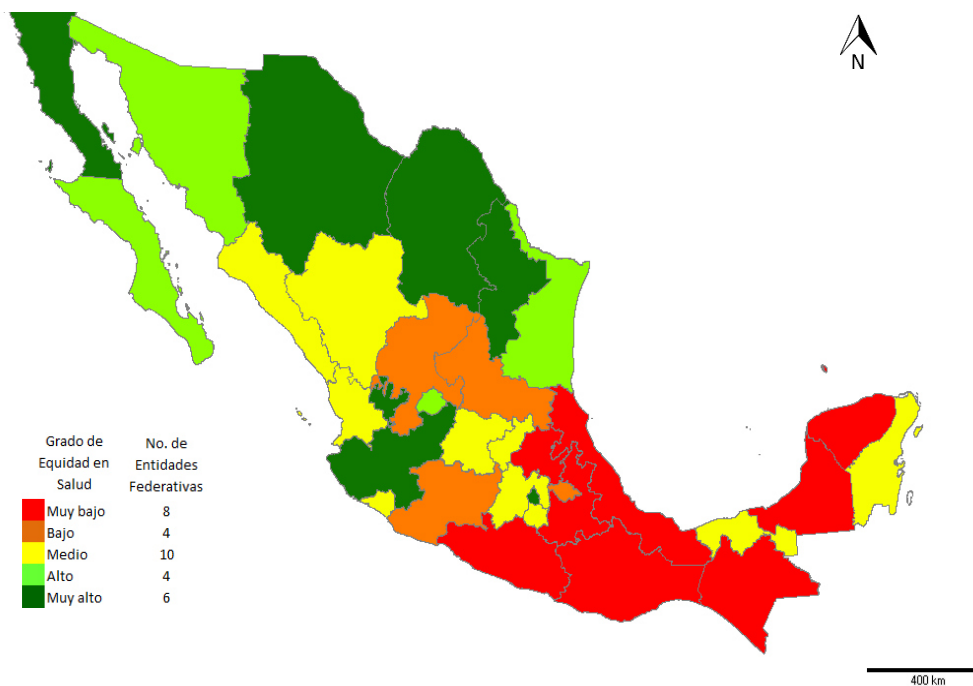
En las siguientes figuras (1 y 2) se observa la distribución espacial de los grados de equidad en salud en México a nivel estatal durante el período 2000 a 2010. Se puede percibir claramente como de un año a otro, se agudizaron las condiciones de inequidad en la región Sur del país registrando importantes disminuciones en sus grados de equidad, de igual manera, se observa la misma tendencia para la región Este y para una parte del Centronorte del país, que también experimentaron condiciones de empeoramiento en su situación de equidad en salud. Por otro lado, se percibe de forma dispersa en el territorio nacional, un mejoramiento en las condiciones de equidad particularmente en gran parte de la región Norte y Centro del país. No obstante a lo anterior, hubo aproximadamente 10 entidades federativas que durante el transcurso del período analizado, se mantuvieron con grados de equidad medios, lo que permitió una compensación con respecto a los demás rangos de equidad alcanzados por las demás entidades de México.

Figura 1. Grado de Equidad en Salud por entidad federativa, 2000



Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Grado de Equidad en Salud por entidad federativa, 2010



Fuente:Elaboración propia

Lo anterior significa, que aún y cuando algunas de las entidades federativas se mantuvieron en un mismo grado de equidad, su medición (es decir, su índice) disminuyó de forma generalizada de un año a otro. En este sentido, se puede señalar que la equidad en salud, en el contexto nacional disminuyó durante el período de estudio, como se pudo observar también en la descripción de los indicadores. Por lo cual, es preocupante esta tendencia hacia la baja en los niveles de equidad en las condiciones de accesibilidad a la salud, considerando que la media nacional incluye a entidades muy desfavorecidas como lo son Oaxaca, Guerrero y Chiapas. Por lo tanto, es de suma importancia focalizar esfuerzos en programas y políticas públicas en salud que incluyan la perspectiva de la equidad como elemento detonador del desarrollo humano sustentable del país.

En el subtema siguiente se aborda el análisis de la relación que tiene la equidad en salud con el desarrollo sustentable, a través de la estimación de un modelo de regresión con datos panel, lo cual permitirá conocer la relevancia de la construcción del IESADHS.

4.4. Relación de la equidad en salud en el desarrollo humano sustentable en el período de 2000-2010

El desarrollo humano es aquel proceso que permite a las personas expandir sus libertades y capacidades de manera sustentable, y que proporciona tanto a las presentes como a las futuras generaciones, la posibilidad de alcanzar los medios necesarios brindados por los entornos construidos por la sociedad y el Estado.

En este contexto, la salud vista como una libertad y desarrollada con equidad, permite al ser humano ampliar sus logros y oportunidades. Por lo que desde este marco de acción, la equidad en salud debe considerarse como un elemento detonador del desarrollo humano sustentable, que permita expandir las libertades y capacidades del ser humano, contrarrestando las desigualdades evitables e injustas que inciden en los entornos institucionales y socioeconómicos en donde se despliegan las oportunidades reales relacionadas con el acceso a la salud, proporcionando no sólo un mejor nivel de salud de la población, sino también un mayor desarrollo social en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

Por consiguiente, después de realizar la estimación del IESADHS se analiza la relación que tiene ésta en el desarrollo humano sustentable (DHS) de México durante el período de 2000 a 2010. Para ello se utiliza el Índice del Desarrollo Humano (IDH) como indicador del DHS.

Así, para poder llevar a cabo lo anterior, se utiliza la estimación de regresión utilizando datos panel²³, debido a que se tiene información en dos períodos de tiempo (2000 y 2010) para las 32 entidades federativas. Cabe mencionar, que no se pueden realizar las estimaciones sólo con el cálculo de una regresión línea a través de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) ya que ésta no mediría correctamente la relación que tiene la variable “x” independiente (IESADHS) en la variable “y” dependiente (IDH). De tal manera que, el principal objetivo de los modelos de datos panel es precisamente capturar la heterogeneidad no observable y que es ignorada en los tradicionales modelos de regresión, y que puede de alguna forma afectar la estimación de los efectos de las variables x sobre y.

Por lo que el modelo de regresión de datos panel es el siguiente:

$$y_{it} = x'_{it} \beta + \varepsilon_{it},$$

Donde:

Y_{it} = índice de desarrollo humano de la entidad federativa i en el período t

X_{it} = índice de equidad en salud para el desarrollo humano sustentable de la entidad federativa i en el período t

²³ Los datos panel son aquellos que consideran información de corte transversal a lo largo de una serie de tiempo.

β = Vector de parámetros (impacto de la estimación)

ε_{it} = errores aleatorios

$i= 1$ hasta 32 y $t= 2000$ y 2010

Al realizar las estimaciones mediante el modelo de datos panel a través de efectos fijos²⁴ se llega a los resultados de la tabla 12.

Tabla 12
Estimación del modelo de regresión con datos panel (efectos fijos) del impacto del IES al IDH, 2000-2010

Variable dependiente: Índice de Desarrollo Humano	
Variabes Independientes	Coficiente
Índice de Equidad en Salud	0.1756* (13.22)
Constante	0.7158* (84.68)

N = 64
R2 = 0.4792
F(1,61)*= 174.68
*Significativas al 0.05. T-student entre paréntesis
Fuente: Elaboración propia

Lo anterior permite referir que la equidad en salud, medida a través del IESADHS, tiene una relación positiva en el desarrollo humano sustentable, éste medido con el Índice de Desarrollo Humano (IDH) durante el período de 2000 a 2010. Por lo tanto, es de suma importancia realizar planteamientos de política pública para poder incrementar la equidad y las oportunidades sociales en salud de la población de México, que permitan impactar de una manera multidimensional la problemática de las inequidades en el acceso a la salud.

²⁴ Se utiliza la estimación de efectos fijos debido a que realizar la prueba de Hausman para conocer si el modelo se ajusta a efectos fijos o aleatorios. En este estudio la prueba de Hausman refiere que se debe realizar la estimación considerando efectos fijos (términos no observables) que se correlacionan con la variable explicativa a través del tiempo.

De esta forma, se dispondrá de mejores condiciones y oportunidades desde el nacimiento de las personas y durante su proceso de desarrollo, garantizando que se presenten mayores grados de equidad en salud inter e intra generacional en las capacidades para alcanzar una vida larga y saludable en beneficio de su desarrollo humano sustentable y de su calidad de vida.

4.5. Discusión

Tras describir y analizar a lo largo de este capítulo los diferentes resultados obtenidos mediante la construcción y aplicación del Índice de Equidad en Salud (IESADHS) a nivel estatal durante el período de 2000 a 2010, se da cumplimiento a las hipótesis planteadas. Y a continuación se procede a realizar la discusión y las conclusiones que sirvan para consolidar lo obtenido, y al mismo tiempo, proponer futuras líneas para nuevas investigaciones.

En este contexto, se puede afirmar que la sociedad mexicana enfrenta durante el período de estudio, entornos sociales, económicos, sanitarios, y de prestación de servicios de salud, medianamente desarrollados. Presenta niveles insostenibles e inequitativos de acceso a la salud, mostrando una tendencia hacia entornos más desiguales de desarrollo humano, que favorece la brecha de la desigualdad social en salud.

Lo anterior se debe a la segmentación y fragmentación del Sistema Nacional de Salud (SNS) que ofrece esquemas discriminatorios que dificultan el acceso equitativo a la salud y el uso ineficiente de recursos; lo que a su vez, conlleva a condiciones insuficientes e inequitativas en la asignación y distribución del gasto en salud.

Dichas hipótesis se relacionan con lo que señala Knaul et al., (2003) quienes explican que el principal problema del sistema mexicano de salud, desde su fundación en 1943 hasta el 2003, fue la falta de protección financiera como consecuencia de un modelo fragmentado de financiamiento que ofrecía un acceso más limitado a las prestaciones en salud y en los esquemas de aseguramiento para los pobres y a toda aquella persona que se fuera integrando al sector informal. Al respecto, al analizar el indicador de cobertura, se encontró que para el año 2000 la mitad de los estados del país contaba con una tasa de cobertura por debajo del 50% de la población con servicios públicos de salud, registrando un mínimo avance para el año 2010 con un tasa de cobertura del 59%.

No obstante, pese a la puesta en marcha del Seguro Popular en el 2004, las condiciones de inequidad y el riesgo de padecer gastos catastróficos se mantuvieron durante el período de estudio, al observar en los resultados, que el 47% de las entidades federativas disminuyó su tasa de cobertura de los servicios públicos de salud durante estos 10 años de estudio. Lo que evidentemente provocó que la población buscara otras alternativas para atender sus necesidades de salud, recurriendo a los servicios de salud privados, lo cual se pudo constatar en los resultados al reflejar que de 2000 a 2010 el 91% de los estados de la república mexicana, incrementaron su porcentaje de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados.

Otros estudios (Frenk et al., 2007) sostienen que durante los primeros años del siglo XXI, tanto la segmentación del sistema, como las transiciones epidemiológicas y demográficas, fueron las principales causas que impidieron que el sistema sanitario del país solventara las necesidades de protección financiera en este ámbito a más de la mitad de su población.

Asimismo, otro hallazgo que muestran el análisis de resultados es que durante el período de estudio, la mitad de los estados del país mejoró sus condiciones, y la otra mitad, empeoró su situación de equidad y de falta de cobertura de necesidades en salud por parte de las instituciones públicas, reflejando una marcada disminución del gasto público en salud y por ende; una gestión deficiente por parte del Estado relacionada con el gasto público e inversión en el Sistema Nacional de Salud. Lo que en consecuencia, sostiene las brechas sociales y el aumento del gasto privado en salud realizado por la población.

Lo que confirma lo dicho por Dantés et al., (2011) al argumentar que el gasto total en México como porcentaje del PIB aumentó de 5.1% en 2000 a 5.9% en 2008 (muy por debajo de lo que dedican a la salud otros países de América Latina). En cuanto al gasto per cápita en salud, señala que tuvo el mismo comportamiento, en el año 2000 era de US\$508 y en 2008 se incrementó a US\$890. El gasto público en salud ha ido aumentando lentamente, en 2008 representó el 46.7% (equivalente a 330 339 millones de pesos) del gasto total en salud, del cual, el 45.2% (la mayor parte) correspondió a la Secretaría de Salud, el 42% al IMSS, y el 9.7% al ISSSTE; mientras que en 1990, concentró el 40.4% del gasto total en salud.

Por último, se observó en los resultados de esta investigación, que aún y cuando algunas entidades federativas se hayan mantenido en un mismo rango de estratificación “Muy Alto y Alto” de equidad durante el período de estudio, el valor del IESADHS disminuyó de un año a otro de forma generalizada en 28 de las entidades, lo que permite asumir que la equidad en salud a nivel nacional bajó durante el período de tiempo analizado, reflejando los inicios de un proceso de estancamiento en el desarrollo humano sustentable de la sociedad mexicana.

Por lo tanto, se sostiene que durante el 2000 al 2010, existe inequidad en el acceso a la salud en las diferentes entidades federativas del país, y esto se debe a las condiciones institucionales, económicas y sociales que imperan en el sistema social y económico del país, así como en el Sistema Nacional de Salud, afectando de manera negativa el nivel de desarrollo humano sustentable de la población mexicana.

CONCLUSIONES

En México la problemática de la desigualdad social en la salud se ha venido agudizando en las últimas décadas, y dado su carácter estructural e histórico, no se ha podido erradicar, pues siguen existiendo grupos poblacionales y zonas geográficas donde se concentra la población con mayor grado de vulnerabilidad.

En este contexto, y con base en el análisis de los resultados obtenidos, se puede concluir que el acceso a la salud en el país, se desarrolla en entornos de falta de cobertura e inequidad, y una gestión deficiente por parte de las instituciones públicas, principalmente de las que prestan de los servicios de salud; lo que en consecuencia, dificulta la expansión de las libertades y capacidades en salud de las personas, y por ende, el nivel de desarrollo humano sustentable de la sociedad. Por lo que es de suma importancia que el gobierno mexicano muestre mayor interés en la cobertura sanitaria, a través del diseño y promoción de políticas públicas con carácter universal y equitativo, de lo contrario, se seguirá agudizando la brecha social afectando cada vez a los grupos más desfavorecidos.

Por lo tanto, la importancia de esta investigación radica en la generación de nuevo conocimiento sobre las oportunidades y capacidades de equidad en salud que coadyuven en el proceso de desarrollo individual y social en beneficio de la sociedad mexicana, mediante la construcción de un indicador compuesto denominado Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS), el cual como ya se ha explicado en capítulos anteriores, está sustentado en la visión teórica del desarrollo humano de Amartya Sen, centrada en las libertades humanas, las cuales se clasifican en constitutivas e instrumentales.

Es así como la libertad tanto constitutiva como instrumental representa una dimensión categórica para poder llegar a determinar la importancia de los indicadores que permitirán la construcción del IESADHS. La libertad constitutiva es aquella que engloba las oportunidades y libertades básicas que tiene el ser humano por el simple hecho de nacer para poder alcanzar una vida plena; y la libertad instrumental consiste en aquellas oportunidades y medios que tiene la población para ampliar sus capacidades y libertades en los distintos entornos creados por la sociedad y el Estado. Cabe resaltar, que ambas libertades se complementan para que el ser humano pueda desenvolverse en entornos libres y equitativos en beneficio de su desarrollo humano sustentable.

Desde este marco de acción, la equidad en la salud debe considerarse como un elemento detonador del desarrollo humano sustentable, que permita expandir las libertades y capacidades del ser humano, contrarrestando las desigualdades evitables e injustas que inciden en los entornos institucionales y socioeconómicos en donde se despliegan las oportunidades reales relacionadas con el acceso a la salud, proporcionando no sólo un mejor nivel de salud de la población, sino también un mayor desarrollo social en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

Lo anterior, se llevará a cabo desde el enfoque integral de la libertad planteado por Amartya Sen, el cual se estructura como un modelo de desarrollo humano y permite ser utilizado como una metodología para la evaluación del bienestar individual y de los niveles de equidad y justicia social presente en los entornos en los que se desenvuelve, y asimismo permite observar las desigualdades en las libertades y las privaciones de las oportunidades que enfrenta el ser humano.

Bajo el enfoque de este modelo teórico-metodológico esta investigación busca evaluar el nivel de equidad presente en las condiciones socioeconómicas e institucionales relacionadas con el acceso a la salud que permita determinar el grado de desarrollo humano sustentable para las 32 entidades federativas del país, mediante la conformación del Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable (IESADHS) en el período de 2000 a 2010. De esta manera, su valoración es un acercamiento al conocimiento de la desigualdad nacional, lo que ha permitido diferenciar los estados en función del impacto global de las desigualdades que padece la población durante el período observado.

Por lo tanto, de acuerdo a los resultados del IESADHS algunos hallazgos importantes a destacar son los siguientes:

- Una vez realizado el análisis de los indicadores relacionados con el acceso y utilización de los servicios de salud y de los procesos socioeconómicos que intervienen en ella, se identificó que durante el período observado, 15 de las 32 entidades federativas experimentó disminuciones en sus tasas de cobertura de los servicios públicos de salud, asimismo, que en el año 2000 sólo la mitad de los estados alcanzaba el 50% de la cobertura, mientras que para el año 2010 la evolución de este indicador se muestra con muy poco avance, pues el número de estados con dicha cobertura aumentó a 19. Estos datos, revelan la falta de políticas de salud incluyentes en el acceso a estos servicios, que protejan las oportunidades y capacidades básicas de la población del país, y que permitan generar los entornos necesarios para la expansión de las oportunidades y capacidades de la sociedad de la sociedad y en consecuencia, lograr una vida larga y saludable.

- Otro aspecto relevante encontrado, es que durante el transcurso de los 10 años estudiados, 29 de los estados de la república mexicana (casi todo el país) registraron aumentos en la tasa de población asegurada o derechohabiente en los servicios de salud privados, es decir, mostraron una tendencia hacia la baja de la cobertura pública en salud, lo que se traduce en la existencia de una inadecuada estructura de los servicios públicos en salud, y la presencia de políticas inapropiadas y poco incluyentes para la sociedad; generando consecuentemente que la población busque otras alternativas para atender sus necesidades en salud, utilizando como opción los servicios privados de salud. Lo cual evidentemente representa un obstáculo para el desarrollo de los entornos y medios que requiere la sociedad, provocando condiciones vulnerables como el gasto de bolsillo y altos pagos de cuotas de los seguros privados, provocando en algunos casos el empobrecimiento.
- En el indicador de la proporción de población en pobreza sin acceso a la seguridad social, se encontró que durante el período 200-2010, se presentó una disminución favorable generalizada en 22 de los estados del país en este indicador, es decir, aumentaron su cobertura de acceso a la seguridad social de la población en pobreza. Sin embargo, los 10 estados restantes contrariamente, incrementaron en este rubro. Cabe señalar que dichos estados se mantuvieron durante 2000-2010 con los índices más bajos a nivel nacional, por lo tanto, se percibe un impacto negativo menos pronunciado que con respecto al resto de las entidades de la región sur del país. Lo anterior significa que en términos generales las condiciones de acceso y utilización de los servicios de salud siguen manteniendo las brechas de desigualdad e inequidad en la salud.

- Otro punto a destacar es el comportamiento del indicador de las necesidades insatisfechas del gasto y la asignación de recursos en salud (índice), al aplicar la metodología planteada para calcularlo, se observó que la mitad de las entidades federativas del país, experimentaron una condición de empeoramiento en su situación de equidad y de falta de cobertura de necesidades en salud por parte del gasto público.

Por otro lado, se pueden señalar dos consideraciones importantes luego de calcular el IESADHS para el 2000-2010 y estratificar en rangos de equidad a cada una de las entidades federativas, de acuerdo a su medición en el índice:

La primera, es que aún y cuando los estados se puedan mantener en un mismo grado o rango de equidad, su valor de un año a otro disminuyó de forma generalizada en 28 de los estados, asumiendo que la equidad en general a nivel nacional bajó durante el período de análisis. Es decir, en términos generales la equidad en salud de la población mexicana disminuyó, como se observó en la descripción de los indicadores, los procesos se hicieron más inequitativos, lo que provocó que algunas entidades federativas bajaran sus niveles de “Muy altos” a “Altos”; sin embargo, mantenían su equidad alta presentando mejores condiciones de equidad comparadas con otras; sin embargo, se pueden percibir los inicios de un proceso de estancamiento en el desarrollo humano sustentable de la población. Lo cual se ve reflejado en el deterioro de las libertades tanto constitutivas como instrumentales de cada uno de los estados del país durante el período de estudio.

La segunda consideración tiene que ver con la identificación de los indicadores que tuvieron mayor influencia en el cálculo del IESADHS para cada año estimado. Y lo que se observó fue lo siguiente:

En el año 2000, los indicadores con mayor importancia para el índice fueron: 1) la proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social, 2) proporción de la población en condiciones de pobreza, 3) proporción de la población con vivienda con piso firme, 4) proporción de la población que tiene acceso a agua potable, 5) tasa de mortalidad de menores de 5 años, y 6) población que dispone de drenaje; en este orden.

Para el año 2010, el mayor peso se mantuvo en: 1) la proporción de la población en pobreza sin acceso a la seguridad social, 2) proporción de población en condiciones de pobreza, 3) tasa de mortalidad de menores de 5 años, 4) proporción de población con vivienda con piso firme, 5) población que dispone de drenaje, y 6) cobertura de los servicios públicos de salud.

Mientras que el indicador con la menor contribución, fue el índice de Necesidades Insatisfechas del Gasto y la asignación de recursos en Salud (INIGS) para ambos años. El resto de los indicadores también tuvo una contribución menor, no obstante, cabe aclarar que no significa que no sean importantes en el tema de la equidad en salud.

Lo anterior, permite señalar las prioridades para focalizar los esfuerzos hacia el aumento de la equidad en salud durante el período analizado, a través de políticas públicas transversales equitativas y sustentables en materia de salud, que impacten en los entornos socioeconómicos y de la cobertura sanitaria, así como de acceso a los servicios de salud principalmente, en donde se despliegan las libertades de la población. Lo que en consecuencia genere un mayor desarrollo de las oportunidades y capacidades en salud, y por ende, un mayor desarrollo humano sustentable.

Cabe destacar también que mediante una técnica estadística, se pudo analizar la relevancia del Índice de Equidad en Salud en el desarrollo humano sustentable durante el período observado, asumiendo que existe una relación positiva. Por lo que como ya se ha mencionada, es de suma importancia realizar planteamientos de política pública para poder incrementar la equidad y las oportunidades sociales en salud en la población de México, que permitan impactar de una manera multidimensional la problemática de las inequidades en el acceso a la salud.

Finalmente, se puede mencionar que con este tipo de estudios, se abre la brecha para abordar como asignaturas pendientes:

- La generación del IESADHS con la búsqueda de información a nivel municipal que permita conocer las disparidades y desigualdades en salud a este nivel desagregado, con la finalidad de ubicar las zonas o regiones en donde las necesidades de acceso a la salud son insuficientes e inequitativas, así como a identificar el grado de equidad de los diferentes medios y entornos socioeconómicos e institucionales que inciden para lograr mejorar las condiciones de acceso a la salud en cada uno de los municipios de las 32 entidades federativas de México.
- Aplicar esta metodología en conjunto con metodologías de prospectiva para valorar la situación de la equidad en México a futuro.

- Por otra parte, dado el carácter estructural e histórico de las desigualdades sociales en la salud, otro reto pendiente sería analizar la equidad en salud a nivel estatal o por regiones poblacionales de México considerando las intervenciones de reforma del sector salud, a través de la adaptación de esta metodología, lo cual permitiría conocer los efectos y resultados de la reforma en el logro de la equidad en el acceso a la salud.
- Generar con esta misma metodología, una adaptación al índice de salud que contiene el IDH.

Lo anterior permitiría en un momento dado, profundizar en el conocimiento de este objeto de estudio, el acceso a la salud de la población, y al mismo tiempo replicar la aplicación del marco teórico-metodológico propuesto en este trabajo para analizar la problemática de las desigualdades e inequidades en el acceso a la salud en diferentes marcos de referencia.

Por último, se puede señalar que este tipo de estudios permite relacionar la teoría con la aplicación de instrumentos estadísticos que posibilitan la generación de un índice que pueda ser comparado a nivel municipal, nacional e internacional en la búsqueda de la equidad en salud como un elemento detonador del desarrollo humano sustentable.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alleyne, G. A. (2002). La equidad y la meta de salud para todos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 291-296.
- Anand, S. (2006). The Concern for Equality in Health. En Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (Eds.), *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford University Press.
- Anand, S., Diderichsen, F., Evans, T., Shkolnikov, V. & Wirth, M. (2002). Medición de las disparidades de salud: métodos e indicadores. En: Evans, T, Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (Eds.), *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. Editado por OPS-Fundación Rockefeller.
- Anand, S., & Sen, A. (1994). *Desarrollo humano sostenible: conceptos y prioridades*. Quinto Informe de Desarrollo Humano. PNUD.
- Arteaga, O., Thollaug, S., Nogueira, A. C. & Darras, C. (2002). Información para la equidad en salud en Chile1. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).
- Bambas, A. & Casas, J. A. (2001). Assessing Equity in Health: *Conceptual Criteria*. Equity & Health. Washington DC: PAHO, 12-21.
- Banco Mundial (2004). *Quantitative Techniques for Health Equity Analysis*. Poverty and Health Library.
- Barr, N. (1993). *The Economics of the Welfare State*. Oxford University Press.
- Barquera, S. (2002). Respuesta de la Organización Mundial de la Salud al rápido crecimiento de las enfermedades crónicas: reunión de la red de los megapaíses. *Salud Pública de México*, 44(1), 79-80.
- Berlin, I. (1998). *Cuatro ensayos sobre la libertad, Filosofía y Pensamiento*. Alianza, Madrid.
- Berman, P. & Bir, A. (1995). Health Sector Reform In Developing-Countries-Making Health Development Sustainable-Introduction. En: Vargas, I., Vázquez, M. L., & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. saúde pública*, 18(4), 927-937.
- Boudon, R., Lazarsfeld, P. F. & Chazel, F. (1985). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Laia.
- Brena, I. (2004). *El derecho y la Salud: Temas a reflexionar*. UNAM, México.
- Brundtland, G. H. (2002). Salud y desarrollo sostenible. *Información Comercial Española, ICE: Revista de Economía*, (800), 173-180.

- Bustamante, E. (1982). *La Salud Pública en México 1959-1982*. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), México. D.F.
- Bustelo, P. (1999). *Teorías Contemporáneas del Desarrollo Económico*. Madrid, Editorial Síntesis.
- Campero, V. H. Y. (2000). *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*. Instituto Nacional de Administración Pública.
- Cantú-Martínez, P. C. (2007). El cometido de la salud pública. *Dirección General de Publicaciones-UANL. Serie Tendencias: México*.
- Cantú-Martínez, P. C. (2011). Construcción de un índice para evaluar la protección y fomento de la salud en México. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 68-84.
- Cecchini, S. (2005). *Indicadores sociales en América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Claramunt, C. O. (1999). *El Estado del Bienestar: objetivos, modelos y teorías explicativas*. Ariel.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Decreto CONAMED (1996). *Diario Oficial de la Federación*, DOF:03/06/1996. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4887120&fecha=03/06/1996
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). Recuperado de: <http://www.solon.org/Constitutions/Mexico/Spanish/constitution-mex.html>
- Daniels, N. (2001). Why justice is good for our health¹. *Interfaces between bioethics and the empirical social sciences*, 37-52
- Diderichsen, F., Whitehead, M., Burström, B. & Östlin, M. Å. Y. P. (2002). Gran Bretaña y Suecia: la influencia del contexto político en la falta de equidad en la salud. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, (585), 261.
- Drewnowski, J. & Scott, W. (1966): The level of living index. Report N° 4. UNRISD. Ginebra.
- Dreze, J. & Sen, A. (1989). *Hunger and public action*. Oxford University Press on Demand.
- Drèze, J. & Sen, A. (2002). *India: Development and Participation*, Oxford, Oxford University Press.
- Dworkin, R. (1995). Los derechos en serio. (Trad.) M. Guastavino, Barcelona: Ariel.
- Espinoza-Peña, F. J. (2011). El Sistema de Salud en el México del siglo XXI. *Su Estado frente al Desarrollo Sustentable. MPA e-Journal MF&AP*, 5(1), 27-9.

- Esteva, G. (1996). Desarrollo. En: Sachs, W. (Ed.), *Diccionario del desarrollo. Una guía del conocimiento como poder*. Proyecto Andino de Tecnologías Campesinas, Lima.
- Evans, T. (Ed.). (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción* (585). Pan American Health Org.
- Ferrer, M. (2003). Equidad y Justicia en Salud: implicaciones para la Bioética. *Acta bioethica*, 9(1), 113-126.
- Frenk, J. (1994). Hacia un México más saludable. *Nexos* 17, 23-32. México
- Frenk, J. (2006). Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *The Lancet*, 368(9539), 954-961.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A. & Knaul, F. M. (2006). Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*, 368(9546), 1524-1534.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. A. & Knaul, F. M. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 49, s23-s36.
- Gabinete de Desarrollo Humano y Social/Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social de México (2006). *Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México: informe de avance 2006*. México: D.F.
- García-Rodríguez, J. F. (2002). Justicia social y salud pública. *Salud en Tabasco*, 33-38.
- Gómez-Dantés, O., Gómez-Jáuregui, J. & Inclán, C. (2004). La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México*, 46(5), 399-416.
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, s220-s232.
- Gómez de Pedro, M. E. (2003). *Estado del Bienestar. Presupuestos éticos y políticos*. Universitat de Barcelona.
- González P. E., Barraza L. M., Gutiérrez D. C. & Vargas P. A. (2006). *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. FCE/Secretaría de Salud/Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gracia, J. C. (1996). El estado del bienestar: reflexiones para un Estado postsocial. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 29(85).
- Guillén, R. H. (2008). Francois Perroux: pionero olvidado de la economía del desarrollo. *Mundo Siglo XXI*, 11, 11-22. México, IPN.

- Guitron, M. (1990). El Estado Social del Derecho en México. En Narro, J. & Moctezuma, J. (Comp.), *Seguridad Social y el Estado Moderno*. México, D.F.
- Gutérrez G. E. & González, G. E. (2009). *De las Teorías del Desarrollo al Desarrollo Sustentable: una historia multidisciplinaria*. UANL/SIGLO XXI.
- Gutérrez G. E., Picazzo P. E. & Gálvez S. E. (2013). Desarrollo Humano Sustentable y la Equidad en Salud en México, *Pacarina del Sur [En línea]*, año 4, núm. 15, abril-junio, 2013. ISSN: 2007-2309.
- Gutiérrez, J. P. & Hernández-Ávila, M. (2013). Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Pública de México*, 55, S83-S90.
- Gwatkin, D. R. (2000). Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer?, Boletín de la Organización Mundial de la Salud: *Revista Internacional de Salud Pública*. (3)3-17.
- Hák, T., Moldan, B. & Dahl, A.L. (Eds.). (2012) *Indicadores de sostenibilidad: una evaluación científica* (Vol. 67). Island Press.
- Hidalgo, A. (1998). *El Pensamiento Económico sobre el Desarrollo: de los mercantilistas al PNUD*. Universidad de Huelva, España.
- Hunt, D. (1989). *Economics theories of development. An analysis of competing paradigms*. Harvester Wheatsheaf.
- Johnson, R. A. & Wichern, D. W. (2007). *Applied Multivariate Statistical Analysis*. 6a edición, Prentice Hall, London.
- Jolliffe, I. T. (2002). *Principal Component Analysis*. 2a edition. Springer.
- Juan, M., Moguel A., Valdés-Olmedo, C., González-Pier, E., Martínez, G., Barraza, M., Aguilera, N., Trejo, S., Soberón-Acevedo, G., Frenk, J., Ibarra, I., Lee, M., Tapia, R., Kuri, P. Noriega, C., Cano, F. & Uribe, P. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 55, 1-64.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H. & Méndez-Carniado, O. (2005). Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud pública de México*, 47(6), 430-439.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Borja, C. & Torres, A. C. (2003). El Sistema De Protección Social En Salud De México: Efectos Potenciales Sobre La Justicia Financiera Y Los Gastos Catastróficos De Los Hogares (The Social Protection System in Health From Mexico: Potential Effects Above Financial Justice And Catastrophic household expenditure). *Caleidoscopio de la Salud. De la Investigación a las Políticas yd*.

- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R. & Sesma, S. (2007). Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Pública de México*, 49, s70-s87.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Lafontaine, L. & Wong, R. (2010). Gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. Las remesas como un mecanismo de protección financiera. Un análisis de pareo por puntaje de propensión. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud. *Documento de Trabajo*.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., & Martínez, A. (2005). Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: Impacto del seguro popular de salud en México (financial justice and catastrophic health expenditure: The impact of seguro popular in Mexico).
- Koopmans, TC (1947). Medición sin teoría. *The Review of Economics and Statistics*, 29 (3), 161-172.
- Laurell, A. C. (2013). Sistemas universales de salud: Retos y desafíos. *Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud*.
- Lazarsfeld, P. (1973). De los conceptos a los índices empíricos. *Metodología de las Ciencias Sociales*, 1.
- Lebel, J. (2005). *Salud: un enfoque ecosistémico*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá.
- Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Linares-Pérez, N. & Arellano, O. L. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3(3), 247-259.
- Little, R. J., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical Analysis with Missing Data*, Wiley Interscience, John Wiley & Sons, New Jersey.
- Lozano, R., Zurita, B., Franco, F., Ramírez, T. & Torres, P. H. Y. J. L. (2002). México: marginalidad, necesidades y asignación de recursos en el ámbito municipal. *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, OPS, Washington, (585) 301-319.
- Martín, M. A. Z. (1989). Bienestar social y diferenciación interna del espacio urbano: Vitoria-Gasteiz. *Espacio Tiempo y Forma. Serie VI, Geografía*, (1) 163-178.
- Mesa-Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social.

- Mishra, R. (1992). *El Estado de bienestar en crisis: pensamiento y cambio social*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Moctezuma, G. (2001). *Derecho de los usuarios de los servicios de salud*. Secretaría de Salud, México.
- Morris, D. (1979), Measuring the Condition of the World's Poor: the Physical Quality of Life Index. *Pergamon Policies Studies*, 42. Pergamon, New. York.
- Munda, G. (2004). Métodos y procesos multicriterio para la evaluación social de las políticas públicas. *Revibec: Revista Iberoamericana de Economía Ecológica*, 1, 31-45.
- Nardo, M. et al., (2005). Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide, OECD Statistics Working Papers, 2005/03, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/533411815016>
- Nussbaum, M. (1988). Nature, function and capability: Aristotle on political distribution. *Ancient Philosophy*. No. 45, pp.145-184. Oxford Studies.
- Nussbaum M. & Sen, A. (Comp.) (1993). *La calidad de vida*, México, Fondo de Cultura Económica.
- OCDE (2005). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México.
- OEA (1948). Organización de Estados Americanos. *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
- OEA (1969). Organización de Estados Americanos. Convención Americana sobre los Derechos Humanos. Recuperada de: http://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/22_Asign_AlumnFormDH_UdeOcc/Contenidos/Biblioteca/mecanismos_int%20y%20reg/6.pdf
- OEA (1988). Organización de Estados Americanos. *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de: <https://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>
- OIT (1972). *Employment, incomes and equality. A strategy for increasing productive employment in Kenya*, Ginebra, OIT.
- OIT (1974). Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1951-1938. *Crónica de la OMS 1974* (WHO Chron 1974).
- OIT (1976). *Employment, Growth and Basic Needs: A One World Problem. The international "basic needs strategy" against chronic poverty*. Praeger Publisher, Nueva York.

- OIT (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*, Ginebra.
- OIT (2009). *Global Health Observatory Data Repository*. Recuperado de: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=92100#>
- OMS (1946). Constitución de 1946. Ginebra.
- OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. No. A53/4. OMS (Organización Mundial de la Salud).
- ONU (1948). *Declaración de los derechos humanos*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0014.pdf>
- ONU (1969). *Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProgressAndDevelopment.aspx>
- ONU (1986). *Declaración sobre el Derecho al Desarrollo*. Recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr26.pdf>
- ONU (s.f.). *Declaración de Río 1992*. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/riodeclaration.htm>
- ONU (s.f.). *Agenda 21*. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/index.htm>
- ONU (s.f.). *Objetivos de la Declaración del Milenio 2000*. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- ONU (2002). *Informe de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible*. Johannesburgo.
- ONU (s.f.). *Objetivos de Desarrollo Sustentable post 2015*. Recuperado de: <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview.html>
- OPS (1973). *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Washington D. C. OMS/OPS.
- OPS (1997). *Salud en el desarrollo humano: perspectivas y prioridades para el nuevo milenio*. Washington, D.C.
- OPS (1998). *La salud en las Américas*. Washington D.C.

- OPS (1999). *Principios y conceptos básicos de equidad y salud*. Washington D.C.
- OPS (2002). *Perspectiva histórica de atención a la Salud en México, 1902-2002*. México.
- OPS (2005). *Estrategias de Cooperación con el país México*. OMS/OPS
- Partida, V. (2005). La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. *Papeles de población*, 11(45), 9-27.
- Peñaranda, F. (2013). Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes–determinación social de la salud. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 31.
- Pereira, J. (1988). La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias. En *VIII Jornadas de Economías de la Salud*, Anales. Madrid.
- Perroux, F. (1958), *Trois outils pour l'analyse du sous-développement*. Cahiers de l' I.S.E.A., Série F
- Perroux, F. (1981). Pour une philosophie du nouveau développement. En *Aubier*, Les presses de l'UNESCO, Paris.
- Perroux, F. (1991). *L'économie du XXe Siècle*. Grenoble, PUG.
- Peter, F., & Evans, T. (2002). Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Evans, T. (Eds.). (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*, Washington, Publicado por la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Rockefeller, *Publicación científica y técnica*, (585), 27-36.
- Porto, S. M. (2002). Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 939-957.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1990). *Concepto y medidas del desarrollo humano*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1990-2007). *Informes de Desarrollo Humano*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1994). *Future of the United Nations Development Programme: initiatives for change* (PNUD-DP/1994/39) Presentado en la sesión anual de la ONU-PNUD, Ginebra en Junio de 1994.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2005). *Informe sobre Desarrollo Humano México 2004*. México: PNUD/México
- Quiroga M. R. (2001). *Indicadores de sostenibilidad ambiental y de desarrollo sostenible: estado del arte y perspectivas*. Cepal.

- Quiroga M. R. (2007). *Indicadores ambientales y de desarrollo sostenible: avances y perspectivas para América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Quiroga M. R. (2009). *Guía metodológica para desarrollar indicadores ambientales y de desarrollo sostenible en países de América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Requena, M. (1999). España ratifica el convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. *Revista Española de Derecho Internacional*, 51(2), 794-799. España.
- Rist, G. (2002). *El desarrollo: historia de una creencia occidental*. La Catarata, Madrid.
- Rocha, J. (1995). *La Evolución del Derecho sanitario y el Derecho a la protección de la salud*. México, D.F.
- Sachs, I. (1974). Ecodevelopment. *Ceres*, 17, no. 4, 17-21. France.
- Saltelli, A. (2002). Making best use of model evaluations to compute sensitivity indices. *Computer physics communications*, 145(2), 280-297.
- Schuschny, A. R. (2007). *El método DEA y su aplicación al estudio del sector energético y las emisiones de CO2 en América Latina y el Caribe*. CEPAL.
- Schuschny, A. R., & Soto, H. (2009). Guía metodológica. *Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible CEPAL, (Documento de proyectos No 255)*.
- Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. (2007). Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.
- Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2008. México, D. F.: Secretaría de Salud 2009. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.m.x/descargas/pdf/rcs2008.pdf>
- Sen, A. (1980). Equality of what. En: *Tanner Lectures on Human Values* McMurrin, S. (Comp.) Cambridge University Press.
- Sen, A. (1982). Rights and Agency. *Philosophy and Public Affairs*, 11, 3-39. USA.
- Sen, A. (1984). *Resources, Values and Development*. Oxford, Basil Blackwell.
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. North-Blackwell. Oxford.
- Sen, A. (1989), Perspectivas globales dans un monde interdependant, en *Les conférences Francois Perroux*, Presses Universitaires de Grenoble, 7 de junio, 1989.
- Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Oxford, Claredon Press.

- Sen, A. (1993). Capability and Well-being. En: Nussbaum M., & Sen, A. (Comp.) (1993). *La calidad de vida*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. (1995). *Nueva economía del bienestar* (Vol. 11). Universitat de València.
- Sen, A. (1996). Freedom, Capabilities and Public Action: A Response. *Notizie di Politeia* 12 pp. 107-125. France.
- Sen, A. (1997). *Bienestar, justicia y mercado*. Ediciones Paidós. Barcelona.
- Sen, A. (1999). *Invertir en la infancia: su papel en el desarrollo. Romper el ciclo de la pobreza: Invertir en la infancia*. Documento procedente de la Asamblea Anual BID. París: Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Desarrollo Social.
- Sen, A. (1999). *La salud en el desarrollo*. Discurso inaugural pronunciado en la 52 Asamblea Mundial de la Salud- Organización Mundial de la Salud, A52/DIV/9 el 18 de mayo de 1999 en Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/swd9.pdf
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*, Barcelona, Editorial Planeta. (Traducción del *Development as Freedom* (1999), London, Oxford University Press)
- Sen, A. (2001). *La desigualdad económica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5), 302-309. USA.
- Sen, A. (2003) *¿Qué impacto puede tener la ética?*. Ponencia presentada en el Banco Interamericano de Desarrollo en la reunión internacional sobre “Ética y Desarrollo”.
- Sen, A. (2004). Elements of a Theory of human rights. *Philosophy & Public Affairs*, 32, No. 4, 12-29. USA.
- Sen, A. (2006). Human Rights and Development. En Stephen, P. & Bard, A. (Eds.) *Development as a Human Rights*. Harvard University Press.
- Soberanes, J. (2002). La protección de la salud en la comisión de los derechos humanos. En: Muñoz, M. (Cord.), *Temas selectos de salud y desarrollo*. México, D. F.
- Soberón-Acevedo, G., & Valdés-Olmedo, C. (2007). Evidencias y salud:¿ hacia dónde va el sistema de salud en México?. *Salud Pública de México*, 49, s5-s7.
- Sojo, A. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Cienc Saude Coletiva*, 16(6), 2673-85.

- Solimano, G., Vergara, M. & Isaacs, S. (1999). Las reformas de salud en América Latina: fundamentos y análisis crítico. *Santiago de Chile: Editorial Sudamericana*, 45-70. En: Vargas, I., Vázquez, M. L., & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. saúde pública*, 18(4), 927-937.
- Sonis, A. (2001). Equidad y salud. *Arch. argent. pediatr*, 99(3), 253-256.
- Soto, E. (2003). *La equidad en salud*. Diario Salud. Colombia
- Streeten, P., Burki, SJ, Haq, U., Hicks, N. & Stewart, F. (1981). *First Things: Meeting Basic Needs in Developing Countries*. Oxford University Press. New York.
- Stiglitz, J, Sen, A. & Fitoussi, J. (2010). Mismeasuring our lives. Why GDP doesn't add up. Ed. The New Press: London.
- The Commission on macro- economics and Health. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. 2002. Disponible en: <http://www.who.int/home-page>
- Torres, C. & Mújica, O. J. (2004). Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- UNESCO/ONU *Decenio de Educación para el Desarrollo Sustentable 2005-2014*. Recuperado de: <http://www.unesco.org/new/es/unesco/events/prizes-and-celebrations/celebrations/international-decades/>
- UNICEF/ONU (1998). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/spanish/crc/>
- Uriel, E. J. (1995). *Análisis de datos: series temporales y análisis multivariante*. S.A. Alfa Centauro. España.
- Vargas, I., Vázquez, M. L. & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. saúde pública*, 18(4), 927-937.
- Vega-Romero, R. (2001).). Evaluación de Políticas de Salud en Relación con Justicia Social1. *Revista de Salud Pública*, 3(2), 97-126.
- Velázquez, G. A. (2008). Bienestar y jerarquía urbana. Un análisis regional en la Argentina (2001). En: Lucero, P. (Ed.): *Territorio y calidad de vida, una mirada desde la geografía local: Mar del Plata y Partido de General Pueyrredón*. EUDEM. Mar del Plata, 41–72.
- Velázquez, G. A. & Gómez L. S. (2005): Población y calidad de vida en la Argentina (1991-2001). La fragmentación de la sociedad y el territorio. En: Velázquez, G. A. y Gómez

- L. S. (Comp.): Desigualdad y calidad de vida en la Argentina (1991-2001) *Aportes empíricos y metodológicos*, UNCEN-REUN-CIG, Tandil, 63–86.
- Villalpando, S., De la Cruz, V., Rojas, R., Shamah-Levy, T., Ávila, M. A., Gaona, B. & Hernández, L. (2010). Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population: a probabilistic survey. *Salud Pública de México*, 52, S19-S26.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 316-326.
- Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. (1992). Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. En: Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. & Rutten, F. (Eds.), *Equality in the finance and delivery of health care an international perspective*. Oxford University Press.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. & Paci, P. (1991). Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-Country comparisons. En: McGuire, A., Fenn, P. & Mayhew, K., *Providing Health Care: the economics of alternative systems of financing and delivery*. Oxford University Press.
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en la salud. *OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Traducciones*, (1).
- Whitehead, M. (1992). *Inequalities in Health: The Black Report: the health divide*. Penguin Books. Inglaterra.
- Woldenberg, S. C. & Dolci, G. F. (2012). El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?. *Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México*, AC, 148, 502-8.
- Yañez, V. H. (2000). *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*. Instituto Nacional de Administración Pública, México. D.F.
- Zárate, M. A. (1988). Bienestar Social y diferenciación interna del espacio urbano. Vitoria-Gasteiz, *Revista de la Facultad de Geografía e Historia* (1), 163–178.

ANEXOS

Índice de Equidad en Salud para el DHS e Índice de Desarrollo Humano por entidad federativa , 2000-2010

Entidad Federativa	Índice de Equidad en Salud para el DHS (con base en el APC)		Índice de Equidad en Salud para el DHS (en escala de 0 a 1)		Grado de Equidad en Salud		Lugar que ocupa en el contexto nacional		Índice de Desarrollo Humano (IDH)	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Aguascalientes	0.645	0.765	0.826	0.688	Alto	Alto	10	7	0.850	0.880
Baja California	1.314	1.754	1.000	0.958	Muy alto	Muy alto	1	3	0.862	0.877
Baja California Sur	1.132	0.742	0.953	0.682	Muy alto	Alto	4	8	0.855	0.879
Campeche	-0.263	-0.849	0.590	0.247	Bajo	Muy bajo	23	25	0.792	0.821
Coahuila	1.159	0.901	0.960	0.725	Muy alto	Muy alto	3	5	0.863	0.896
Colima	0.644	0.219	0.826	0.539	Alto	Medio	11	15	0.826	0.846
Chiapas	-2.281	-1.753	0.066	0.000	Muy bajo	Muy bajo	30	32	0.681	0.724
Chihuahua	1.064	1.597	0.935	0.915	Muy alto	Muy alto	6	4	0.867	0.864
Cd. de México (antes Distrito Federal)	1.075	1.907	0.938	1.000	Muy alto	Muy alto	5	1	0.930	0.954
Durango	0.365	-0.170	0.753	0.432	Medio	Medio	17	19	0.805	0.840
Guanajuato	0.629	-0.167	0.822	0.433	Alto	Medio	12	18	0.771	0.812
Guerrero	-2.478	-1.435	0.015	0.087	Muy bajo	Muy bajo	31	30	0.713	0.752
Hidalgo	-0.624	-0.937	0.496	0.223	Bajo	Muy bajo	24	27	0.755	0.798
Jalisco	0.796	0.884	0.866	0.720	Alto	Muy alto	8	6	0.826	0.854
México	0.764	0.243	0.857	0.545	Alto	Medio	9	14	0.806	0.843
Michoacán	0.069	-0.338	0.677	0.387	Medio	Bajo	21	22	0.746	0.786
Morelos	0.082	-0.153	0.680	0.437	Medio	Medio	20	17	0.807	0.852
Nayarit	0.432	0.117	0.771	0.511	Medio	Medio	15	16	0.764	0.793
Nuevo León	1.224	1.765	0.977	0.961	Muy alto	Muy alto	2	2	0.893	0.922
Oaxaca	-2.534	-1.709	0.000	0.012	Muy bajo	Muy bajo	32	31	0.689	0.733
Puebla	-0.673	-0.951	0.484	0.219	Bajo	Muy bajo	25	29	0.759	0.809

Índice de Equidad en Salud para el DHS e Índice de Desarrollo Humano por entidad federativa , 2000-2010 (continuación)

Entidad Federativa	Índice de Equidad en Salud para el DHS (con base en el APC)		Índice de Equidad en Salud para el DHS (en escala de 0 a 1)		Grado de Equidad en Salud		Lugar que ocupa en el contexto nacional		Índice de Desarrollo Humano (IDH)	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Querétaro	0.139	0.369	0.695	0.580	Medio	Medio	18	11	0.835	0.871
Quintana Roo	0.523	0.319	0.794	0.566	Alto	Medio	13	12	0.862	0.889
San Luis Potosí	-1.083	-0.310	0.377	0.394	Muy bajo	Bajo	28	21	0.781	0.828
Sinaloa	0.888	0.312	0.889	0.564	Muy alto	Medio	7	13	0.796	0.821
Sonora	0.425	0.717	0.769	0.675	Medio	Alto	16	9	0.853	0.873
Tabasco	-0.206	-0.219	0.605	0.419	Bajo	Medio	22	20	0.762	0.795
Tamaulipas	0.454	0.457	0.777	0.604	Medio	Alto	14	10	0.838	0.864
Tlaxcala	0.138	-0.392	0.694	0.372	Medio	Bajo	19	23	0.758	0.790
Veracruz	-1.242	-0.938	0.336	0.223	Muy bajo	Muy bajo	29	28	0.743	0.780
Yucatán	-0.868	-0.857	0.433	0.245	Bajo	Muy bajo	27	26	0.787	0.822
Zacatecas	-0.744	-0.788	0.465	0.264	Bajo	Bajo	26	24	0.753	0.801

Gráfico de dispersión del Índice de Desarrollo Humano y el Índice de Equidad en Salud para el Desarrollo Humano Sustentable, 2000-2010

