



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Desigualdad en el sistema de salud
Mexicano: Las carencias en el acceso a los
Servicios de salud

**T R A B A J O T E R M I N A L
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL**

P R E S E N T A:

Navarrete Chavez Carlos Ivan

Asesor:

Dr. José Javier de la Rosa Rodríguez

Ciudad de México

Abril, 2025

Contenido

Introducción	3
Capítulo 1 Marco teórico: La teoría sobre el derecho a la salud	7
1.1 Derecho a la salud	7
1.2 Acceso a la salud.....	8
1.2.1 Desigualdad en el sistema de salud	9
1.2.2 Carencias en el acceso a la salud.....	11
1.3 Diseño de políticas públicas para el acceso a la salud	13
1.4 Las Dimensiones del problema	15
CAPÍTULO 2. MARCO HISTÓRICO-CONTEXTUAL	19
2.1 La desigualdad en México	19
2.2 El derecho a la salud en México.....	20
2.3 El Sistema de salud mexicano	21
2.3.1 Las bases institucionales de la salud en México	21
2.3.2 La mercantilización de la salud.....	22
2.3.3 La “universalización” de la salud.....	27
Capítulo 3 Metodología de la investigación.....	30
Capítulo 4 La Desigualdad del Sistema de salud mexicano.....	32
Capítulo 4.1. Las carencias por el acceso a la salud Chiapas, Oaxaca y Guerrero (indicadores) .	32
Capítulo 4.2 Las carencias por el acceso a la salud estados del norte Baja california sur, Coahuila, Chihuahua (indicadores)	56
4.3 Comparativa de las entidades del norte vs las entidades del sur	77
4.3.1 Análisis comparativo de la Disponibilidad.....	77
Tabla 7.1 comparativa de la disponibilidad.....	77
4.3.2 Análisis comparativo de la Accesibilidad.....	80
Tabla 7.2 comparativa accesibilidad	80
4.3.3 Análisis comparativo calidad.....	82
Tabla 7.3 comparativa calidad	82
Conclusión	84
Bibliografía	87

Introducción

A lo largo de la historia de México y en la actualidad, la mayoría de los estados más pobres, con mayor índice de marginación y violencia, son los estados pertenecientes al sur, de modo que en materia de salud también son estos estados los que presentan mayores índices de desigualdad (CONEVAL, 2019). El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social dice que “las entidades con el mayor porcentaje de la población en situación de pobreza en 2022 fueron Chiapas con 67.4%, Guerrero con 60.4%, Oaxaca con 58.4%”. Por otro lado, los estados con menor porcentaje de personas en pobreza son Baja California Sur con 13.3%, Baja California con 13.4%, Nuevo León con 16.0%, Chihuahua con 17.6% y Coahuila con 18.2%. (CONEVAL, 2023). Estos porcentajes, aunque hablen de pobreza, hay que tomarlos en cuenta, ya que uno de los índices para medir la pobreza es la población en carencia por el acceso a los servicios de salud. Hablando de las carencias en el acceso a la salud, los tres estados con mayor porcentaje de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud son los estados del sur, manteniéndose igual Chiapas 66.1%, Oaxaca con 66.7% y Guerrero con 52.7%, mientras que en los estados del norte hay un ligero cambio con Baja California Sur con 17.3%, seguido de Coahuila con 19.7% y Chihuahua 21.5% (Coneval, 2023). Estos 6 últimos estados son los que analizaremos al ser su contraparte directa, no solo porque son norte y sur, sino porque son los tres estados que presentan mayor porcentaje en esta carencia con los que menor porcentaje tienen.

Es importante conocer y estudiar el porqué de esta situación, ya que hablar del sistema de salud es identificar a una de las principales instituciones dedicadas a garantizar el bienestar social. Tan fundamental es esta institución que incluso está en la constitución que el estado es el que debe garantizar este derecho. México es un país que está lejos de tener un sistema de salud eficiente y equitativo para todos; hoy en día hay millones de personas que no cuentan con tal derecho. Tan solo en 2022 se registró que el 39.1% de la población sufre carencia por acceso a los servicios de salud. (CONEVAL 2024) Esta situación impensable para cualquier sociedad moderna no solo trae consecuencias en la salud de los individuos, sino que es un problema multifactorial e interrelacionado con otros problemas públicos.

La delimitación de este estudio solo abarca estados con mayor porcentaje de personas con carencia en el acceso a los servicios de salud y siendo a su vez los estados más pobres de México, comparándolos con los estados que presentan un menor índice de pobreza. Para así evidenciar una clara brecha que sufre el sistema de salud de México entre los diferentes estados y cómo existe una desigualdad para el acceso a los servicios de salud. Lo siguiente nos deja el siguiente cuestionamiento: ¿Cuáles son los principales factores que contribuyen al aumento del porcentaje de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud en los tres estados con mayor porcentaje (Chiapas, Oaxaca, Guerrero), y cómo se comparan estos factores con los de los tres estados con menor porcentaje (Baja California Sur, Coahuila Y Chihuahua)? Para ir contestando esto tenemos la siguiente hipótesis: El aumento del porcentaje de personas en carencia por acceso a los servicios de salud es por problemas de cobertura y por los altos niveles de marginación que sufren los estados del sur en comparación con los del norte.

Objetivo general

Analizar los principales factores que contribuyen al aumento del porcentaje de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud de los 3 estados que presentaron el porcentaje más alto y compararlo con los 3 estados con el porcentaje más bajo.

Objetivos particulares

Exponer debates conceptuales en torno al derecho a la salud, el acceso a la salud y al diseño de políticas públicas para propiciar el acceso a la salud para la población.

Presentar datos contextuales relativos al acceso a la salud en México y las entidades a comparar, y el diseño de políticas públicas para el acceso a la salud en México (Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Baja California sur, Coahuila, Chihuahua)

Diseñar una metodología cualitativa y comparativa que permita analizar los factores vinculados al acceso a la salud en las entidades de estudio.

Examinar los niveles de desigualdad que existen entre los 3 estados con mayor número de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud y compararlos con los 3 que presentan el menor porcentaje.

Identificar las causas que impiden un acceso equitativo a los servicios de salud entre las distintas entidades federativas.

Justificación

Para comenzar, es crucial entender la gravedad del problema. En México, uno de los indicadores para medir el nivel de pobreza es el acceso a la salud; esta medición la lleva a cabo el CONEVAL. Para el año 2000, el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud era de más del 50%, un dato alarmante, ya que hablamos de cifras de poco más de hace 20 años (CONEVAL, 2010).

Es cierto que en la actualidad esa cifra ha disminuido considerablemente, pero no quita que siga siendo un problema público grave que aún está lejos de desaparecer. Sin irnos tan atrás, CONEVAL informó de un aumento del 16.2% al 28.2% entre 2018 y 2020, lo que conlleva en cifras más exactas un aumento de más de 15 millones de personas que sufrieron carencia por acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2021). Una situación alarmante, porque el presidente anunció que las políticas de salud de su gobierno tomarían como ejemplo a sistemas de salud internacionales como los de Suecia, Dinamarca y Noruega, básicamente afirmando que cuando terminara su periodo de gobierno tendríamos un buen sistema de salud de primera y gratuito. (El Economista, 2019)

Como vemos con base En lo publicado por CONEVAL, que en su sexenio se haya informado de un aumento de millones de personas en carencia al acceso de los servicios de salud, no ayuda a las palabras dichas por el presidente por lo que es importante hacer un análisis para determinar la efectividad de las políticas públicas, analizar su implementación y sobre todo encontrar las fallas que impiden que haya un avance significativo para la reducción de los niveles de población con carencia a los servicios de salud, fijando el foco de estudio exclusivamente en las entidades federativa del sur del país (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) que son las que

presentan el mayor índice de desigualdad en el acceso a los servicios de salud para compararlas con las entidades que presentan el menor porcentaje siendo estas del norte del país (Baja California sur, Coahuila, Chihuahua).

Hasta ahora lo ya mencionado es solo una fracción de la importancia de analizar el acceso a la salud, ya que hablamos de un derecho humano que está implícito en la constitución mexicana, específicamente en su artículo 4 que dice “Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud” (Congreso de la Unión, 2020, p.12) esto debido a que el derecho a la salud es reconocido por la CNDH donde en su declaración universal de derechos humanos en el artículo 25 estipulan 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 alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”(DUDH, 1948, Artículo 25, p.1). Por esto, es importante hablar del acceso a la salud, porque, como vimos al inicio, aún hay un porcentaje de personas que escasean de este derecho humano y que, a pesar de que en nuestro país se garantice el acceso a la salud, esto solo es en la teoría, ya que la realidad está reflejando una desigualdad en acceso a este derecho humano.

Capítulo 1 Marco teórico: La teoría sobre el derecho a la salud

En este capítulo, se abordará la teoría relacionada con el derecho a la salud, para así conocer la postura de organizaciones como la ONU y analizar los debates que tienen respecto a este derecho. Posteriormente, entraremos a definir conceptos más específicos, como lo son el acceso a la salud, la desigualdad en el sistema de salud, las carencias en el acceso a la salud, ETC. Aquí no solo se verán los debates de diferentes autores, sino también los debates y la participación del estado en relación al acceso a la salud y las carencias en el acceso a la salud.

1.1 Derecho a la salud

El derecho a la salud es el eje central de esta investigación, por lo que es importante tener una idea clara sobre este. El derecho a la salud es considerado un derecho humano. En la declaración universal de los derechos humanos se estipula en el 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 alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. (United Nations, 1948, p.1) En el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, en su artículo 12 habla del derecho a la salud diciendo que “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”. (ONU, 1966, p.1) Estos son dos pactos importantes, donde el estado mexicano reconoce el derecho a la salud como un derecho humano y donde se compromete a garantizar el acceso a la salud de sus habitantes al formar parte de dichos tratados.

Por otro lado, el director general de la OMS dice que el derecho a la salud es “que todos deben tener acceso a los servicios de salud que necesitan, cuando y donde los necesitan, sin sufrir dificultades financieras” (Lazcano Ponce, 2024, p.1). El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) se refiere al derecho a la salud como al nivel más alto de salud física, mental y social que se disfrute, donde destaca la atención primaria de salud, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y tratamiento de las

enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole, la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos que estén bajo la jurisdicción del estado. (CONEVAL, 2019)

Entonces entendemos el derecho a la salud como el derecho a que se disponga de los niveles más altos de salud, tanto física, mental y social, que estos sean de fácil acceso para todas las comunidades y estos servicios sean proporcionados por el estado a toda la población que esté dentro de su jurisdicción. Esto debido a que el estado mexicano no solo firmó acuerdos internacionales en donde se compromete, sino que también estos acuerdos lo obligaron a elevar el derecho a la salud y todos los derechos humanos en general a nivel constitucional. Este derecho está integrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente en el artículo 4, y donde el Estado garantiza y se compromete a que todas las personas tienen que tener derecho y acceso a la salud.

1.2 Acceso a la salud

Como se mencionó, el Estado es el que debe garantizar el acceso a la salud, pero ¿qué significa esto? ¿Será algo tan simple como la construcción de hospitales y centros de salud? La Organización Panamericana de la Salud dice que el acceso a la salud debe ser universal y sin discriminación para todas las personas y comunidades. Esto implica servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional y con medicamentos de calidad de acuerdo a las necesidades de la población. (*Salud Universal*, s. f.) El acceso a la salud es considerado un derecho y está estipulado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos donde entre otras cosas dice que todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado, donde se les asegure la salud y el bienestar, y donde se proporcione asistencia médica así como los servicios sociales necesarios. (Rodríguez Lazo s. f.)

Con lo ahora visto el acceso a la salud es un derecho del que todas las personas deben gozar sin excepción. En México, este debe ser proporcionado por el estado, ya que es un derecho humano, que está estipulado en la constitución, por lo que el estado debe garantizar accesibilidad, cobertura, eficiencia de los servicios médicos, calidad en las instalaciones y lo más importante universalidad para que no exista una desigualdad.

1.2.1 Desigualdad en el sistema de salud

El término desigualdad puede emplearse para muchos temas; en este trabajo armaremos una definición que aborde el tema estudiado, que es el sistema de salud mexicano. La desigualdad se define como “ausencia de condiciones similares de acceso y ejercicio de los derechos para las personas y grupos de personas en distintos ámbitos” (Naciones Unidas, s. f., p. 1). En el ámbito de salud se habla de desigualdad cuando “hay disparidades en acceso a la atención médica, en la calidad de la atención recibida o ambas”. Las diferencias se manifiestan en una amplia variedad de medidas de salud” (Association-Declaración de la AMM sobre las desigualdades en salud, 2020, p.1). Otra importante aportación sobre lo que son las desigualdades en el sistema de salud es la que nos da la Organización Panamericana de la Salud, que dice que “Las desigualdades sociales en el campo de la salud son las diferencias de salud entre grupos de personas categorizadas a priori según alguna característica importante de su posición socioeconómica” (Schneider et al., 2002, p.3).

Teniendo en cuenta las definiciones, la desigualdad en el sistema de salud es cuando la población no está en igualdad de condiciones al recibir dicho derecho y por ende existen disparidades entre los distintos estados de la república, donde en unos hay mucho mayor porcentaje de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud, generando desigualdades, ya que vemos ausencia de condiciones similares para un mismo derecho. Se entiende que para que haya desigualdad debe haber una disparidad socioeconómica entre dos grupos de un mismo sistema, en este caso en el sistema de salud mexicano y los grupos, siendo

los distintos estados que conforman la República Mexicana. En este caso, generalizando a la población total de los estados y dejando de lado la individualidad, porque dentro de ambos casos habrá personas que sufran los más altos niveles de carencia en el acceso a la salud, así como los que sí gocen de estos servicios. Por eso es que en este caso se tomará el porcentaje más alto y se generaliza para todo estado con el fin de facilitar la comparación entre las entidades federativas estudiadas.

Es importante saber cómo medir la desigualdad en el sistema de salud; esta tiene varios indicadores, los cuales varían un poco dependiendo de los autores. La Organización Panamericana de la Salud nos dice que “La expresión desigualdades sociales en salud hace referencia a desigualdades que se manifiestan en indicadores relacionados con la salud (tasas de morbilidad, tasas de mortalidad, acceso y uso de servicios de salud, disponibilidad de recursos sanitarios u otros del mismo tenor.)” (PAHO, 2024, p.4). Esto es importante porque medir las desigualdades ayuda a comprender mejor el contexto del problema y también para poder realizar un análisis de las variables que determinan esta condición de desigualdad, y que así ayude para el planteamiento de una teoría. Existen dos formas para analizar las desigualdades en el sistema de salud, que son la situación de salud y los servicios de salud (Schneider et al., 2002). A raíz de los objetivos de esta investigación, solo analizaremos la forma de los servicios de salud, la cual usa datos de encuestas e incorpora conceptos como acceso, eficacia y efectividad.

La desigualdad se puede clasificar en dos categorías con el tiempo y con el nivel de anclaje, en donde en el primero los datos son transversales o longitudinales y en el segundo son individuales o ecológicos. En esta investigación nos centraremos en los estudios transversales, ya que ocupan un tiempo único y se usan datos de encuestas. Para los estudios individuales y ecológicos, nos centraremos en el ecológico, ya que este se refiere a un conglomerado de individuos que se agrupan según criterios socioeconómicos, geo demográficos o de otra índole similar. El indicador socioeconómico es fundamental para analizar las desigualdades sociales en la salud, ya que es una variable que ayuda a determinar los grupos y el

ordenamiento dentro de los mismos. Esto debido a que los objetos de estudio de esta investigación son demográficos al centrarnos en dos conglomerados específicos de la población mexicana, uno en los estados del norte y otro en los estados del sur, igual siendo socioeconómico, ya que nos ayuda con la agrupación, para poder hacer una comparación entre estas dos regiones de México.

Por último, otros indicadores fundamentales para medir la desigualdad en el sistema de salud son “la razón y la diferencia de tasas, el índice de efecto, el riesgo atribuible poblacional, el índice de disimilitud, el índice de desigualdad de la pendiente y el índice relativo de desigualdad, el coeficiente de Gini y el índice de concentración” (Schneider et al., 2002, p.1). Los indicadores presentados sirven para medir diferentes desigualdades sociales, pero eso no les resta importancia entonces es importante tomarlos en cuenta, sobre todo el coeficiente Gini, ya que es una medida muy utilizada para medir la desigualdad.

1.2.2 Carencias en el acceso a la salud

El término carencia es igual empleado en muchos temas, por eso primero hay que entender a lo que se refiere el término en sí mismo, para así después relacionarlo y construir una definición que ayude a entender lo teórico del trabajo. El término carencia se refiere “a la falta o privación de algo necesario” (Carencia - Definición - WordReference.com, s. f., p.1) Al igual que desigualdad se habla de la insuficiencia de un bien o servicio y en este caso hacia el acceso a la salud, ya que juntando los dos tenemos que se considera que las personas están en carencia por el acceso a los servicios de salud, cuando las personas que no cuenten con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular (actualmente INSABI), las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privado (CONEVAL, 2019.)

El economista Gerardo Esquivel en su análisis Avances en el combate a la pobreza en México, 2018-2022 habla de sobre las carencias en el acceso a la salud y comenta que “El fuerte aumento en la carencia de salud se explica por el fallido

intento de sustitución del Seguro Popular por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual incluso ya fue desechado por el propio gobierno y que ahora ha sido sustituido por el IMSS-Bienestar."(Esquivel, 2024, p.24) El Dr. Gerardo dice que el propio gobierno derecho un proyecto que no estaba funcionando, antes de la creación del IMSS-BIENESTAR el cual heredaría sus facultades.

Es importante entender que este autor atribuye el aumento de las carencias por el acceso a la salud a este fallido proyecto del INSABI, el cual podría tener cierta responsabilidad, ya que si, fue un proyecto fallido y los años, y el dinero invertido no se van a poder recuperar, además de que hace ver como si hubiera habido retroceso en el combate a la pobreza multidimensional al presentarse un aumento en el porcentaje de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud. Para nosotros los factores de este aumento son la consecuencia de este cambio planificación para volver a centralizar el sistema de salud y de lo mal que se puede estar manejando la información en donde el total de la población no sabe que hay un cambio y que ya no necesariamente tienen que estar afiliados al seguro popular para tener atención médica.

Ahora con la creación del IMSS-bienestar en teoría con la definición ya vista y proporcionada por CONEVAL debería resolverse el problema de personas en carencia por el acceso al salud o al menos disminuirse notablemente cosa que no es así, por lo que las variables que determinan a las persona en carencia por el acceso a los servicios de salud son más complejas que la creación de programas universales como el IMSS-Bienestar, sino en que estos sean capaces y tengan la cobertura total de la población, así que con lo ya visto construiremos un nuevo concepto de carencias en el acceso a la salud.

Las carencias en el acceso a la salud se presentan cuando la población no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicio médico, pero también cuando estas no cuentan con la accesibilidad, cobertura, medicamentos, buenas instalaciones y eficiencia de los servicios médicos. Así como una universalidad sin disparidades,

básicamente una garantía total del derecho a la salud que sea proporcionada por parte del estado como lo estipula en la constitución.

1.3 Diseño de políticas públicas para el acceso a la salud

Las políticas públicas son parte fundamental del estado moderno mexicano, tanto así que la misma Cámara de Diputados nos dice que son “las políticas públicas, son el producto de los procesos de toma de decisiones del Estado frente a determinados problemas públicos”. Estos procesos de toma de decisión implican acciones u omisiones de las instituciones gubernamentales.” (El Marco Teórico-Conceptual de la Evaluación de las Políticas Públicas, 2003, p.1) Estas van destinadas a resolver un problema público como lo serían las carencias en el acceso a la salud, son importantes porque es la primera forma mediante la que el gobierno toma acciones contra los problemas de sociedad que administra y gobierna. Esta visión viene desde una perspectiva neoliberal donde las políticas públicas atacan los síntomas, pero no la causa real del problema. Por esto es que la Dra. Luissa Mussot nos habla sobre repensar el paradigma de las políticas públicas, abogando porque estas ya no se piensen en sentido de los ajustes del mercado, sino en sentido del bienestar colectivo con un principio de universalidad de los derechos humanos y donde la ciudadanía esté informada, sea participativa y propositiva. (Mussot López, 2021) Esta forma de concebir las políticas públicas es bastante parecida a como lo pensó la Dr. Asa Cristina Laurell, que también habló de las políticas públicas, más en específico del área de la salud y cómo deberían de estar enfocadas.

La Dra. Asa Cristina Laurell ha hablado de políticas de salud y, entre sus aportaciones, dice que es fundamental para mejorar el sistema de salud entender la situación de la población y que se debe combatir al privilegio. Afirma que administrando de buena forma los recursos en salud, con políticas públicas transversales, con educación para la salud y con desarrollo tecnológico y científico, se puede lograr la universalidad en el sistema de salud a mediano plazo en América

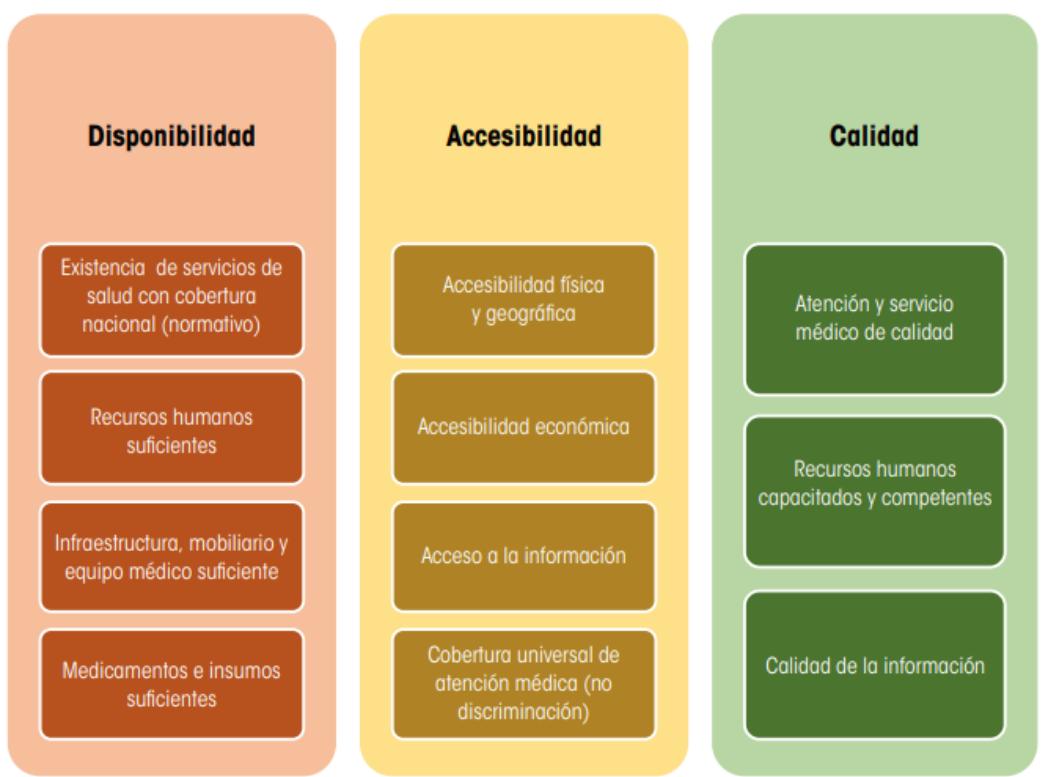
Latina. Menciona que el estado tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud como un derecho humano. (Secretaría de la Salud, 2019)

Con esto tenemos dos perspectivas de las políticas públicas una que está sesgada por el mercantilismo y el individualismo, que son las premisas del neoliberalismo, y otra expuesta por las pensadoras que aboga por unas políticas públicas que piensen más en atacar la raíz del conflicto en vez de los síntomas, pensamiento que es que comparto con esta investigación, ya que sobre todo en el sistema de salud históricamente ha habido un sin fin de programas que más que solucionar problemas, son más como un analgésico o una curita que espera que el problema se solucione o se desaparezca solo y por culpa de esta perspectiva de políticas públicas muchas veces más que solucionarlo solo lo prolonga, pero eso lo veremos en el siguiente capítulo donde vamos a repasar la historia del sistema de salud mexicano, así como los programas y la evolución del mismo, hasta llegar a 2024 para contextualizar el panorama y la situación de los estados estudiados.

1.4 Las Dimensiones del problema

Para concluir, con lo ya revisado expondré los factores que se tomarán en cuenta, para medir las carencias en el acceso a los servicios de salud, como sabemos el CONEVAL para considerar a una persona en carencia a los servicios de salud basta con que esta no está afiliada al seguro popular o a una institución de seguridad social, pero en esta investigación y raíz de la que se le dio al sistema de salud, tomaremos en cuenta más factores como la accesibilidad, disponibilidad y la calidad que se tenga a los servicios médicos usando como indicadores de esto (instalaciones, medicamentos y médicos) y con los siguientes criterios:

Esquema 1 dimensiones para medir la salud



Fuente: (Coneval, 2024)

Es importante entender a qué nos referimos con cada una: la “Disponibilidad: se refiere a que los medios para realizar un derecho existen y son suficientes, a través

de una oferta de los medios necesarios, ya sean servicios, infraestructura, procedimientos, personal, entre otros aspectos por parte del Estado". (Coneval, 2024, p. 10) Para medir estas variables tomaremos en cuenta indicadores de número de médicos por cada mil habitantes, el número total de personal médico en salud, los establecimientos médicos en salud y el número de recursos médicos (camas hospitalarias, no hospitalarias, consultorios, quirófanos y salas de expulsión).

La "accesibilidad": se refiere a que todas las personas puedan obtener los medios necesarios para realizar sus derechos, lo cual implica que el Estado ponga dichos medios al alcance de todos sin discriminación" (Coneval, 2024, p. 10). En este apartado usaremos indicadores económicos como el nivel de pobreza de los habitantes, la geografía de los centros médicos y la cobertura de los servicios.

Por último, la "Calidad": se refiere a que los medios de realización del derecho serán óptimos, tengan los requerimientos y propiedades que les permitan cumplir su función de manera efectiva". (Coneval, 2024, p. 10) Los indicadores que usaremos son el número de médicos con especialización, la cantidad de presupuesto destinado para los programas e instalaciones y la prioridad que le dan los gobiernos estatales a este derecho.

La desigualdad la mediremos de forma comparativa entre las entidades estudiadas del norte con las del sur y por el coeficiente de GINI, para así sacar un análisis que ayude a dimensionar las disparidades que hay en el sistema de salud mexicano. Otro de los factores que usaremos en la investigación serán las políticas y programas sociales, pero solo los que el Coneval ha identificado como relevantes en el proceso de disminución del problema, y son los que veremos en la siguiente tabla:



Medianamente relevantes

E023	SALUD	Atención a la Salud
E036	SALUD	Programa de Vacunación
S200	SALUD	Fortalecimiento a la Atención Médica
U013	SALUD	Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral
S038	IMSS-BIENESTAR	Programa IMSS-BIENESTAR

Esquema 2 Criterios salud fuente:(CONEVAL, 2020)

Además, usaremos los mismos criterios que usa el Coneval para medir la relevancia de los programas y que es si “los bienes o servicios que entrega el programa inciden en los indicadores de la Carencia por Acceso a Servicios de Salud” (CONEVAL, 2020, p.2). Por otro lado, también valoraremos en dónde tiene más presencia y qué tanto ha afectado en la disminución de la carencia desde su implementación. En este factor también incluiremos la capacidad del gobierno para garantizar el acceso a la salud de los habitantes.

La carencia, al ser un indicador para la medición multidimensional de pobreza, hace que tengamos otro factor que es la situación socioeconómica. Esto debido a que el aumento de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud se dio sobre todo en la población de menores ingresos, pasando de 25.6% en 2018 al 57.3% en 2020 (CONEVAL, 2021). El valorar el factor socioeconómico es fundamental, ya que, aunque el estado mexicano garantice la protección a la salud, esta sigue siendo mixta, lo que significa que también es llevada por empresas privadas, por ende, es esencial valorar la situación económica de las entidades

estatales estudiadas. Pero primero hay que entender cómo hemos llegado hasta este punto, repasando la historia y el contexto de las mismas.

CAPÍTULO 2. MARCO HISTÓRICO-CONTEXTUAL

En este capítulo se hizo un repaso sobre la historia del sistema de salud mexicano; se examinarán las diversas etapas de la desigualdad, su contexto desde la jerarquización social de los grupos y los inicios en la desigualdad. También se abordará el contexto histórico de la población en carencia por el acceso a los servicios de salud en las entidades federativas estudiadas, para ver cómo ha ido evolucionando este porcentaje. Se abordará la historia de los derechos humanos en el país desde cuando fueron reconocidos constitucionalmente en el país, principalmente el derecho a la salud, así como lo que había antes de esto. Por último, se verá la evolución del sistema de salud mexicano dividiéndolo en 3 fases, en donde se aplicaron las principales reformas y programas que reestructuraron el sistema de salud.

2.1 La desigualdad en México

La desigualdad no es un problema nuevo en México; es un problema que viene incluso desde antes de que surgiera como nación, como lo fue en la Nueva España, en donde “la sociedad estaba fuertemente dividida en grupos: españoles peninsulares, criollos, mestizos y castas, indígenas y africanos”. “Cada uno de estos grupos tenía muy diferente estatus en la sociedad” (Escobar, 2020, p.1). Pero no fue hasta el siglo XX y específicamente en la década de los 70 que aparecieron las preocupaciones sobre los escasos beneficios que obtenían las personas incluso después de haber un boom económico. En México, fue entre los años 1950 y 1980 cuando el gobierno empezó a implementar políticas para combatir las desigualdades, políticas que sí ayudaron a una reducción de desigualdades, hasta la llegada del neoliberalismo, lo que ocasionó no solo un estancamiento, sino un aumento en este ámbito. Urías Romero et al. (2014).

Sabemos que hubo un cambio en cómo se concibe la pobreza; en el siglo XX todavía se seguía entendiendo o dimensionando con la acumulación de recursos. Pero no fue hasta a inicios del siglo XXI que surgió el concepto de pobreza multidimensional en la obra *Poverty and Famines* de Amartya Sen (Amartya Sen y

las mil caras de la pobreza, s. f.) que empezaron a tomarse en cuenta otros indicadores como lo sería el de carencia por acceso a los servicios de salud.

En México, al inicio del siglo XXI, el 58.6% de la población se encontraba en carencia por el acceso a los servicios de salud; para el 2005 era el 51.4% y para el 2010 fue de 33.2%. Hablando más particularmente de las entidades que vamos a analizar, Chiapas pasó de 81.6% en el año 2000 a 43.2% en el 2010. Guerrero pasó de 79.3% a 46.1% y Oaxaca pasó de 77.1% a 44.3%. Por su parte, las entidades con las que haremos la comparación en ese año 2010 ya presentaban índices menores al 30%, siendo Baja California Sur la que presentó el porcentaje más bajo con 23.7 (CONEVAL, 2010).

Entendemos que, al menos para esos años, ya había una gran brecha diferencial de porcentajes con los estados del sur; prácticamente doblaban el porcentaje de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud y, aunque todos presentaron un bajón significativo en una década, para el año 2010 la brecha seguía siendo casi del doble.

2.2 El derecho a la salud en México

Es importante abordar que en México los derechos humanos se incorporaron como tal en la constitución hasta 2011, llamada reforma constitucional de los derechos humanos, donde se reformaron 11 artículos, donde básicamente se amplía el catálogo de los derechos humanos reconocidos para todas las personas, incluyendo aquellos que se encuentran en los tratados internacionales de los que México forma parte. (Unidad para la promoción y defensa de los derechos humanos, s. f.) Entre estos derechos humanos entraría el derecho a la salud que sería estipulado en el Artículo 4.

Antes de esta reforma de derechos humanos en México, lo más cercano a los derechos humanos eran las garantías individuales, las cuales fueron implementadas en la Constitución de 1917 y eran 38 artículos que contenían los primeros derechos reconocidos a nivel nacional (Aceves Chavero, 2020). Ahí el

derecho a la salud no estaba implementado como tal, sino que se hablaba de la seguridad social de los trabajadores; no fue hasta 1983 que se agrega en el artículo 4 de la Constitución que toda persona tiene derecho a la protección de la salud (Amiif, 2023). De esta forma se eleva a grado constitucional el derecho a la salud y con la reforma de 2011 ya es reconocido como un derecho humano oficialmente.

2.3 El Sistema de salud mexicano

Es importante hablar del sistema de salud en México, sobre todo para valorar cómo ha ido evolucionando o si es que ha ido evolucionando. Podemos dividir esta historia en tres fases: la primera, con el nacimiento de la seguridad social a finales de la revolución mexicana y la creación de las instituciones principales del sistema de salud; la segunda fase, con la llegada de la crisis financiera y la entrada del neoliberalismo; y, por último, la tercera fase, entrando en el año 2000 hasta la actualidad del 2024.

2.3.1 Las bases institucionales de la salud en México

Como vimos, la salud se interpretaba en la Constitución de 1917, pero solo era eso; no estaba estipulada como tal y se concibe solo como “seguridad social”. En ese mismo año se crea la Secretaría de Salud Pública para regular la política sanitaria del país; fue un organismo autónomo y ejecutivo que nació de un precepto constitucional y establecía que la salud y la asistencia en México podrían ser federales, estatales o municipales. (Rodríguez de Romo & Rodríguez Pérez, 1998)

Los servicios de seguridad social surgen posteriormente cuando se funda el IMSS en 1943 y el ISSSTE en 1959 con el fin de que se vea el compromiso del estado para garantizar la seguridad social y salud de los trabajadores. (Un Recorrido Por la Historia del Sistema de Salud Mexicano: Un Apasionante Viaje A Través del Tiempo, 2023). Un factor a destacar es que esta seguridad social mayormente solo beneficiaba a los trabajadores o al porcentaje laboral de la población, ya que al trabajar es como se te otorgaba la seguridad social; en caso de privados era por el

IMSS y para los trabajadores del estado, el ISSSTE. Entre 1959 y 1969 hubo una serie de reformas, que seguían en el camino de dejar ver el compromiso del estado para garantizar el acceso a la salud, ya que estas reformas eran la incorporación obligatoria de los trabajadores al seguro social, empezando por los del camp, después a los productores de caña de azúcar, a las personas ejidatarias, a pequeños productores y finalmente a los trabajadores de las minas. (Mussot López, 2023)

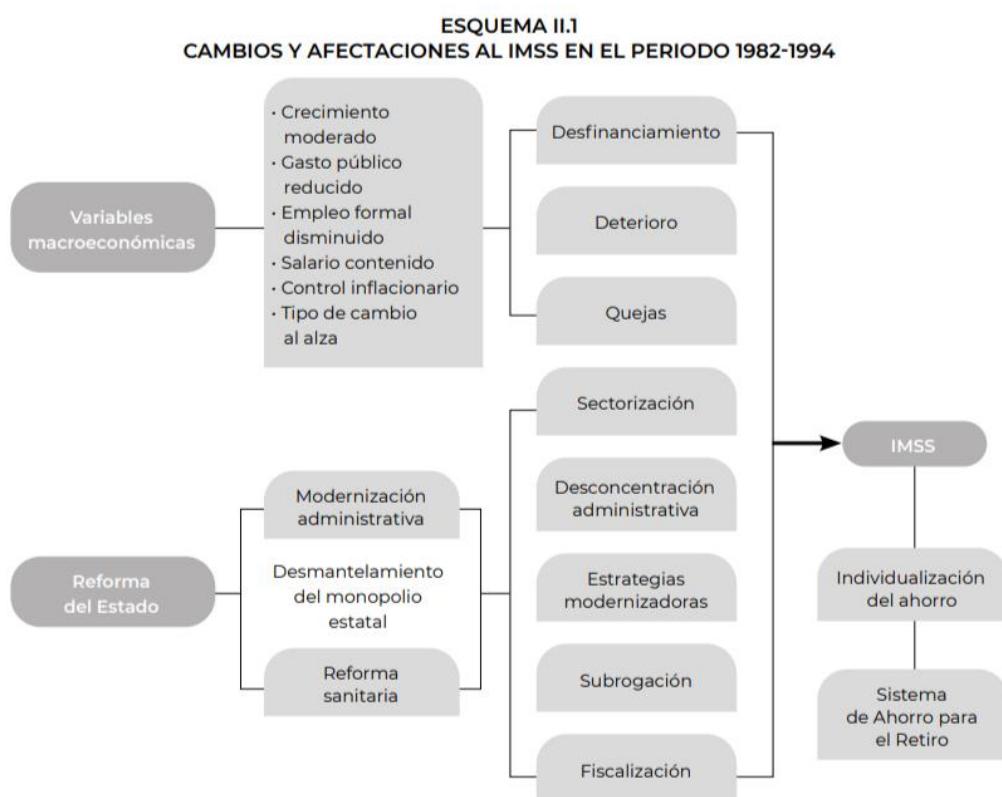
Por último, para esta primera fase tenemos que en 1973 se crea el plan nacional de salud, el cual logró reducir la mortalidad de 9,9 a 7. También en esa misma década se crea la ley orgánica de la administración pública federal con la cual ayudó a evaluar y controlar a la Secretaría de Salud. (Rodríguez de Romo & Rodríguez Pérez, 1998). Ese mismo año se dio una reforma llamada la ley del seguro social, cuyo objetivo fue “la cobertura obligatoria del Seguro Social fue extendida a sectores no vinculados a una relación salarial tradicional y dio inicio la protección a grupos de personas en condiciones de marginación social” (Mussot López, 2023). Una de las últimas reformas de esta primera parte, con una fundamental importancia al buscar llegar a una universalidad y que el seguro social no solo se quede en los asalariados, sino que llegue a toda la población. En la teoría, la reforma fue excelente, pero no se contó con los recursos necesarios para aplicar esta universalidad, por lo cual, hasta cierto punto, este primer intento por universalizar el sistema de salud fue un fracaso, un fracaso que explicaría por qué en la segunda parte se tomó otro camino para lograr extender el sistema de salud mexicano.

2.3.2 La mercantilización de la salud

Ahora la segunda parte, donde se dieron reformas importantes al sistema de salud. Para empezar, se dieron 5 grandes alteraciones al IMSS. La primera fue desfinanciamiento, la segunda la contención y deterioro de la infraestructura, la tercera las quejas de las personas trabajadoras y de la población derechohabiente, la cuarta la mercantilización y liberación del IMSS a modo de modernización y la quinta fue la individualización y privatización de los fondos de pensiones,

incorporación del Seguro de Retiro y creación del Sistema de Ahorro para el Retiro. (Mussot López, 2023) Todo esto como respuesta a la crisis y al cambio de régimen que sufrió el estado mexicano con la entrada del neoliberalismo. A continuación voy a insertar un cuadro que esquematiza los cambios sufridos por el Instituto Mexicano del Seguro Social durante este periodo:

Esquema 3: Cambios al IMSS

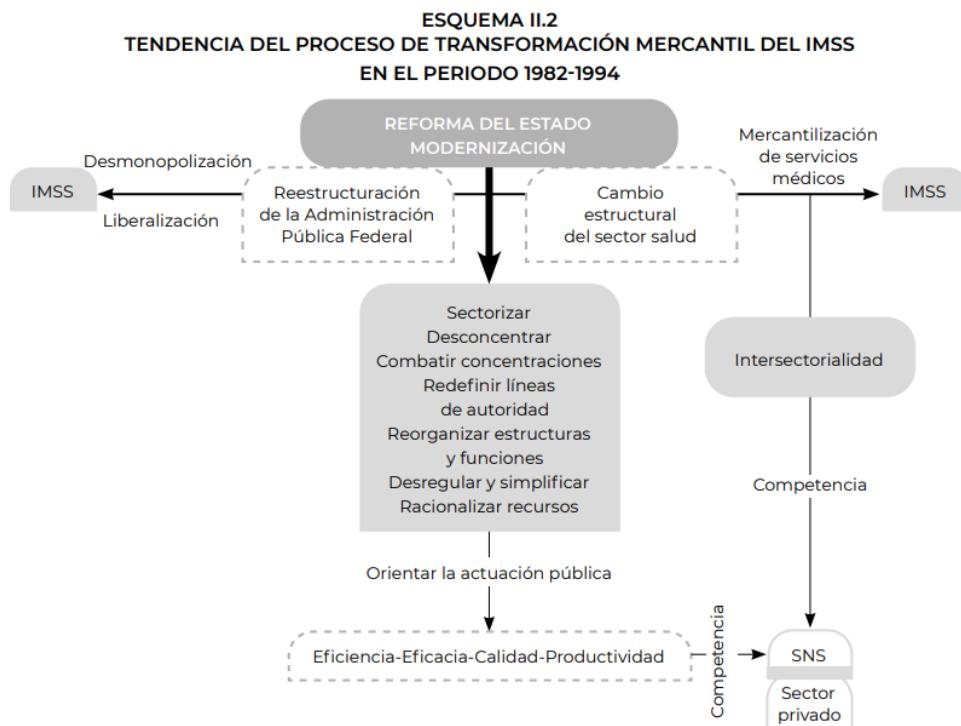


Elaboración: (Mussot López, 2023)

La imagen ejemplifica cómo a raíz de las políticas liberales y para lograr un adelgazamiento del estado, por lo que la instancia de salud tuvo un gasto reducido, lo que provocó un deterioro de las instalaciones y de los servicios. También empezaron con la planificación de las políticas descentralizadoras y la privatización de algunos servicios que eran ofrecidos por el estado, y pasó a manos de los privados como lo fue el sistema de ahorro para el retiro. En la siguiente imagen

veremos de forma más simple la mercantilización de esta institución y la importancia que esto tuvo:

Esquema 4: Reforma del estado y modernización



Fuente: (Mussot López, 2023)

La transformación mercantil al IMSS fue un proceso clave en la desmonopolización del sistema de salud; con esto el gobierno dejaba entrar a los privados para que también ofrecieran servicios de salud, por eso es que se le llama liberación. También el sistema de salud para su manejo a un nivel más estatal, donde los estados son los encargados de administrar su sistema de salud, pero con apoyo de programas federales.

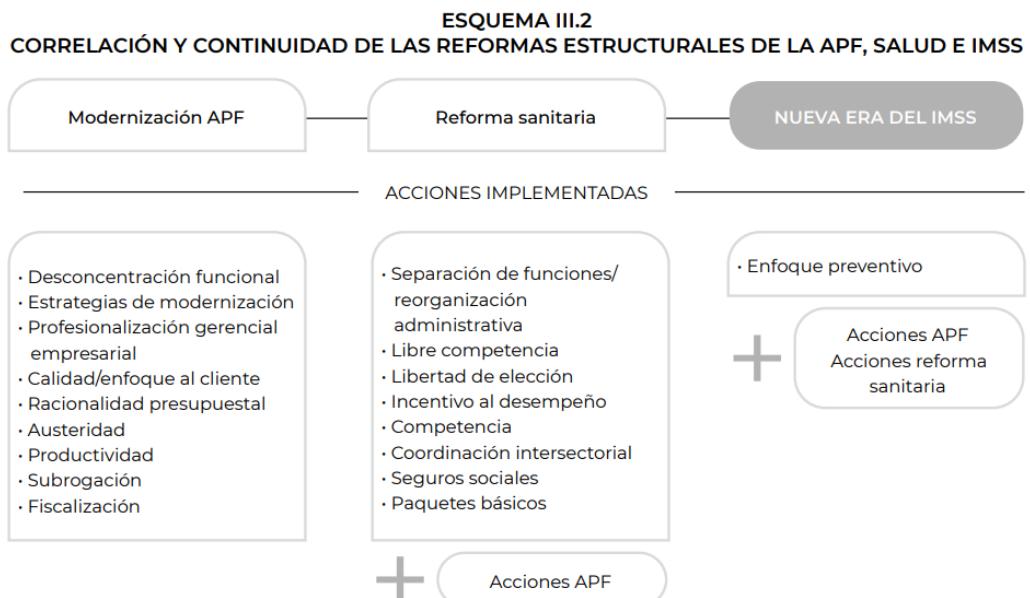
Fue durante el neoliberalismo donde el presidente Salinas de Gortari realizó reformas estructurales con el objetivo de descentralizar el sistema de salud. (Un recorrido por la historia del sistema de salud mexicano: Un apasionante viaje a

través del tiempo, 2023). En este periodo se creó el plan nacional de desarrollo que deriva del plan nacional de salud y su objetivo era fortalecer la atención médica.

En este periodo surgieron muchos programas relacionados con la salud, pero nada más nos vamos a enfocar en unos específicos, por la importancia que tuvieran en las entidades federativas que son de interés de este trabajo. Lo primero es que entra en vigor el Modelo del Programa de Apoyo a Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA) atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) en 1985, para 10 años después se cree el Programa de Apoyo a Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA) programa que está dirigido a las entidades más pobres del país como lo fueron Hidalgo, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, esto con el fin de ampliar la cobertura a las zonas más marginadas del país y donde había mayor carencia por el acceso a los servicios de salud, también tenía el objetivo de impulsar el proceso de descentralización (Escalona Franco, s. f.) Con esto sabemos que el panorama con respecto a la actualidad no ha cambiado mucho, ya que los estados a los que se les aplicó el programa siguen siendo actualmente los estados con mayor índice de carencias para el acceso a la salud, por lo cual nos da un indicio de cuál pudo ser la efectividad de dicho programa. En esta segunda parte nació otro programa muy importante para la aplicación de cobertura médica: “en 1996, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), como un esfuerzo federal con la finalidad de ampliar la cobertura de los servicios de salud, atender a la población con nulo o limitado acceso a dichos servicios y para hacer frente a los retos en materia de salud pública”. “(Escalona Franco, s. f, p. 3)

Una reforma importante se dio en el gobierno de Ernesto Cedillo Ponce de León y fue el programa para reformar el sector salud (PRSS), programa con el objetivo de ampliar la cobertura, la separación de funciones y la libre competencia, esto con el propósito de presentar servicios de calidad al incentivar la competencia público-privada. El siguiente esquema ejemplifica mejor todo lo dicho:

Esquema 5: Etapas del IMSS



Fuente: (Mussot López, 2023)

En el esquema se observa las principales características de la reforma sanitaria, así como la modernización de la APF y como todo está conectado, sobre todo con el IMSS, ya que al pasar a ser una paraestatal se le otorgaron atribuciones además de las que sufrió por la reforma sanitaria. Reforma en que se dejaba de lado la universalidad y donde el derecho a la salud fue rebajado a un estatus de mercancía, y por lo cual se le empezará a tratar como tal limitando la participación del estado y dejando que fluya con el libre mercado.

Por último, en este periodo el vamos a destacar la creación del programa de educación, salud y alimentación PROGRESA el cual se relaciona con el programa de ampliación de cobertura para ampliar la cobertura de los servicios de salud. (Escalona Franco, s. f.) Es importante destacar que en este segundo periodo de reformas para el sistema de salud, busca ampliar la red de salud por medio de estos programas para intentar llegar a las zonas más pobres o marginadas del país, como vimos en general el objetivo de estos programas es reformar el sistema de salud para descentralizar .

2.3.3 La “universalización” de la salud

La tercera parte de estas reformas que han transformado nuestro sistema de salud se dan después del 2000, hasta el gobierno de AMLO. Primero tenemos el Programa Nacional de Salud, que duró todo el mandato del presidente Fox 2001-2006, el cual buscó resolver 4 principales asuntos, el primero para resolver la inequidad del sistema de salud mexicano, también buscó elevar la calidad técnica y personal, la tercera, la creación de un seguro público financiero en salud y por último, seguir con la pluralidad de los servicios público-privados. (Mussot López, 2023) Por otro lado, durante su mandato creó y puso en funcionamiento el seguro popular (SP) que surgió en 2004, para ayudar a la población que no contaba con seguridad social, siendo una afiliación voluntaria que duraba 3 años, en los cuales se beneficiaba médicaamente a la población afiliada y por mucho tiempo este fue el instrumento que tenía el estado mexicano para garantizar el acceso a la salud de sus habitantes. (CONEVAL, s. f.) Sin embargo, tenía sus limitaciones o fallas, como que la afiliación solo duraba 3 años y que la afiliación era voluntaria, lo que quiere decir que la población tenía que estar informada, lo cual es una desventaja en las comunidades más marginadas del país. El presidente ese mismo año presentó:

La Ley General de Desarrollo Social, primer ordenamiento para regular y coordinar la política social asistencial en México además, introdujo por ley la medición multidimensional de la pobreza y creó el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (Coneval) para evaluar los programas entre otros aspectos. (Mussot López, 2023, p.121)

El CONEVAL, aunque no esté directamente relacionado con el sector salud, es de vital importancia mencionarlo, porque este se encargaría de evaluar todos los programas y políticas públicas implementados por el gobierno, incluyendo los enfocados al sector salud, por lo que a partir de aquí habría una mayor transparencia respecto a la efectividad de los programas.

En esta fase, también hay programas; el más importante es el Fortalecimiento a la atención médica. Este surge de la unión de dos programas: el de Unidades Médicas Móviles y el Programa de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud (Escalona Franco, s. f.).

Con la entrada de Andrés Manuel López Obrador a la presidencia, prometió reformar el sistema de salud y entró la reforma del IMSS-BIENESTAR, de la cual sus reglas de operación dicen que “es un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social que ofrece servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, constituyendo un referente para la atención a la salud, desde una perspectiva comunitaria, lo que contribuye a la inclusión social y a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud”. (DOF, 2023, p.3) El IMSS-Bienestar surge como una evolución del seguro popular, ya que también busca ayudar a la población que carece de seguridad social, buscando crear un sistema de salud un tanto más universal en el que las personas puedan acceder al sistema de salud sin necesidad de estar afiliados y sin un límite de tiempo.

Estas tres fases en las que dividimos la evolución del sistema de salud del estado mexicano tienen su aspecto característico. La primera tenía como objetivo sentar las bases institucionales del sistema de salud y se empezaron a expandir los servicios de salud a la población, pero se limitaba nada más a los que trabajaban para privados y el estado, lo que generó una desigualdad y una centralización del sistema de salud, siendo negativo para la demás población y sobre todo la población de zonas más marginadas.

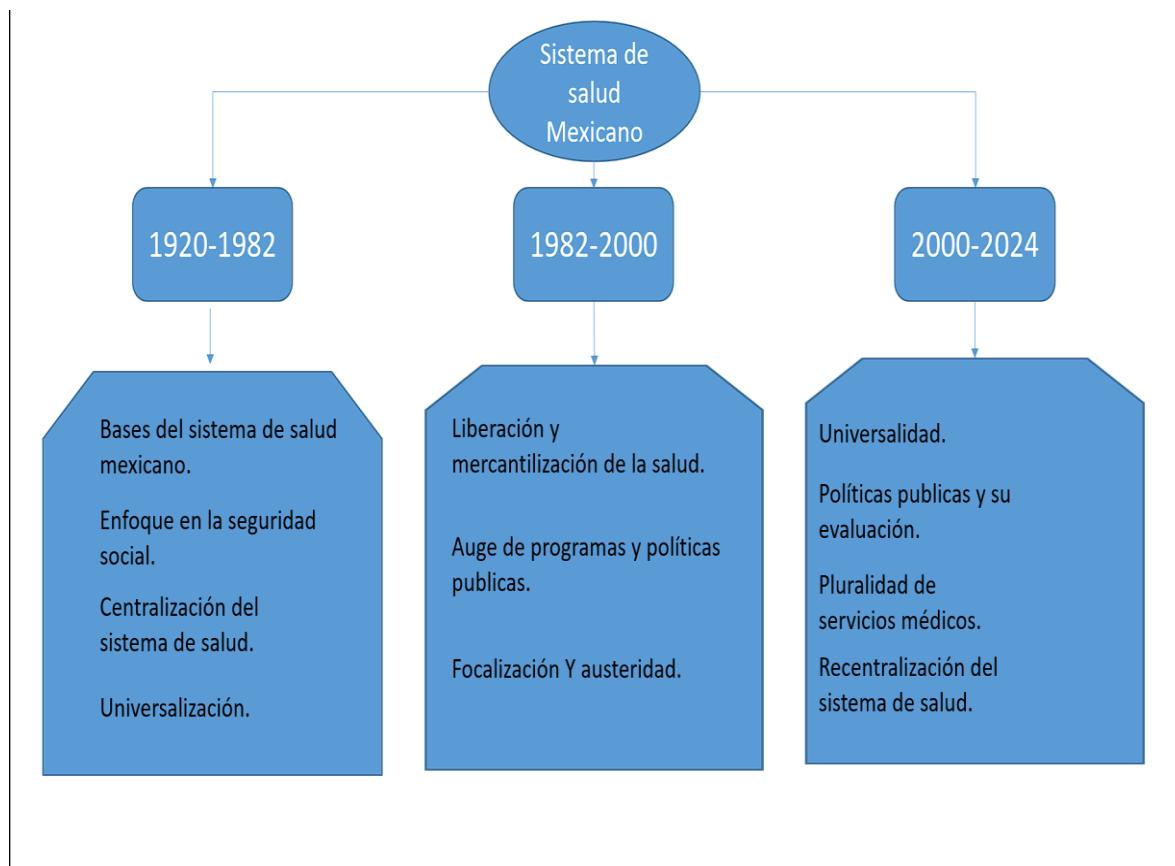
La segunda parte su eje, son las afiliaciones temporales, contrastando con la universalidad que se quería dar inicialmente al sistema de salud. También a esta etapa la representa la aplicación de programas de cobertura de los servicios médicos, centrándose en la creación de programas con el objetivo de llegar a más zonas en el país y descentralizar el sistema de salud, aunque con el problema de no ser 100% eficaces, por lo que se vio que los estados en los que estaban

enfocados algunos de los programas actualmente siguen siendo los estados con mayor porcentaje de población en carencia por el acceso a los servicios de salud.

La tercera fase fue la que intentó quitar la desigualdad para el acceso a la salud con la creación del Seguro Popular y, posteriormente, la creación del IMSS-BIENESTAR, aunque esta universalidad propuesta del sistema de salud puede también verse como volver a la centralización al transformar todo en una sola institución, pero que a partir de ahora será el principal instrumento del estado para erradicar la desigualdad y garantizar el acceso a la salud.

Para concluir, dejo un cuadro que esquematiza las tres etapas en las que clasificamos la historia del sistema de salud mexicano:

Esquema 6 sistema de salud mexicano



Fuente: Elaboración propia con base en lo recopilado del capítulo

Capítulo 3 Metodología de la investigación

El tipo de investigación que se llevará a cabo será cuantitativa y comparativa. La investigación cuantitativa se refiere a “la utilización de instrumentos para la recolección de información y medición de variables muy estructurados”. (Lerma Gonzales, 1999) En otras palabras, se usará este método al recolectar información de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y de tablas, gráficas y esquemas proporcionados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

Se emplea el método cuantitativo para usar los datos proporcionados por el INEGI y CONEVAL de manera estadística, para una mejor interpretación de la efectividad de las políticas públicas aplicadas para la reducción de la población con carencia de acceso a los servicios de salud, con el fin de proponer una mejor explicación y proponer una mejor resolución del fenómeno investigado.

La investigación comparativa es “una estrategia analítica que tiene fines no solamente descriptivos, sino también explicativos, un procedimiento orientado sobre todo a poner nuestras hipótesis a prueba”. (Pérez-Liñán, 2010, p.1) Este método tiene como objetivo encontrar similitudes o disparidades entre dos o varios objetos de estudio, pero que estos pertenezcan al mismo género o especie, esto con el fin de confrontar dos o más propiedades de los objetos de estudio en un determinado tiempo. (Tonon, 2011). La aplicación de este método es para comparar las entidades federativas del interés de este estudio Y así lograr una reflexión que ayude con la conclusión de este trabajo.

Además de los métodos ya mencionados, se usan técnicas para complementar la investigación estas técnicas son la documental y el análisis bibliográfico: “como su nombre indica, aquélla que se realiza a partir de la información hallada en documentos de cualquier especie, como fuentes bibliográficas, hemerográficas o archivísticas”. (Vivero, L. y Sánchez, B. I. 2018, p. 1). Se usará este método de investigación debido a que las principales fuentes de información van a ser tomadas

de documentos y artículos hechos por organizaciones encargadas de medir los niveles de pobreza como el CONEVAL, INEGI, LA OMS, ETC.

Por su parte, el análisis bibliográfico es “un análisis de documentos acerca de un tema que se está rastreando”. “Presenta la información publicada sobre un tema y plantea una organización de ese material de acuerdo con un punto de vista” (Universidad del Bosque & Grupo LEA, 2016, p.1). Esta es aplicada para la revisión de conceptos teóricos acordes al tema investigado, siendo esto libros, artículos y páginas de información.

Capítulo 4 La Desigualdad del Sistema de salud mexicano

En México, como vimos, existen disparidades dentro del sector salud, sobre todo en el acceso a la salud, por lo que en este capítulo desarrollaremos la comparación entre los tres estados con mayor porcentaje de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud con los que presentan el menor porcentaje, para así determinar si existe tal nivel de desigualdad y si también influyen otros factores como los niveles de población. Primero veremos los indicadores de las 3 entidades que presentan el mayor porcentaje de personas en carencia en conjunto (Chiapas, Oaxaca, Guerrero) y posteriormente haremos lo mismo con las 3 entidades con menor porcentaje (Baja California Sur, Coahuila Y Chihuahua). En segundo lugar, con base en los indicadores que analizamos, se hará una comparación de las entidades del norte con las del sur.

Capítulo 4.1. Las carencias por el acceso a la salud Chiapas, Oaxaca y Guerrero (indicadores)

Chiapas:

El derecho a la salud puede medirse de múltiples maneras, pero esta investigación lo hará desde el acceso a la salud. Con esto nos partiremos de tres dimensiones que fueron las que presentamos anteriormente, que son disponibilidad, accesibilidad y calidad. Estas dimensiones tienen múltiples variables e indicadores que nos ayudarán a medir el acceso a la salud, iniciando con los estados que presentan mayores carencias en el acceso a la salud. Los estados del sur, como vimos en el marco histórico, han sido mayormente los más pobres y marginados de México, en la actualidad, siguen sin ser la excepción, ya que son de los más pobres. Hablando del sector salud, estos también son los que presentan mayor desigualdad para el acceso a la salud.

El Estado de Chiapas para 2022 presentó un porcentaje del 66.1% de su población en carencia de los servicios de salud, una cifra alarmante, ya que estamos hablando de más de la mitad de los habitantes de la entidad. Estos datos, como

sabemos, fueron proporcionados por CONEVAL, aunque esta institución hizo esa medición en base a si contaban o no con seguridad social. Para esta investigación profundizaremos más para ver en verdad cuál es la brecha que existe entre las entidades federativas y así poder desenmascarar cómo está la desigualdad en el sistema de salud mexicano.

Disponibilidad:

Para iniciar con este análisis de la dimensión de disponibilidad primero veremos la tasa de médicos la cual tenemos que en Chiapas en 2023 fue de 1.43. (SNIEG, 2023) Para posteriormente analizar las siguientes tablas que presentan cifras sobre los datos de número de hospitales y el número de recursos médicos (camas hospitalarias, no hospitalarias, consultorios, quirófanos y salas de expulsión). La fuente de esta información es proporcionada por el gobierno federal y será la que usaremos para todas las demás entidades federativas con el fin de lograr una comparación lo menos sesgada posible, ya que los estados también proporcionan los datos que buscamos pero varían con los proporcionados por el gobierno nacional.

Tabla 1.1 personal médico salud Chiapas

Año	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Personal médico en formación	Médicos en otras labores	Enfermeras generales y especialistas	Pasantes de enfermería	Auxiliares de enfermería	Personal de enfermería en otras labores	Personal profesional	Personal técnico	Otro personal	TOTAL
2012	4,835	731	354	4,369	623	3,469	520	1,313	1,883	5,167	23,264
2013	5,486	791	375	5,542	705	3,636	359	1,639	2,399	5,885	26,817
2014	5,672	830	379	5,871	812	3,673	378	1,656	2,426	6,178	27,875
2015	5,901	892	489	5,978	1,119	3,552	400	1,502	2,603	6,181	28,617
2016	6,349	1,104	387	7,150	1,408	3,733	397	1,683	3,112	6,730	32,053
2017	6,705	1,235	418	7,546	1,777	3,770	394	1,741	3,178	6,932	33,696
2018	6,418	1,421	443	7,075	2,166	3,629	415	1,641	3,015	7,030	33,253
2019	5,969	1,443	410	7,166	2,352	3,543	438	1,773	2,938	6,325	32,357
2020	6,473	1,246	471	7,648	1,785	3,705	494	1,785	3,167	7,048	33,822
2021	6,566	1,380	502	7,780	1,985	3,784	527	1,790	3,094	7,280	34,688
2022	6,717	1,608	496	8,147	2,782	4,035	572	1,865	3,393	7,161	36,776
2023	6,790	1,709	511	8,233	1,576	3,884	555	1,920	3,163	7,282	35,623

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

La tabla nos presenta datos muy importantes como el número de médicos, enfermeras, auxiliares, otro personal y el personal médico en total, primero con esta tabla podemos medir la primera dimensión que planteamos que es la de disponibilidad, ya que tenemos que el personal médico para el año 2023 es de 6,790 tomando en cuenta que para 2020 la población calculada en estado fue de 5,543,828 habitantes. (Número de Habitantes. Chiapas, 2020) Esto quiere decir que del total de la población solo es el 0.122% lo que no es ni el 1% de su población, por lo que podemos concluir que no hay recursos humanos suficientes al contrario los médicos son escasos en el estado de Chiapas.

Además de los recursos humanos en la disponibilidad mediremos la infraestructura en donde usaremos la tabla 2.2 la cual nos da información sobre los establecimientos de salud del estado:

Tabla 1.2 centros médicos Chiapas

Año	Asistencia Social	Consulta externa	Hospitalización	Apoyo	Total
2010	0	1,659	105	23	1,787
2011	1	1,693	110	23	1,827
2012	1	1,723	123	23	1,870
2013	1	1,778	136	23	1,938
2014	1	1,758	137	24	1,920
2015	1	1,751	139	24	1,915
2016	1	1,875	139	27	2,042
2017	1	1,877	142	27	2,047
2018	2	1,899	150	27	2,078
2019	6	1,902	153	31	2,092
2020	6	1,878	165	22	2,071
2021	6	1,908	175	24	2,113
2022	6	2,004	184	32	2,226
2023	6	2,024	186	33	2,249

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

La tabla nos dice el número de establecimientos médicos para 2023 un total de 2,249 de los cuales solo 186 son aptos para hospitalización y 2,024 son de consulta externa siendo la mayoría con los que cuenta el estado. También vemos que en la última década el número de aumentar significativamente el número de centros de

asistencia social y de hospitalización estos últimos aumentando en 80 unidades para el 2023.

Tabla 1.3: recursos físicos en salud Chiapas

Año	Consultorios	Camas hospitalaria s	Camas no hospitalarias	Quirófanos	Salas expulsión
2012	2,732	2,077	2,528	121	84
2013	2,867	2,226	2,616	129	87
2014	2,963	2,240	2,664	128	92
2015	3,011	2,193	1,629	133	95
2016	3,064	2,350	1,690	136	93
2017	3,020	2,412	1,561	142	94
2018	3,122	2,260	1,589	146	94
2019	3,098	2,252	1,636	151	97
2020	3,164	2,495	1,638	145	101
2021	3,242	2,645	1,727	145	104

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

Para finalizar con esta dimensión tenemos la tabla 1.3 la cual nos muestra los recursos físicos en salud con los que cuenta el estado la cual si nos centramos en la parte resaltada tenemos que entre camas no hospitalarias y hospitalarias Chiapas cuenta con un total de 4,969 y un total de 3, 242. Para esta información sólo está actualizada hasta 2021 así que esta fecha también la usaremos con las otras entidades respecto a los recursos médicos.

Accesibilidad:

Ahora veremos la segunda dimensión que planteamos para medir el acceso a la salud, que es la accesibilidad. Para esto, primero veremos la accesibilidad económica con la que cuentan las personas del estado de Chiapas. Esto lo veremos con el nivel de pobreza según cifras oficiales en 2023. La medición del porcentaje de población que vive en pobreza fue 67.4% (CONEVAL, 2023). Ahora, si convertimos la cifra a números naturales, tenemos que 3, 738,560 millones de personas viven en pobreza. Esta información es importante, porque para empezar, como vimos, el número de médicos en el estado es escaso, por ende también los

servicios públicos de atención médica que se ofrecen, por lo que, si hay saturación en estos, la población tendría que acudir a privados, donde la accesibilidad económica cobra un papel importante para que la población tenga acceso a la salud.

Para la cobertura usaremos un supuesto y es que tomaremos en cuenta el total de establecimientos médicos que vimos en la tabla 1.2 y sacaremos el promedio entre el total de municipios, esto con el fin de darnos una idea de la totalidad de la cobertura con la que cuenta el estado. Ahora, si hacemos la conversión, tomando en cuenta que Chiapas tiene 124 municipios, tenemos que hay un promedio de 18.13 establecimientos médicos por municipio si es que estuvieran distribuidos igualitariamente, lo cual es una cifra baja tomando en cuenta el territorio y la población del estado. El IMSS cuenta con 561 instalaciones médicas rurales, de las cuales la mayoría son unidades médicas y otras pocas que se clasifican como otros servicios. (IMSS, s. f.) Estas 561 instalaciones están distribuidas entre los 124 municipios; si sacamos un promedio, tenemos 4.5 instalaciones por municipio, esto solo viéndolo como un promedio, ya que la distribución de estos módulos no es proporcional. Por otro lado, al estado se le realizó un censo en 2019 donde se le contabilizaban 37 hospitales; también en la siguiente tabla veremos informes actualizados sobre la infraestructura y cobertura de los hospitales en 2023:

Tabla 1.4 Infraestructura física en salud:



CHIAPAS			ACTUALIZADA A JUNIO DE 2023
UNIDAD MÉDICA	ACCIÓN EN INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD		TOTAL
	SUSTITUCIÓN	EQUIPAMIENTO	
CENTRO DE SALUD	2		2
DIVERSAS UNIDADES MÉDICAS		1	1
TOTAL	2	1	3

Fuente: (Secretaría de Salud, 2023)

En esta primera tabla se ve que hubo una sustitución de dos centros de salud y el equipamiento de una unidad médica.

Tabla 1.5: Obras nuevas Chiapas



UNIDAD MEDICA	ACCIÓN EN INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD							TOTAL
	OBRA NUEVA	SUST.	SUSTITUCIÓN DE UNIDAD MÉDICA MÓVIL	AMPLIACIÓN	AMPL. Y FORT.	FORTALECIMIENTO	EQUIPAMIENTO	
BANCO DE SANGRE	1							1
CASA DE SALUD						2		2
CENTRO DE SALUD	83	5				126	1	215
CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS (CESSA)	11	2				12	2	27
OFICINAS ADMINISTRATIVAS						1		1
UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (UNEME)	21							21
DIVERSAS UNIDADES MÉDICAS							3	3
UNIDAD MÉDICA MÓVIL			9				1	10
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD	12			1		3	1	17
HOSPITAL GENERAL	3	3		2	1	6	4	19
TOTAL	131	10	9	3	1	150	12	316

Fuente: (Secretaría de Salud, 2023)

La segunda tabla nos presenta información más completa, en donde se nos dice que en Chiapas para 2023 se crearon 131 obras nuevas de infraestructura para el sector salud, de las cuales 83 son centros de salud; también se sustituyeron otras 10, se ampliaron 3 y se equiparon 12.

En accesibilidad, tomando en cuenta las variables que planteamos, el estado de Chiapas tiene un desempeño deficiente, ya que los centros, hospitales y unidades médicas no son suficientes para cubrir el amplio territorio del estado, así como también en términos económicos, más de la mitad de la población está en pobreza y por ende esto dificulta la accesibilidad.

Calidad:

En Calidad como estipulamos usaremos primero el número de médicos con especialización para 2022 se registraron 1,786 lo que tenemos que por cada 100 mil habitantes son 32.2 y el porcentaje que estos representan con respecto al total de la población es de 0.0322% un porcentaje extremadamente bajo. (Secretaría de salud, 2022) Ahora que sabemos la calidad del personal humano y la cuantificamos es momento de ver los recursos de alta tecnología con los que cuenta la entidad federativa, datos que nos lo proporcionará la siguiente tabla:

Tabla 1.6 Equipo médico de alta tecnología Chiapas

Año	Aceleradores lineales	Mastógrafos	Resonancias magnéticas	Tomógrafos	Angiografos	Gamma cámaras	Unidades de radioterapia
2007	0	8	1	6	0	1	1
2008	0	7	1	5	0	1	1
2009	0	5	2	6	1	1	1
2010	0	7	2	5	1	1	0
2011	0	12	3	9	2	1	1
2012	0	20	2	10	3	1	1
2013	0	21	2	10	3	1	1
2014	0	20	2	10	3	2	1
2015	0	13	2	9	3	2	1
2016	0	12	2	9	1	2	2
2017	0	8	2	6	1	2	2
2018	0	10	2	8	1	2	2
2019	0	21	3	12	1	2	0
2020	0	26	3	11	2	2	1
2021	0	17	5	13	2	2	1
2022	0	20	4	13	2	2	0
2023	0	19	4	12	3	2	0

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

El total de equipamiento médico de alta tecnología con el que cuenta el estado es de 40 aparatos, contando con cada uno de los clasificados en la tabla, a excepción de dos que son los aceleradores lineales y unidades de radioterapia. El equipo médico con el que más cuenta es de mastógrafos y tomógrafos, mientras que del resto apenas cuenta con unos pocos.

En Chiapas, el importe para el sector salud en 2024 fue de 13, 264, 748,525 (Gobierno del Estado de Chiapas, 2024), lo que es un monto considerable. También

el gobierno de Chiapas en 2018 tuvo 19 intervenciones relacionadas a programas sociales; solo 3 se relacionaron al derecho a la salud, un porcentaje muy bajo teniendo en cuenta los altos índices de carencias en el acceso a la salud con los que cuenta el estado (CONEVAL, 2022). Actualmente, el estado garantiza su compromiso con la federación de fortalecer el sistema de salud. Esto cuando se reunió el secretario de salud, donde el funcionario ratificó el compromiso del estado en las acciones y estrategias de la secretaría de salud federal (Gobierno de Chiapas, 2024). Por ende, aún no podemos decir que el gobierno del estado tiene como prioridad el sector salud, ya que de sus intervenciones muy pocas fueron para ayudar a garantizar este derecho y actualmente, aunque se comprometió con el gobierno federal, aún no ha pasado de eso.

Indicadores Oaxaca:

El siguiente estado de los del sur que analizaremos es Oaxaca, estado que, al igual que Chiapas, es de los más pobres del país. Oaxaca, en el último informe presentado por Coneval sobre pobreza, presentó un porcentaje de 65.7% de su población en carencia por el acceso a los servicios de salud, siendo esta la segunda entidad con mayor porcentaje de desigualdad en esta carencia, solo por detrás de Chiapas. La población de Oaxaca, de acuerdo al último censo de población y vivienda que se hizo en 2020, fue de 4, 132,148 habitantes y, si convertimos el porcentaje dado de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud, nos sale que son 2, 714,376, lo cual es mucho más de la mitad de la población, prácticamente 700 mil más, y así dimensionando mejor la magnitud del problema. También vemos que el porcentaje que tiene de diferencia con Chiapas es prácticamente nulo, ya que es menos del 1%.

Disponibilidad:

En disponibilidad como sabemos vemos que los recursos sean suficientes para garantizar el derecho a la salud. En Oaxaca tenemos que la tasa de médicos por cada mil habitantes en 2023 fue de 1.75. (SNIEG, 2023) Por otro lado también tenemos la siguiente tabla dada por el Gobierno donde nos presentan datos más específicos sobre el personal de salud por entidad federativa hasta 2023.

Año	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Personal médico en formación	Médicos en otras labores	Enfermeras generales y especialistas	Pasantes de enfermería	Auxiliares de enfermería	Personal de enfermería en otras labores	Personal profesional	Personal técnico	Otro personal	TOTAL
2012	4,579	1,080	386	4,222	403	3,108	301	794	1,528	5,016	21,417
2013	4,815	970	431	4,333	426	3,207	310	811	1,735	5,021	22,059
2014	4,992	1,151	383	4,757	453	3,028	292	856	1,749	5,215	22,876
2015	5,056	1,137	415	4,824	523	2,947	306	683	1,871	5,070	22,832
2016	5,284	1,323	355	5,183	754	2,861	314	822	2,262	5,072	24,230
2017	5,283	1,287	376	5,068	800	2,877	303	814	2,182	5,198	24,188
2018	5,368	1,232	411	5,193	895	2,783	308	871	2,160	5,322	24,543
2019	5,333	1,115	339	5,550	839	2,536	363	895	2,091	5,264	24,325
2020	5,575	1,034	357	5,775	790	2,782	392	911	2,069	5,649	25,334
2021	5,403	1,319	345	5,654	769	2,898	404	961	2,100	5,357	25,210
2022	5,665	1,570	403	6,000	830	2,917	437	986	2,206	5,412	26,426
2023	5,681	1,801	386	6,034	851	2,989	562	980	2,172	5,034	26,490

Tabla 2.1 personal médico Oaxaca Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla nos centramos en la sección resaltada de amarillo que es la que maneja cifras del año más reciente, donde vemos que para 2023 en Oaxaca había un total de 26,490 de personal de salud de los cuales solo 5,681 son médicos, una cifra bastante baja respecto a la población, ya que esto representaría tan solo al 0.1375% de la población. Para nuestro siguiente variable que es el número de hospitales usaremos la tabla 2.2 proporcionada por la misma fuente

Año	Asistencia Social	Consulta externa	Hospitalización	Apoyo	Total
2010	12	1,574	170	340	2,096
2011	13	1,591	172	340	2,116
2012	15	1,597	175	318	2,105
2013	15	1,603	176	314	2,108
2014	15	1,625	177	315	2,132
2015	15	1,630	177	312	2,134
2016	15	1,777	177	314	2,283
2017	15	1,771	180	314	2,280
2018	15	1,748	180	320	2,263
2019	15	1,727	182	321	2,245
2020	15	1,674	187	357	2,233
2021	15	1,677	188	145	2,025
2022	15	1,673	189	149	2,026
2023	15	1,764	189	149	2,117

Tabla 2.2 Establecimientos médicos Oaxaca Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En esta tabla podemos rescatar múltiples cosas. La primera es que para 2023 el total de establecimientos médicos en Oaxaca fue de 2,117, de los cuales 1,764 son de consulta externa, que se les denomina así porque son para pacientes que no necesitan hospitalización. Por otro lado, el total de los centros médicos que sí sirven para hospitalización son de 189. Con esta tabla también podemos hacer una rápida comparación con anteriores años, donde podemos ver que en la última década solo hubo un aumento de 21 centros médicos, pero esto debido a que se redujeron los centros de apoyo y se aumentaron los de consulta externa y hospitalización.

Por último, analizaremos la tabla 2.3, donde veremos los recursos médicos con los que cuenta el estado de Oaxaca.

Año	Consultorios	Camas hospitalarias	Camas no hospitalarias	Quirófanos	Salas expulsión
2012	2,731	2,088	2,797	97	104
2013	2,828	2,185	2,954	104	109
2014	2,908	2,263	3,272	105	110
2015	2,877	2,199	2,848	104	116
2016	2,974	2,295	2,879	106	74
2017	3,091	2,355	2,963	110	84
2018	3,128	2,352	3,020	116	85
2019	3,006	2,399	2,579	115	85
2020	3,106	2,221	2,540	116	122
2021	3,149	2,278	2,476	117	110

Tabla 2.3 Recursos físicos salud Oaxaca Fuente: (Gobierno de México, 2023)

Primero en esta tabla a diferencia de las otras que hemos visto la información solo llega hasta 2021, primero tenemos que el número total de consultorios para ese año fue de 3, 149, para las camas hospitalarias y no hospitalarias tenemos un total de 4,754 entre las dos, los quirófanos son 117 y las salas de expulsión 110. En la última década observamos que lo que más aumentó fue los consultorios y las camas hospitalarias y que lo que menos aumentó fue el número de quirófanos, ya que solo hubo un incremento de 20. Por otro lado vemos que el número de camas no hospitalarias y de salas de expulsión disminuye a comparación del año anterior.

Accesibilidad:

El porcentaje de la población que vive en pobreza para 2022 fue de 58.4% (Coneval, 2023). Lo cual, teniendo en cuenta que la población del estado en el último censo fue de 4, 132,148 personas y haciendo una regla de tres, sacamos que en números naturales la población en pobreza es 2, 414,427 personas.

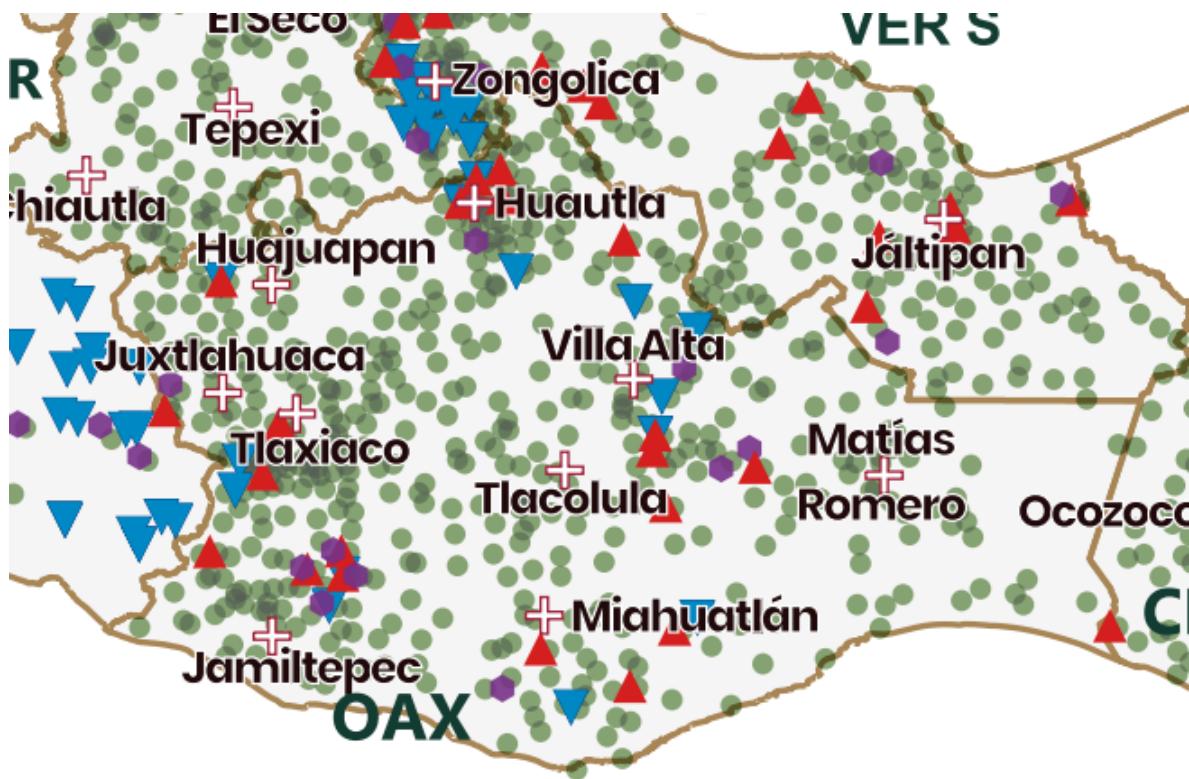
Para medir la cobertura, primero calcularemos el promedio de establecimientos médicos que hay por municipio, del cual, si regresamos a la tabla 2.2, sabemos que hay un total de 2,117 y, si el estado cuenta con 570 municipios, tocaría 3.7 centros médicos por municipio, pero esto tomando en cuenta que están distribuidos igualitariamente, cosa que en la realidad no es así y habrá municipios con más establecimientos médicos que otros, pero haciendo esto nos damos una idea de la falta de cobertura con la que sufre el estado, ya que, teniendo en cuenta el territorio, la cantidad de establecimientos médicos no es suficiente.

Para incrementar la cobertura, el estado cuenta con la brigada territorial, que son 1,816 casas de salud distribuidas en localidades de menos de 500 personas o de difícil acceso, y operan con el paquete básico de servicios de salud para ayudar a fortalecer la atención médica (Coordinación de Comunicación Social del Gobierno del Estado, 2024). Por su parte, el IMSS-Bienestar nos presenta la siguiente tabla:

OOAD	TOTAL	Segundo nivel de Atención	Primer nivel de atención			
			Hospitales Rurales	Unidades Médicas Rurales	CARO	Unidades Móviles
Nacional	4,075	82	3,632	37	140	184
Baja California	16	1	11	-	4	-
Campeche	45	2	39	-	4	-
Coahuila	83	3	77	-	-	3
Chiapas	605	10	562	8	18	7
Chihuahua	161	3	144	2	3	9
Durango	175	3	165	-	2	5
Guerrero	49	1	19	3	26	-
Hidalgo	242	4	217	-	10	11
México Poniente	32	2	29	-	1	-
Michoacán	385	7	337	1	12	28
Nayarit	91	1	82	2	2	4
Oaxaca	525	9	473	9	14	20
Puebla	338	7	309	2	12	8
San Luis Potosí	248	6	208	3	9	22
Sinaloa	118	2	102	-	2	12
Sonora	12	1	11	-	-	-
Tamaulipas	117	4	103	-	-	10
Veracruz Norte	324	3	291	3	7	20
Veracruz Sur	257	3	229	4	8	13
Yucatán	93	4	83	-	6	-
Zacatecas	159	6	141	-	-	12

Tabla 2.4 infraestructura IMSS-BIENESTAR Oaxaca Fuente: (IMSS-BIENESTAR, 2024)

Donde nos habla de la distribución de sus unidades médicas en los diferentes estados y donde vemos que Oaxaca cuenta con 9 hospitales rurales, 14 unidades móviles, 4 brigadas de salud y 473 unidades médicas rurales de las cuales si abrimos el directorio estas están distribuidas en 333 municipios del estado, dejando a 237 fuera lo que es poco menos de la mitad de estos. Por Último para concluir con este apartado veremos la Geografía y distribución de estos centros con el siguiente mapa:



Mapa 2 cobertura IMSS-BIENESTAR Oaxaca Fuente: (IMSS-BIENESTAR, 2024)

En el mapa los puntos verdes representan las unidades médicas rurales, las cruces representan los hospitales rurales, el rojo las brigadas de salud y el azul las unidades médicas móviles, vemos que hay una mayor concentración en el oeste y centro del estado mientras que en la parte pegada a Chiapas es donde hay una menor infraestructura de estos servicios.

Calidad:

En primer lugar en 2022 el último informe sobre el número de médicos especialistas de Oaxaca contaba con 2,113, lo que representa un 0.0511% y respecto a la tasa por cada 100 mil habitantes es de 51.1 (Secretaría de salud, 2022). Porcentajes bajísimos con respecto al total de la población. En caso del IMSS-bienestar en 2024 el Director general del Seguro Social, reportó un aumento de los médicos especialistas dentro de la institución donde Oaxaca pasó en 2019 de 988 médicos especialistas a 2024 con 1,135 representando un aumento del 4% (IMSS, 2024)

En este sentido hubo un crecimiento pero prácticamente insignificante si hablamos de la escala total territorial con la que cuenta el estado.

En equipo médico de alta tecnología el estado cuenta con los siguientes:

Tabla 2.5 Recursos físicos alta tecnología Oaxaca

Año	Aceleradores lineales	Mastógrafos	Resonancias magnéticas	Tomógrafos	Angiógrafos	Gamma cámaras	Unidades de radioterapia
2007	0	7	1	4	0	0	1
2008	0	7	1	4	1	0	1
2009	0	7	1	5	1	0	1
2010	0	7	1	5	1	0	1
2011	0	6	1	5	1	0	1
2012	0	12	1	6	2	0	1
2013	0	13	1	7	2	0	1
2014	0	15	1	7	2	0	1
2015	0	15	1	4	6	0	1
2016	0	13	1	4	5	0	1
2017	1	15	1	6	5	0	1
2018	1	15	1	6	5	0	1
2019	1	16	1	10	5	0	1
2020	1	12	1	12	3	0	1
2021	1	10	1	12	3	0	1
2022	0	11	1	9	1	0	1
2023	1	13	1	11	1	0	1

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla 2.5 observamos que el equipo médico de alta tecnología con el que se cuenta es escaso, siendo un total de 28, con los que más se cuentan son mastógrafos y tomógrafos, pero aun así esto es escaso ante la cantidad de hospitales y del territorio.

En términos de presupuesto, el monto destinado a los servicios de salud en el estado de Oaxaca fue de 12 mil 677 millones, 41 mil 335 pesos y 71 centavos, y asignándose otros 230 millones aparte para las farmacias del bienestar y para el fondo de aportaciones, el estado dará 6 mil 274 millones, 116 mil pesos. (Ramales, 2023) Cantidad que representa el 12.72% del total del presupuesto de egresos para el ejercicio fiscal en 2024, que si bien no es poco, tampoco es ni una quinta parte del presupuesto.

Para concluir, analizaremos las intervenciones en el desarrollo social que ha tenido el estado, dadas en el último informe de evaluación y pobreza publicado por el Coneval en 2022, donde nos dice que en 2018, de las 85 acciones implementadas por el estado, tan solo 7 fueron destinadas a la salud. (Coneval, 2022) Un porcentaje bastante bajo, teniendo en cuenta el número de intervenciones totales y factores como los altos niveles de desigualdad y carencia para el acceso a la salud.

Indicadores Guerrero

El último de los estados del sur que vamos analizar es el estado de Guerrero, que como ya habíamos visto este tiene un porcentaje del 52.7, % de su población en carencia por el acceso a los servicios de salud de los tres estados del sur que vamos analizar, este es el que presenta menor porcentaje de su población con esta creencia, ya que es poquito más de la mitad, pero aun así sigue siendo un porcentaje importante de la población. En el último censo de población y vivienda en 2020 Guerrero registró 3, 540,685 habitantes de los cuales 1, 864,141 son los que sufren esta carencia para el acceso a la salud. Una vez dimensionado con la totalidad de personas en números naturales es momento de analizar las tres dimensiones con este estado.

Disponibilidad:

La tasa de médicos por cada mil habitantes en 2023 fue de 2.06, según cifras reportadas por el Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía. (SNIEG, 2023) Por otro lado, la tabla 3.1 nos muestra datos más estadísticos sobre la cantidad y el total de médicos con los que cuenta la entidad federativa:

En la tabla 2.5 observamos que el equipo médico de alta tecnología con el que se cuenta es escaso, siendo un total de 28, con los que más se cuentan son mastógrafos y tomógrafos, pero aun así esto es escaso ante la cantidad de hospitales y del territorio.

En términos de presupuesto, el monto destinado a los servicios de salud en el estado de Oaxaca fue de 12 mil 677 millones, 41 mil 335 pesos y 71 centavos, y asignándose otros 230 millones aparte para las farmacias del bienestar y para el

fondo de aportaciones, el estado dará 6 mil 274 millones, 116 mil pesos. (Ramales, 2023) Cantidad que representa el 12.72% del total del presupuesto de egresos para el ejercicio fiscal en 2024, que si bien no es poco, tampoco es ni una quinta parte del presupuesto.

Para concluir, analizaremos las intervenciones en el desarrollo social que ha tenido el estado, dadas en el último informe de evaluación y pobreza publicado por el Coneval en 2022, donde nos dice que en 2018, de las 85 acciones implementadas por el estado, tan solo 7 fueron destinadas a la salud. (Coneval, 2022) Un porcentaje bastante bajo, teniendo en cuenta el número de intervenciones totales y factores como los altos niveles de desigualdad y carencia para el acceso a la salud.

Indicadores Guerrero

El último de los estados del sur que vamos a analizar es el estado de Guerrero que, como ya habíamos visto, tiene un porcentaje del 52.7 % de su población en carencia por el acceso a los servicios de salud. De los tres estados del sur que vamos a analizar, este es el que presenta menor porcentaje de su población con esta carencia, ya que es poquito más de la mitad, pero aun así sigue siendo un porcentaje importante de la población. En el último censo de población y vivienda en 2020, Guerrero registró 3, 540,685 habitantes, de los cuales 1, 864,141 son los que sufren esta carencia para el acceso a la salud. Una vez dimensionado con la totalidad de personas en números naturales, es momento de analizar las tres dimensiones con este estado.

Disponibilidad:

La tasa de médicos por cada mil habitantes en 2023 fue de 2.06, según cifras reportadas por el Sistema Nacional de Información Estadística y Geografía. (SNIEG, 2023) Por otro lado, la tabla 3.1 nos muestra datos más estadísticos sobre la cantidad y el total de médicos con los que cuenta la entidad federativa:

Tabla 3.1 personal salud Guerrero

Año	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Personal médico en formación	Médicos en otras labores	Enfermeras generales y especialistas	Pasantes de enfermería	Auxiliares de enfermería	Personal de enfermería en otras labores	Personal profesional	Personal técnico	Otro personal	TOTAL
2012	3,967	792	301	4,147	450	1,543	297	1,065	1,865	3,961	18,388
2013	4,151	734	304	4,268	467	1,677	292	1,111	1,893	3,990	18,887
2014	4,986	774	283	4,878	486	1,958	321	1,209	2,111	4,371	21,377
2015	5,377	757	451	5,152	660	2,189	375	1,030	2,390	4,633	23,014
2016	5,474	850	275	5,525	777	2,239	381	1,219	2,867	5,049	24,656
2017	5,762	1,024	325	5,744	1,120	2,568	528	1,301	2,853	5,717	26,942
2018	6,124	991	356	5,792	959	3,116	425	1,333	2,674	6,002	27,772
2019	5,938	995	347	5,585	1,005	3,186	404	1,410	2,638	5,723	27,231
2020	5,996	834	319	5,638	868	3,523	407	1,430	2,711	5,853	27,579
2021	6,125	997	309	6,024	820	3,525	452	1,538	2,847	5,913	28,550
2022	6,111	948	352	6,136	901	3,303	584	1,555	2,787	5,931	28,608
2023	6,018	1,413	341	6,511	670	2,904	456	1,695	2,672	5,798	28,478

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

La tabla en la sección resaltada de amarillo se observa que en 2023 el total del personal que trabaja en el sector salud es de 28,478 personas de las cuales, tan solo 6,018 son médicos y especialistas, cifras que superan a Oaxaca y Chiapas incluso cuando estos superan al estado en el total de la población. Aun así este número sigue siendo bajo con respecto al total de la población, ya que los médicos solo representan el 0.17% lo que sigue estando muy lejos de incluso el 1% de la población.

Ahora para el número de hospitales y los recursos médicos usaremos las siguientes dos tablas:

Tabla 3.2 Establecimientos médicos Guerrero

Año	Asistencia Social	Consulta externa	Hospitalización	Apoyo	Total
2010	15	1,087	50	21	1,173
2011	20	1,101	54	21	1,196
2012	20	1,104	53	21	1,198
2013	20	1,114	53	21	1,208
2014	20	1,155	55	21	1,251
2015	20	1,159	55	21	1,255
2016	20	1,296	56	22	1,394
2017	20	1,289	57	22	1,388
2018	20	1,329	58	22	1,429
2019	20	1,299	59	33	1,411
2020	20	1,279	62	34	1,395
2021	20	1,284	62	36	1,402
2022	20	1,351	63	40	1,474
2023	20	1,353	61	47	1,481

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

El total de establecimientos médicos de Guerrero en 2023 fue de 1,481 entre los cuales 1,353 son para pacientes que no requieren hospitalización y tan solo 61 son para este fin, podemos destacar que en la última década hubo un aumento de 10 de estos hospitales, aunque a comparación de 2022 estos se redujeron, también hubo un aumento en centros de apoyo y para los centros de asistencia social estos han permanecido prácticamente igual desde 2011. A diferencia de los médicos, Guerrero tiene menos establecimientos médicos que los otros estados. Ahora la próxima tabla veremos los recursos médicos con los que cuenta la entidad federativa:

Tabla 3.3 recursos físicos salud Guerrero

Año	Consultorios	Camas hospitalarias	Camas no hospitalarias	Quirófanos	Salas expulsión
2012	2,233	1,807	1,624	125	105
2013	2,370	1,900	1,672	141	108
2014	2,400	1,864	1,742	137	82
2015	2,405	1,911	2,109	133	67
2016	2,485	2,074	2,120	127	69
2017	2,486	1,977	2,029	109	65
2018	2,576	2,075	2,260	110	67
2019	2,574	1,990	2,353	114	73
2020	2,571	1,960	2,354	111	71
2021	2,578	1,976	2,126	110	71

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla se observa que el número de consultorios para 2021 es de 2,578, la suma de camas hospitalarias y no hospitalarias es de 4,554 y los quirófanos son 110. En este sentido podemos resaltar la disminución de quirófanos que la podemos relacionar en la tabla 3.2 con los hospitales aptos para hospitalización, porque es donde normalmente se encuentran este tipo de sales. También podemos resaltar que en los últimos 10 años estos en lugar de aumentar han disminuido.

Accesibilidad:

Como ya sabemos, Guerrero es uno de los estados más pobres del país, con 60.4% de su población viviendo en la pobreza y sabiendo que la población del estado es de 3, 540,685 habitantes, calculamos que en números naturales son 2, 138,093 personas las cuales viven en pobreza. Esto lo traducimos a que más de la mitad de la población tiene dificultades económicas, las cuales limitan el acceso a los servicios de salud.

La cobertura de los establecimientos médicos, sabiendo que Guerrero cuenta con un total de 1,481 y que cuenta con 85 municipios. Tomando el supuesto de que están distribuidos igualitariamente, tenemos que el promedio de establecimientos médicos por municipio es de 17.4, siendo el estado del sur que más sobresale en este indicador, ya que los otros dos no llegaban ni a un promedio de 10 establecimientos médicos por municipio. Aun así, hay que tomar en cuenta que la cantidad de municipios es mucho menor, aunque proporcionalmente sobresale más en la cobertura que los otros dos. Ahora la siguiente tabla nos muestra la cobertura del IMSS-BIENESTAR en el estado de Guerrero.

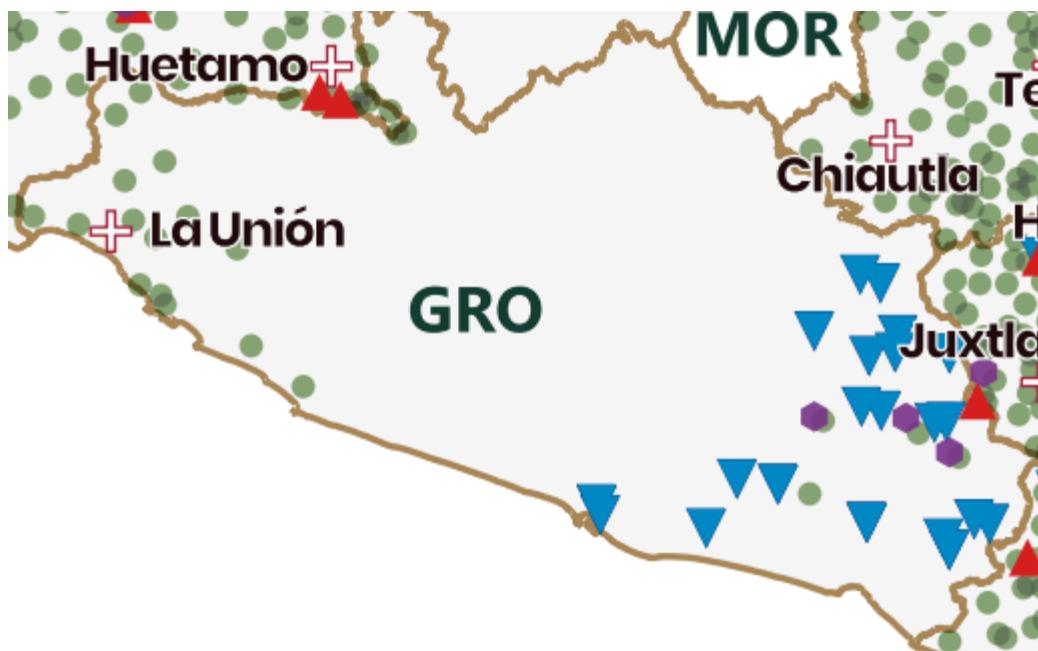
Tabla 3.4 infraestructura IMSS-BIENESTAR Guerrero

OOAD	TOTAL	Segundo nivel de Atención	Primer nivel de atención			
			Hospitales Rurales	Unidades Médicas Rurales	CARO	Unidades Móviles
Nacional	4,075	82	3,632	37	140	184
Baja California	16	1	11	-	4	-
Campeche	45	2	39	-	4	-
Coahuila	83	3	77	-	-	3
Chiapas	605	10	562	8	18	7
Chihuahua	161	3	144	2	3	9
Durango	175	3	165	-	2	5
Guerrero	49	1	19	3	26	-

Fuente: (IMSS-BIENESTAR, 2024)

Vemos que este cuenta con un hospital rural, 19 unidades médicas rurales y 26 unidades móviles. Las cuales el siguiente mapa nos muestra cómo están distribuidas geográficamente:

Mapa 3 cobertura Guerrero



Fuente: (IMSS-BIENESTAR, 2024)

En el mapa la simbología es la misma que ya hemos visto, donde los puntos verdes representan las unidades médicas rurales, las cruces representan los hospitales rurales, el rojo las brigadas de salud y el azul las unidades médicas móviles. En el mapa se nota que lo que abundan más son las unidades médicas móviles y las unidades médicas rurales y notamos también que estas están divididas estando la mayoría de las unidades médicas rurales en el oeste y de las otras en el este del estado, dejando al centro sin la cobertura de estos servicios a menos por parte de los que ofrece el IMSS-Bienestar.

Calidad:

Para concluir analizaremos la calidad de los servicios, primero veremos la cantidad de médicos especialistas con los que cuenta el estado el cual la cifra asciende a un total de 1,310 lo que en una tasa por cada 100 mil habitantes es de 3. (Secretaría de salud, 2022) Ahora sacado el porcentaje respecto a la población nos queda que los médicos especialistas representan 0.037% cifra que al igual que la de los otros dos estados del sur es extremadamente baja. Ahora con la siguiente tabla analizaremos con el equipo médico de alta tecnología con los que cuenta Guerrero:

Tabla 3.5 recursos físicos de alta tecnología GUERRERO

Año	Aceleradores lineales	Mastógrafos	Resonancias magnéticas	Tomógrafos	Angiografos	Gamma cámaras	Unidades de radioterapia
2007	0	5	0	5	0	0	1
2008	0	7	1	5	0	0	1
2009	0	9	1	3	0	0	1
2010	0	10	1	3	0	1	1
2011	0	10	1	4	0	1	1
2012	0	13	1	4	1	1	1
2013	0	13	1	4	1	1	1
2014	0	13	1	5	1	1	1
2015	0	18	1	5	1	1	1
2016	0	24	1	6	1	1	2
2017	0	25	1	6	2	1	2
2018	0	28	1	8	2	1	2
2019	0	28	2	11	1	1	2
2020	1	10	1	14	1	1	0
2021	1	13	1	17	1	1	1
2022	1	16	1	13	1	0	0
2023	1	25	1	14	1	2	0

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla podemos observar que el estado cuenta con casi todos los recursos médicos clasificados como de alta tecnología solo faltando 1 y teniendo un total de 44, siendo con los que más cuenta mastógrafos y tomógrafos, para todo lo demás

las unidades con las que cuenta el estado son escasas no superando las tres unidades.

En la siguiente tabla se muestra las obras terminadas para el año 2023 lo que es importante a tener en cuenta para analizar cuál ha sido la prioridad del estado con respecto a las obras que ha tenido en el sector salud:

Tabla 3.6 Obras nuevas Guerrero



UNIDAD MÉDICA	ACCIÓN EN INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD							TOTAL
	OBRA NUEVA	SUSTITUCIÓN	SUSTITUCIÓN DE UNIDAD MÉDICA MÓVIL	SUST. Y AMPL.	AMPL.	FORTALECIMIENTO	EQUIP.	
CENTRO DE SALUD	7	114				534		655
CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS (CESSA)	2	1				2		5
UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (UNEME)	16							16
AMBULANCIA							1	1
DIVERSAS UNIDADES MÉDICAS							5	5
UNIDAD MÉDICA MÓVIL		1	9				2	10
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD	3	5			2	5		15
HOSPITAL ESPECIALIZADO	2					2	2	6
HOSPITAL GENERAL		5		1	1	6	5	18
TOTAL	30	126	9	1	3	549	15	743

Fuente: (DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD, 2023)

En la tabla solo resaltaremos los datos más importantes, como que hubo un total de 30 obras nuevas, de las cuales solo 5 fueron hospitales. También hubo 126 sustituciones, pero lo que más hubo fueron fortalecimientos de infraestructuras de salud ya existentes. Entre otras cosas, esta tabla nos revela la prioridad del estado respecto a la infraestructura en la salud, enfocándose más en fortalecer que en ampliar la cobertura, un enfoque bastante interesante teniendo en cuenta que este estado, como vimos, tiene el mayor promedio de centros médicos por municipio de

los estados del sur, por lo que puede ser un acierto para la calidad fortalecer los ya existentes más que crear nuevos.

El presupuesto que ha destinado el estado para esta área es el siguiente: 11 mil 713 millones 138 mil 119 pesos, que fue la última cifra dada para el 2024. (Gobierno de Guerrero, 2024) En el estado de Guerrero, las participaciones que realizó el estado para el desarrollo social fueron 46 programas implementados, de los cuales solo 3 cubrieron el derecho a la salud. (CONEVAL, 2022) Estas cifras son alarmantes, ya que, como vimos anteriormente, el estado presenta altos índices de su población en situación de carencia por el acceso a los servicios de salud, por lo que las intervenciones del estado respecto a garantizar este derecho haya sido limitadas nos da una idea de por qué se vive tal situación en el estado.

Capítulo 4.2 Las carencias por el acceso a la salud estados del norte Baja California sur, Coahuila, Chihuahua (indicadores)

Ahora que ya vimos cómo quedaron los indicadores para los estados del sur es momento de pasar la segunda parte de nuestro capítulo analítico, que es analizar los mismos indicadores pero para los estados del norte que son con los que los vamos a comparar, ya que estos estados son los que presentan la característica de que son los que mejor sobresalen a la hora de ver las cifras sobre las carencias y en este caso sobre las carencias en el acceso a la salud.

Indicadores de Baja California Sur:

Baja California sur como ya habíamos mencionado presentó 17,3% de su población en carencia por el acceso a servicios de salud, siendo el estado que menor porcentaje tiene a nivel nacional, por lo que este es con el que iniciaremos analizar los indicadores del bloque de las entidades del norte. Para con esto posteriormente revelar la realidad de las disparidades del sistema de salud mexicano.

Disponibilidad:

Ahora pasando con nuestras dimensiones y al igual que con los estado del sur iniciaremos viendo la tasa por cada mil habitantes de médicos, donde en Baja California Sur es de 2.52 según estimaciones del sistema nacional de información y estadística geográfica (SNIEG 2023). Para analizar datos más específicos sobre la cantidad de personal de salud existente en la entidad federativa veremos la siguiente tabla 4.1:

Tabla 4.1 personal médico salud Baja California Sur

Año	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Personal médico en formación	Médicos en otras labores	Enfermeras generales y especialistas	Pasantes de enfermería	Auxiliares de enfermería	Personal de enfermería en otras labores	Personal profesional	Personal técnico	Otro personal	TOTAL
2012	1,326	187	145	848	66	1,097	111	459	487	1,910	6,636
2013	1,347	198	155	909	62	1,060	105	443	505	1,888	6,672
2014	1,404	211	133	1,247	84	771	78	512	476	1,997	6,913
2015	1,507	197	243	1,397	86	725	98	317	658	1,905	7,133
2016	1,528	289	143	1,382	111	925	85	290	897	2,000	7,650
2017	1,523	286	136	1,348	136	872	105	294	901	1,951	7,552
2018	1,544	303	151	1,382	135	849	110	295	956	1,911	7,636
2019	1,605	347	133	1,383	126	886	136	298	1,042	1,978	7,934
2020	1,703	253	138	1,494	76	970	128	304	1,075	2,009	8,150
2021	1,668	341	165	1,478	72	921	148	309	1,066	1,930	8,098
2022	1,600	413	153	1,450	99	896	149	343	1,039	1,960	8,102
2023	1,757	430	149	1,589	113	891	157	372	1,080	2,112	8,650

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla 4.1 se nos muestra la evolución de la cantidad de personal médico en la última década, desde 2012 hasta 2023. La parte resaltada es la que trae los datos que más nos importan para esta investigación donde primero podemos rescatar que el total de personal médico de Baja California Sur es 8,650 y que de esos tan solo 1,757 son médicos, también podemos resaltar que no habido un aumento significativo del personal médico en la última década, ya que tan sólo habido un aumento de poco más de 400 médicos desde 2012.

El porcentaje de médicos respecto al total de la población es el 0.22% recordemos que este dato es importante, porque con este podemos comparar de manera más exacta, ya que eliminamos el perro de la diferencia poblacional. Ahora con la tabla 4.2 analizaremos la variable del número de establecimientos de salud y las categorías que hay de cada uno.

Tabla 4.2 Establecimientos de salud Baja California Sur

Año	Asistencia Social	Consulta externa	Hospitalización	Apoyo	Total
2010	0	122	19	18	159
2011	1	129	29	18	177
2012	1	130	31	18	180
2013	1	134	31	18	184
2014	2	134	31	18	185
2015	2	138	32	18	190
2016	2	177	32	22	233
2017	2	181	34	25	242
2018	2	188	36	32	258
2019	2	192	40	33	267
2020	2	187	45	29	263
2021	2	190	45	30	267
2022	2	234	46	33	315
2023	2	235	44	38	319

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla vemos que el número de establecimientos médicos para el 2023 fue un total de 319 de los cuales 235 sirven para consulta externa y tan solo 44 son para hospitalización, aunque respecto con el total hay una porción significativa de estos Hospitales. En la última década hubo un aumento de poco más del 50% de los establecimientos médicos, donde lo que más aumentó fueron los centros donde puede haber hospitalización y los de consulta externa.

Para concluir con esta dimensión analizaremos la tabla 4.3 que es la que nos mostrara los recursos físicos de salud con los que cuenta el estado

Tabla 4.3 recursos médicos salud Baja California Sur

Año	Consultorios	Camas hospitalarias	Camas no hospitalarias	Quirófanos	Salas expulsión
2012	549	673	514	31	26
2013	597	674	548	36	26
2014	618	678	530	38	26
2015	613	679	462	38	25
2016	606	695	449	38	32
2017	628	690	435	38	32
2018	631	695	420	38	31
2019	660	713	452	37	32
2020	673	756	453	35	33
2021	666	721	445	38	35

Fuente:(Gobierno de México, 2023)

En esta tabla como en las otras que hemos visto de recursos en la salud los datos solo llegan hasta 2021, por lo que para este indicador es así como también los veremos en todos los estados del norte, En la tabla observamos que el total de camas hospitalarias y no hospitalarias con las que cuenta el estado son 1,166 destacando que con lo que más cuenta son camas hospitalarias. También vemos que el número de consultorios es 666, de quirófanos 38 y de salas de expulsión 35, por último notamos que en la última década no ha habido un aumento significativo en estos recursos.

Accesibilidad:

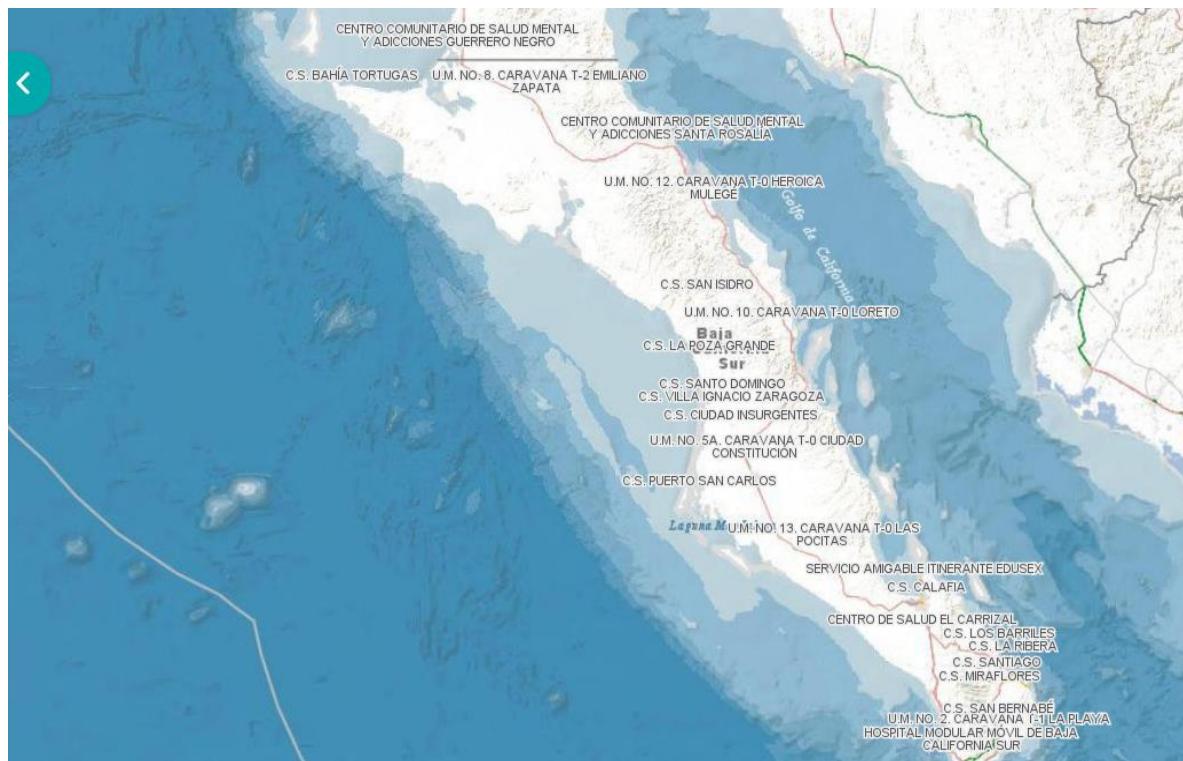
Como vimos al inicio, Baja California Sur para 2022 presentó un 13.3% de su población en situación de pobreza, siendo la entidad con el menor porcentaje de personas en situación de pobreza y convirtiéndola en la contraparte de Chiapas para los estados del sur. En el último censo de población y vivienda tuvo un total de 798,447 habitantes y, si convertimos el porcentaje, nos da que 106,515 personas

viven en situación de pobreza. Analizando esto, más de 1000 mil personas no tienen ingresos suficientes para atender sus necesidades.

Para analizar la cobertura del estado, usaremos el mismo criterio que con los estados del sur, que es sacar el promedio de establecimientos médicos por municipio, esto con el supuesto de que están distribuidos igualitariamente, por lo que, si Baja California Sur tiene un total de 5 municipios y un total de 319 establecimientos médicos, tenemos que hacer un promedio de 63.8 establecimientos médicos por municipio, lo que a primera instancia parece ser una cifra bastante alta, pero más adelante analizaremos qué tan así es.

Ahora, para ver de manera más esquemática la cobertura de los centros de salud del estado de Baja California Sur, veremos el mapa 4:

Mapa 4 cobertura centros de salud Baja California Sur



Fuente: (GBS, 2024)

En el mapa más que otra cosa se observa como los establecimientos de salud están distribuidos por prácticamente la totalidad del estado dando una cobertura de casi el 100% del territorio. Por último para terminar de ver la cobertura de los servicios de salud y la geografía analizaremos las siguientes dos tablas:

**Unidades médicas por nivel de atención e institución pública
Baja California Sur 2021**

Municipio	Atención Ambulatoria 1er Nivel					Atención Hospitalaria 2do Nivel					Establecimientos de Apoyo		Total
	SS ¹	IMSS ²	ISSSTE	SEDENA	SEMAR	SS ³	IMSS	ISSSTE	SEDEN ^A	SEMAR	SS ⁴	IMSS ⁵	
Comondú	15	3	2	0	1	1	1	1	0	0	0	2	26
Mulegé	12	7	5	1	0	1	2	1	0	1	0	2	32
La Paz	33	1	4	0	1	2	2	1	3	1	2	3	53
Los Cabos	21	3	1	0	1	3	2	1	0	0	0	2	34
Loreto	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Total	83	15	13	1	3	8	7	4	3	2	2	9	150

Tabla 4.4 (SECRETARIA DE SALUD, 2022)

En la tabla 4.4 observamos a los 5 municipios con los que cuenta la entidad y la distribución de las unidades médicas con las que cuenta cada uno. Los municipios que cuentan con mayor distribución son la paz, y los cabos teniendo un total de 53 y 34 respectivamente y el que menos Loreto que es el que cuenta con muchas menos unidades ya que su total es de 5. La tabla divide las unidades médicas en 2 niveles de atención de primer nivel y de segundo.

**Infraestructura en salud
Secretaría de Salud 2021**

Municipio	Hospitales ^{1/}	UNEMES ^{2/}	Centros de Salud ^{3/}	Unidades móviles ^{4/}	Establecimientos de apoyo ^{5/}	Total	Casas de Salud ^{6/}
Comondú	1	1	12	2	0	16	14
Loreto	1	1	0	1	0	3	7
Mulegé	1	2	7	3	0	13	7
La Paz	2	8	21	4	2	37	18
Los Cabos	3	3	17	1	0	24	7
TOTAL	8	15	57	11	2	93	53

Tabla 4.5 (SECRETARIA DE SALUD, 2022)

La tabla 4.5 que también está dividida entre los 5 municipios del estado nos revela cuánta infraestructura en salud tiene cada uno donde la paz es el municipio que sobresale junto con los cabos en la distribución de infraestructura de salud. La paz cuenta con dos hospitales y 21 centros de salud, mientras que los cabos cuentan con 3 hospitales y 17 centros de salud. Por su parte los demás municipios cuentan con similar números de hospitales y centros médicos acepción de Loreto que cuenta con 0 centros de salud y por lo que hemos visto podría decirse que es el municipio más marginado en este sentido.

Calidad:

Para finalizar con Baja California Sur analizaremos la calidad de los servicios, primero veremos la cantidad de médicos especialistas con los que cuenta el estado el cual la cifra asciende a un total de 487, lo que en una tasa por cada 100 mil habitantes es de 61. (Secretaría de salud, 2022) Ahora transformando la cifra a porcentaje con respecto al total de la población tenemos que el porcentaje de médicos especialistas es de 0.061% cifra que sigue sin llegar al 1% del total de la población. Con la tabla 4.6 analizaremos otro indicador de la calidad que es el equipo médico de alta tecnología con los que cuenta el estado.

Tabla 4.6 recursos físicos de alta tecnología Baja California Sur

Año	Aceleradores lineales	Mastógrafo s	Resonancias magnéticas	Tomógrafo s	Angiográf os	Gamma cámaras	Unidades de radioterapia
2007	0	2	0	2	0	0	1
2008	0	2	0	2	0	0	0
2009	0	2	0	2	0	0	0
2010	0	9	1	3	1	0	0
2011	0	8	1	3	1	0	0
2012	0	9	1	3	1	0	0
2013	0	9	1	3	1	0	0
2014	0	9	1	3	1	0	0
2015	0	11	1	2	1	0	1
2016	0	10	1	2	1	0	1
2017	0	11	1	3	1	0	1
2018	0	10	1	3	1	0	0
2019	2	12	1	5	1	0	1
2020	1	11	1	6	1	0	1
2021	1	10	1	7	1	0	1
2022	1	12	1	7	1	0	1
2023	1	17	1	9	2	0	1

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

El equipamiento médico de alta tecnología con los que cuenta Baja California Sur es todo con excepción de las gamma cámaras, por otra parte con el que más cuenta son Tomógrafos y mastografos.

Tabla 4.7 obras nuevas en salud Baja California Sur



BAJA CALIFORNIA SUR

ACTUALIZADA A JUNIO DE 2022

UNIDAD MEDICA	ACCIÓN EN INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD					TOTAL
	OBRA NUEVA	SUSTITUCIÓN	SUSTITUCIÓN DE UNIDAD MÉDICA MÓVIL	FORTALECIMIENTO	EQUIPAMIENTO	
BANCO DE SANGRE	1					1
LABORATORIOS				1		1
CASA DE SALUD	1	1		14		16
CENTRO DE SALUD	1	3		49		53
CENTRO DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS (CESSA)				1		1
UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (UNEME)	12	1			2	15
AMBULANCIA					1	1
DIVERSAS UNIDADES MÉDICAS					2	2
UNIDAD MÉDICA MÓVIL			2		1	3
HOSPITAL DE LA COMUNIDAD	1					1
HOSPITAL GENERAL	1	2			3	6
PSIQUIÁTRICO		1				1
TOTAL	17	8	2	65	9	101

Fuente: (DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD, 2022)

La tabla 4.7 solo resaltaremos los datos más importantes como que hubo un total de obras nuevas y se fortalecieron 65, por lo que en este rubro podemos decir que el enfoque del gobierno ha sido de mejorar lo ya establecido que en expandir la cobertura. Por último veremos el presupuesto destinado al sector salud el cual fue 24 mil 960 millones 327 mil 424 pesos en 2024 (El Sudcaliforniano, 2024).

Indicadores de Coahuila:

Ahora pasando al segundo estado de las entidades del norte recordemos que Coahuila era el segundo que le seguía a baja california sur presentando un porcentaje de 19,7% de su población en carencia por el acceso a los servicios de salud. Analizar el este estado será interesante en el sentido que es uno de los más grandes de México sobre todo para ver cómo el cómo tiene su cobertura para tener porcentajes tan bajos dentro de esta carencia. En el último censo de población y vivienda Coahuila salió con 3, 146,771 habitantes que si convertimos el porcentaje

de la población en carencia por el acceso a los servicios de salud nos da que 619,907 personas padecen esta situación.

Disponibilidad:

Primer veremos como con los otros estados la tasa por cada mil habitantes teniendo 1.96 (SNIEG, 2023) Ahora la tabla 5.1 nos mostrará información del número del personal médico con el que cuenta la entidad federativa:

Tabla 5.1: Personal médico Coahuila

Año	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Personal médico en formación	Médicos en otras labores	Enfermeras generales y especialistas	Pasantes de enfermería	Auxiliares de enfermería	Personal de enfermería en otras labores	Personal profesional	Personal técnico	Otro personal	TOTAL
2012	3,778	741	483	4,043	454	2,160	513	1,920	1,311	4,918	20,321
2013	4,133	831	525	4,675	598	2,313	564	1,978	1,438	5,739	22,794
2014	4,119	861	522	4,657	751	2,394	552	1,971	1,433	5,673	22,933
2015	4,487	955	696	4,597	742	2,551	656	845	2,059	5,627	23,215
2016	4,286	1,185	423	4,842	984	2,577	619	849	2,978	5,426	24,169
2017	4,409	1,223	461	4,942	992	2,746	650	816	3,298	5,563	25,100
2018	4,438	1,356	494	4,990	1,021	2,785	621	893	3,405	5,339	25,342
2019	4,599	1,454	426	5,032	965	2,818	633	971	3,448	5,639	25,985
2020	4,800	1,194	451	5,442	799	2,997	686	1,006	3,688	5,998	27,061
2021	4,895	1,318	471	5,390	908	3,282	684	1,023	3,827	6,047	27,845
2022	4,872	1,466	437	5,218	944	3,159	661	1,085	3,826	5,836	27,504
2023	4,912	1,604	441	5,309	890	3,307	714	1,022	3,795	5,876	27,870

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla en la sección como en las demás nos revela datos de varios años pero solo nos enfocaremos en lo resaltada de amarillo donde nos dice que para 2023 el total de personal médico fue de 27, 870 de los cuales 4,912 son médicos, lo que haciendo las conversiones tenemos que representan el 0.79% del total de la población y está siendo la entidad que más se ha acercado al 1% de las que hemos analizado hasta ahorita.

Ahora la tabla 5.2 nos mostrará el número de establecimientos de salud con los que cuenta el estado:

Tabla 5.2: Establecimientos médicos Coahuila

Año	Asistencia Social	Consulta externa	Hospitalización	Apoyo	Total
2010	0	411	83	18	512
2011	3	421	84	18	526
2012	3	416	84	17	520
2013	3	415	84	17	519
2014	3	415	85	17	520
2015	3	413	84	17	517
2016	3	574	85	18	680
2017	3	579	87	18	687
2018	3	605	87	18	713
2019	3	573	93	20	689
2020	3	565	95	19	682
2021	3	576	99	20	698
2022	3	638	100	25	766
2023	3	655	102	25	785

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla nuevamente nos centramos en la sección resaltada en la que podemos ver que hay un total de 785 establecimientos de salud en el estado de Coahuila cifra que parece baja teniendo en cuenta el territorio de la entidad. La tabla nos informa que el estado cuenta con 655 centros de consulta externa y que de los 785 establecimientos tan solo 102 sirven para hospitalización. Por último notamos que no habido un incremento significativo de los centros de salud, ya que desde hace una década apenas si aún aumentado menos de la mitad del total que tienen para 2023.

Para concluir con esta dimensión veremos los recursos en salud con los que cuenta el estado y para eso vamos a recurrir a la tabla 5.3 la cual nos dará toda la información sobre esto:

Tabla 5.3 Recursos Médicos Coahuila

Año	Consultorios	Camas hospitalarias	Camas no hospitalarias	Quirófanos	Salas expulsión
2012	1,762	2,658	1,374	106	52
2013	1,929	2,708	1,584	130	56
2014	1,974	2,686	1,570	132	55
2015	1,945	2,665	1,253	143	54
2016	1,915	2,777	1,255	142	45
2017	1,902	2,879	1,255	146	46
2018	1,914	2,915	1,215	148	53
2019	1,835	2,900	1,179	135	55
2020	1,869	2,937	1,202	138	54
2021	1,941	2,954	1,179	135	53

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la anterior tabla como dijimos nos muestra los recursos de salud, si no enfocamos en el apartado resaltado vemos que para 2021 el estado de Coahuila contaba con 4,133 camas hospitalarias y no hospitalarias, 1,941 consultorios y 135 quirófanos, notamos que al igual que los consultorios casi no habido un aumento significativo de estos recursos en la última década.

Accesibilidad:

Para medir la accesibilidad, iniciaremos primero con el número de personas en situación de pobreza que, si recordamos, este presentó un 18.2% de su población en situación de pobreza, tan solo 1% menos que en carencia por el acceso a la salud. Ahora, si convertimos esa cifra a números naturales, nos da que el total de población en situación de pobreza del estado es de 572,705 personas que padecen esta situación.

El promedio de la cobertura de los establecimientos médicos en relación a la cantidad de municipios nos da que Sí, Coahuila tiene 38 municipios, y si retomamos el dato del total de establecimientos médicos 785, nos da un promedio de 20 establecimientos médicos por municipio.

Tabla 5.4 establecimientos IMSS-BIENESTAR Coahuila

OOAD	TOTAL	Segundo nivel de Atención	Primer nivel de atención			
			Hospitales Rurales	Unidades Médicas Rurales	CARO	Unidades Móviles
Nacional	4,075	82	3,632	37	140	184
Baja California	16	1	11	-	4	-
Campeche	45	2	39	-	4	-
Coahuila	83	3	77	-	-	3
Chiapas	605	10	562	8	18	7
Chihuahua	161	3	144	2	3	9
Durango	175	3	165	-	2	5
Guerrero	49	1	19	3	26	-

Fuente: (IMSS-BIENESTAR, 2024)

Para la cobertura tenemos la tabla 5.4 dada por el IMSS-BIENESTAR donde nos muestra la cobertura que tiene en el estado con un total de 83 establecimientos de los cuales 3 son hospitales rurales y 77 unidades médica rurales, siendo uno de los estados que de los que salen en la tabla que menor infraestructura de esta tienen y es algo que se ve más evidente en el siguiente mapa:

Mapa 5 establecimientos IMSS-BIENESTAR COAHUILA



Fuente: (IMSS-BIENESTAR, 2024)

En el mapa los puntos verdes representan las unidades médicas rurales, las cruces representan los hospitales rurales y el rojo las brigadas de salud. Vemos que la mayoría de las unidades médicas rurales se encuentra en el sur, al igual que las brigadas de salud con excepción de unas pocas que se encuentran en el norte del estado.

Calidad:

Para concluir con esta entidad, veremos la última dimensión que es la calidad, por lo que, como con las otras, veremos la tasa de médicos especialistas por cada 100 mil habitantes que es de 80.7 y siendo un total estos de 2,577 (Secretaría de Salud, 2022), lo que es poquito menos de la mitad del total de médicos con los que cuenta el estado, una cifra bastante alta. Lo que hemos visto ahora, sacando el porcentaje

respecto al total de la población, nos da que son el 0.082%. Por otra parte, el ingreso destinado al sector salud por parte del estado de Coahuila, del cual tenemos que en 2023 fue de 4,590,642,245 millones de pesos (Congreso del Estado de Coahuila, 2024). Como siguiente indicador tenemos la cantidad de recursos médicos de alta tecnología con los que cuenta el estado, datos que nos dio la tabla 5.5:

Tabla 5.5 Equipamiento médico de alta tecnología Coahuila

Año	Aceleradores lineales	Mastógrafos	Resonancias magnéticas	Tomógrafos	Angiógrafos	Gamma cámaras	Unidades de radioterapia
2007	0	9	1	4	1	0	0
2008	0	12	1	5	1	2	1
2009	0	10	1	5	1	2	1
2010	0	10	1	4	1	1	1
2011	0	13	1	6	1	2	1
2012	0	25	1	11	1	1	1
2013	0	30	2	12	1	1	1
2014	0	31	2	12	1	1	1
2015	1	31	2	11	1	1	2
2016	1	25	2	10	1	1	2
2017	1	28	2	11	1	1	1
2018	1	29	2	12	2	1	1
2019	2	38	2	18	7	1	2
2020	1	43	2	18	5	1	2
2021	2	40	3	17	8	4	2
2022	2	32	2	12	3	3	0
2023	3	33	2	13	3	3	0

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En los recursos médicos de alta tecnología tenemos que el estado cuenta con un total de 57 de estos dispositivos médicos de los cuales cuenta con todo de todas las categorías, teniendo más mastógrafos y tomógrafos.

Indicadores Chihuahua

Por último y para concluir con esta parte del análisis de los indicadores, vamos a analizar al último estado de las entidades del norte el cual es el estado de Chihuahua el cual presentó para 2022 un porcentaje de 21,5% de población en carencia por el acceso a los servicios de salud, siendo de las entidades del norte la que mayor porcentaje tiene. El estado de Chihuahua es el estado más grande de México y en su territorio alberga una población de 3, 741,869 habitantes, según el último censo de población y vivienda de 2020, traduciendo la cifra dada por CONEVAL respecto

al total de la población nos da un total de 804,493 personas que sufren de esta carencia.

Disponibilidad:

Para nuestra primera dimensión y como empezamos con los demás estados iniciando por la tasa de médicos por cada mil habitantes la cual tenemos que es de 1.94 (SNIEG, 2023) Ahora es momento que pasemos al análisis de las tablas para sacar el número de hospitales y el número de recursos médicos con los que cuenta la entidad federativa.

Tabla 6.1 Personal médico Chihuahua

Año	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Personal médico en formación	Médicos en otras labores	Enfermeras generales y especialistas	Pasantes de enfermería	Auxiliares de enfermería	Personal de enfermería en otras labores	Personal profesional	Personal técnico	Otro personal	TOTAL
2012	4,007	881	504	4,306	673	3,399	660	2,126	1,704	6,366	24,626
2013	4,136	803	505	4,521	790	3,437	630	2,143	1,752	6,453	25,170
2014	4,203	868	502	4,767	975	3,467	633	2,198	1,816	6,523	25,952
2015	4,729	938	811	5,137	1,033	3,625	690	1,173	2,431	6,444	27,011
2016	4,658	1,349	387	5,525	976	3,697	619	1,172	3,439	6,421	28,243
2017	4,617	1,327	434	5,575	1,034	3,776	668	1,212	3,424	6,428	28,495
2018	5,140	1,335	515	5,686	1,107	3,783	656	1,253	3,630	6,706	29,811
2019	4,897	1,521	431	5,714	1,012	3,720	640	1,195	3,836	6,425	29,391
2020	4,992	1,367	435	6,046	900	3,701	631	1,362	3,810	6,779	30,023
2021	5,662	1,524	512	6,518	913	3,594	635	1,331	3,912	7,022	31,623
2022	5,430	1,781	503	6,719	944	3,462	689	1,355	3,876	7,240	31,999
2023	5,672	2,001	576	6,773	921	3,498	729	1,394	3,751	7,735	33,050

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla 6.1 del personal médico del estado de Chihuahua en la sección resaltada de amarillo es la que nos muestra los datos que tomaremos en cuenta, donde vemos que el personal médico en total es de 33,050 de los cuales tan solo 5, 672 son médicos, que respecto a la población total de la entidad representan el 0.1516% al igual que en los demás estados no llega ni al 1%. También notamos que dentro de la última década el personal médico aumentó significativamente en casi 10 mil personas y aunque de médicos no hubo un aumento excesivo, se puede decir que sí fue significativo, ya que fue un aumento de poco más de mil médicos en los

últimos años. Ahora con la siguiente tabla analizaremos el número de establecimientos médicos.

Tabla 6.2 Establecimientos salud Chihuahua

Año	Asistencia Social	Consulta externa	Hospitalización	Apoyo	Total
2010	0	554	93	28	675
2011	3	543	96	28	670
2012	3	549	112	27	691
2013	3	558	112	27	700
2014	3	562	112	27	704
2015	3	568	117	27	715
2016	3	720	121	38	882
2017	3	732	121	39	895
2018	3	761	122	39	925
2019	3	760	122	43	928
2020	3	752	121	49	925
2021	3	777	126	68	974
2022	3	893	127	121	1,144
2023	4	932	127	129	1,192

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla 6.2 observamos en el apartado restado que el total de establecimientos médicos con los que cuenta la entidad federativa es de 1,192 de los cuales tan solo 127 son para hospitalización, vemos que para consulta externa hay un total de 932. También en la última década hubo un aumento de casi el doble de los establecimientos médicos, por lo que podemos decir que es un aumento significativo. Este apartado es sumamente importante ya que como sabemos este es uno de los estados más grandes de la república por lo que la cobertura debe ser suficiente, pero esto lo analizaremos más adelante.

Para concluir con esta dimensión analizaremos la última tabla que nos mostrara los recursos médicos con los que cuenta la entidad federativa:

Tabla 6.3 recursos físicos salud Chihuahua

Año	Consultorios	Camas hospitalarias	Camas no hospitalarias	Quirófanos	Salas expulsión
2012	1,892	2,767	1,682	113	75
2013	2,012	2,781	1,801	122	75
2014	2,042	2,800	1,748	113	74
2015	2,080	2,873	1,637	121	89
2016	2,029	2,814	1,685	120	95
2017	2,003	2,905	1,620	133	97
2018	2,148	2,915	1,619	141	97
2019	2,079	3,015	1,731	138	114
2020	2,267	2,845	1,758	133	93
2021	2,120	2,906	1,758	122	93

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

En la tabla 6.3 observamos que el estado cuenta con 2,120 consultorios, el número total de camas que es de 4,664 y el número de que es de 122, por último notamos que en la última década el aumento en estos recursos no ha sido significativo.

Accesibilidad

Primero, para esta segunda dimensión y como con las anteriores, analizaremos el nivel de pobreza con el que cuenta el estado, el cual, según datos de Coneval, en 2022 fue de 17.6% de su población viviendo en pobreza, donde si tomamos la cantidad de personas en el último censo poblacional que se le hizo al estado, nos da un total de 659,771, que es poco más de medio millón de personas, que si bien no son cantidades como las presentadas por los estados del sur, pues aun así es un gran número de personas, cosa que luego no dimensionamos al usar porcentajes en lugar de números naturales.

Para medir parte de la cobertura, usaremos la fórmula que hemos estado usando con los demás estados para sacar el promedio de los establecimientos médicos entre el territorio de la entidad federativa. Tomando en cuenta que Chihuahua cuenta con 67 municipios, si medimos ese número con el total de establecimientos médicos 17.79, recordando que esto con el supuesto de que estén distribuidos

equitativamente, cosa que no es así, pero aun así con esto nos da una idea de cómo puede estar la cobertura dentro del estado, que por lo que vemos no es mala.

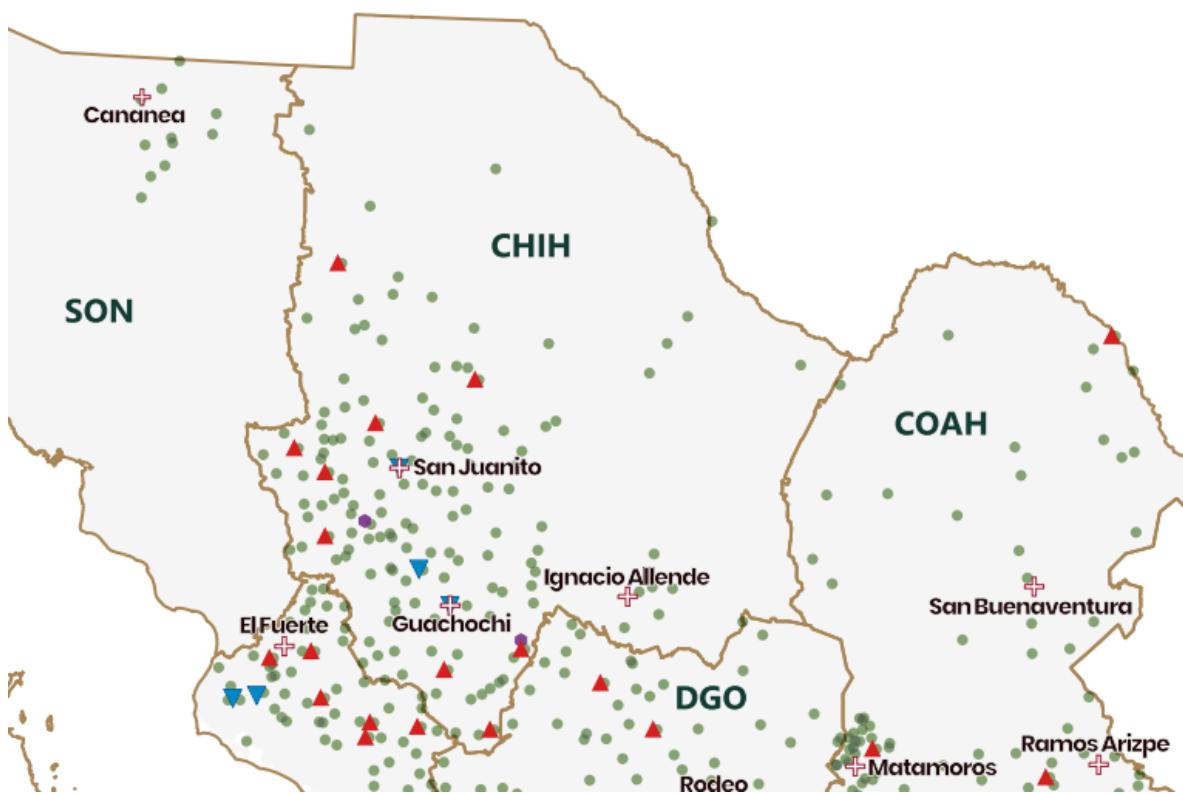
Tabla 6.4 unidades del IMSS-BIENESTAR

OOAD	HR	UMR	BS	UMM	CARO	Total
Nacional	82	3,632	184	140	37	4,075
Baja California	1	11		4		16
Campeche	2	39		4		45
Coahuila	3	77	3			83
Chiapas	10	564	7	18	8	607
Chihuahua	3	144	9	3	2	161
Durango	3	165	5	2		175
Guerrero	1	19		26	3	49
Hidalgo	4	217	11	10		242
México Poniente	2	29		1		32
Michoacán	7	337	28	12	1	385
Nayarit	1	82	4	2	2	91
Oaxaca	9	473	20	14	9	525
Puebla	7	309	8	12	2	338
San Luis Potosí	6	208	22	9	3	248
Sinaloa	2	101	12	2		117
Sonora	1	11				12
Tamaulipas	4	102	10			116
Veracruz Norte	3	291	20	7	3	324
Veracruz Sur	3	229	13	8	4	257
Yucatán	4	83		6		93
Zacatecas	6	141	12			159

Fuente: (IMSS-BIENESTAR, 2024)

En el siguiente cuadro observamos la cobertura del IMSS-BIENESTAR el cual tiene 3 hospitales rurales y 144 unidades médicas rurales, ahora con el siguiente mapa analizaremos la distribución de estos centros de salud.

Mapa 6 IMSS-BIENESTAR Chihuahua



Fuente: (IMSS-BIENESTAR, 2024)

En el mapa observamos que la mayor distribución de estos centros se encuentra al sur del estado y en el centro, mientras que en el norte prácticamente no se encuentran estos centros de atención y hospitales rurales. Ahora es momento de pasar a la última dimensión que evaluaremos qué es la calidad.

Calidad:

El número de médicos especialistas con los que cuenta la entidad federativa es de 3,191 lo que en una tasa por cada 100 mil habitantes nos da que hay un 85.3 médicos especialistas (Secretaría de salud, 2022) Ahora si transformamos el total a porcentaje con respecto al total de la población de la entidad federativa tenemos que representar el 0.0853%, cifra que como ya hemos visto es bajísima en la mayoría de los estados independientemente de a qué zona pertenezcan.

Tabla 6.5 Equipo médico de alta tecnología Chihuahua

Año	Aceleradores lineales	Mastógrafos	Resonancias magnéticas	Tomógrafo s	Angiógrafo s	Gamma cámaras	Unidades de radioterapia
2007	0	3	0	4	1	0	1
2008	0	3	0	5	1	0	1
2009	0	4	0	6	1	0	1
2010	0	12	0	5	1	0	1
2011	0	15	0	7	1	0	1
2012	0	20	0	7	1	0	1
2013	0	22	0	9	1	0	1
2014	0	23	0	10	1	0	1
2015	0	25	0	9	0	0	2
2016	0	28	0	9	0	0	2
2017	0	29	0	10	0	0	2
2018	0	31	0	10	2	0	2
2019	1	33	0	11	4	0	2
2020	0	25	0	10	1	0	4
2021	0	30	4	14	3	0	4
2022	2	22	2	10	1	0	4
2023	2	25	3	11	1	0	1

Fuente: (Gobierno de México, 2023)

La tabla 6.5 nos muestra que la entidad federativa cuenta con un total de 43 equipamientos de alta tecnología, con todos los tipos, a excepción de uno, el cual sería las cámaras gamma, manteniéndose en el promedio con respecto a la cantidad con las demás entidades. Para concluir, analizaremos cuánto es de presupuesto que el estado destina al sector salud, que según el gobierno del estado fue de 11 mil millones de pesos (Gobierno del estado de Chihuahua, 2024). Dentro de este paquete se atienden varias necesidades sociales además de la salud, por lo que el total que se destina a la salud puede que sea menos de $\frac{1}{3}$ de esta cantidad. Con esto damos por concluido el análisis de las dimensiones y los indicadores tanto de los estados del norte como del sur, y con esto podemos pasar a nuestro siguiente aparte, que es la comparación, para así terminar con el análisis de esta investigación.

4.3 Comparativa de las entidades del norte vs las entidades del sur

Una vez analizado las dimensiones con sus respectivos indicadores es momento de pasar al análisis comparativo de Chiapas, Oaxaca y Guerrero contra Baja California sur, Chihuahua y Coahuila. Para realizar esta comparación analizaremos el resultado de las 3 dimensiones que estudiamos mediante 3 tablas donde pondremos a las 6 entidades federativas examinadas al realizarlo de este modo, además de agilizar el proceso es una forma de esquematizar para una mejor comprensión.

4.3.1 Análisis comparativo de la Disponibilidad

En la Tabla 7.1 Anotaremos de forma general los indicadores analizados en la dimensión de disponibilidad centrándonos en el total de las cifras, para posteriormente realizar una comparación más crítica tomando en cuenta otros factores además de los que vemos en la tabla.

Tabla 7.1 comparativa de la disponibilidad					
Indicadores	T.M. por cada mil habitantes	Personal médico/T.M	T.M.R.T.P	E.M.S	T.R.F.S
Chiapas	1.43	35,623/6,790	0.12%	2,249	7,863
Oaxaca	1.75	26,490/ 5,681	0.13%	2,117	8,130
Guerrero	2.06	28,478/6,018	0.17%	1,481	6,861
Baja California sur	2.52	8,650/1,757	0.22%	319	1,905

Tabla 7.1 comparativa de la disponibilidad

Coahuila	1.96	27, 870/4,912	0.79%	785	6,262
Chihuahua	1.94	33,050/5, 672	0.15%	1,192	6,999

Fuente: Elaboración propia con los datos recopilados del capítulo 4

Con la tabla que elaboramos ya podemos empezar a realizar el análisis comparativo de la dimensión de disponibilidad. Primero tenemos la tasa de médicos por cada mil habitantes (T.M) sacando el promedio para las entidades del sur es de 1.74, mientras que el promedio para las entidades del norte es de 2.14. Por lo que para este indicador las entidades del norte tienen mayor cantidad de médicos por cada mil habitantes, aunque no con una diferencia significativamente alta.

Por otro lado, el personal médico en total, tenemos que la entidad que cuenta con menor cifra es Baja California Sur, con un total de 8,650 y con 1,757 médicos, siendo la entidad que menor cantidad de médicos tiene, mientras que la entidad con más cantidad de personal médico es Chiapas, con 35,623; esta entidad también es la que más médicos tiene, con 6,790 son médicos, algo bastante interesante, tomando en cuenta que Baja California Sur es la entidad que menor porcentaje de personas en carencia por el acceso a los servicios de salud tiene y Chiapas la que más, pero esta cuadriplica el personal médico de Baja California Sur.

Ahora sabemos que un factor muy importante de esta diferencia es la cantidad de población con las que cuenta las entidades federativas Chiapas al ser un estado más poblado es normal que tenga una mayor cantidad de personal médico y de médicos para solucionar este problema y hacer un análisis más parejo medimos la cantidad de médicos respecto al total de la población donde Chiapas salió con 0,12% y Baja California Sur 0.22% y con esto vemos que es Baja California sur la que sale con una mejor relación de médicos respecto al total de población al hacer esta conversión dejamos de lado el sesgo de la diferencia poblacional con la que

cuentan las entidades y nos da una cifra más real de la situación, ya que aunque en términos de números brutos las entidades del sur superan a las del norte proporcionalmente las del norte tienen mejor porcentaje con respecto al total de su población, ya que esto mismo que analizamos pasa con Chihuahua y Coahuila teniendo menor cantidad de médicos que Guerrero y Oaxaca, pero teniendo mejor porcentaje en T.M.R.T.P (total de médicos respecto al total de la población). Aunque siendo Chihuahua la que menor porcentaje, relevó de las del norte, incluso quedando por debajo de Guerrero, mientras que la que salió con mayor porcentaje fue Coahuila y con una amplia diferencia, ya no solo en comparación con los estados del sur, sino que también con sus hermanos del norte.

Un indicador donde nos percatamos de grandes diferencias de establecimientos médicos de salud (E.M.S) y donde una vez más los estados del sur destacan en tener una mayor cantidad con respecto a los del norte. Para esta medición también hay que tomar en cuenta el total de la población y que los estados cuentan con diferencias territoriales considerables, por lo que por ahora solo veremos la totalidad y ya esos otros factores los tomaremos en cuenta cuando hagamos la comparación de la dimensión de accesibilidad. El estado que cuenta con mayor cantidad de establecimientos médicos de salud es nuevamente el estado de Chiapas con 2,249 y el que menos, curiosamente, es Baja California Sur. Notamos que en las entidades del norte no se llega ni a un total de los 1,500 establecimientos médicos, mientras que los del sur, el promedio del total está arriba de 2,000, a excepción de Guerrero, que cuenta con menos de 1,500, 500 pero aun así superando a sus hermanos del norte.

Por último, para comprar el último indicador que nos queda de esta dimensión el cual es la totalidad de recursos en salud con los que cuentan los estados (camas hospitalarias, no hospitalarias, consultorios, quirófanos y salas de expulsión) examinamos que nuevamente son los estados del sur los que cuentan con mayor cantidad de recursos en este ámbito siendo Oaxaca el mayor cantidad tiene con 8,130 y el que menos nuevamente siendo Baja California Sur vemos que a pesar de ser el estado con menor porcentaje de su población en carencia por el acceso a

los servicios de salud es que más abajo salió cuando medimos los indicadores, pero esto puede ser debido a que también es el estado que menor cantidad de población tiene siendo una diferencia abismal a comparación de los demás estados, ya que ni siquiera llega al millón de personas, por lo cual es normal que salga más bajo si se miden la totalidad de los recursos por lo que es factor bastante a tomar en cuenta para cuando hagamos las conclusiones. Por lo mientras, las entidades del sur han demostrado tener mayor cantidad de recursos, lo cual nos da un indicio de que tal vez el problema se halle en la efectividad a la hora de disponer de estos recursos más que en su escasez.

4.3.2 Análisis comparativo de la Accesibilidad

Para seguir con la comparación toca analizar el cuadro 7.2 el cual retoma los datos que recolectamos de la accesibilidad igualmente de las 6 entidades estudiadas, ya que vimos cómo al menos en números totales las entidades de sur presentaron más recursos que las del norte, pero las cifras no lo son todo es por eso que tenemos 3 dimensiones para realizar el análisis.

Tabla 7.2 comparativa accesibilidad

	Nivel de pobreza	C.M.P.M	IMSS-BIENESTAR
Chiapas	67.4%	18.13	607
Oaxaca	58.4%	3.7	525
Guerrero	60.4%	17.4	49
Baja California sur	13.3%	63.8	Sin datos
Coahuila	18.2%	20	83

Tabla 7.2 comparativa accesibilidad

Chihuahua	17.6%	17.79	161
-----------	-------	-------	-----

Fuente: Elaboración propia con los datos recopilados del capítulo 4

En la accesibilidad podemos profundizar en las cifras; primero tenemos que tomar en cuenta el nivel de pobreza, donde las entidades del sur son las que mayor porcentaje revelan, siendo que de las tres más de la mitad de su población vive en situación de pobreza. A diferencia de las del norte, donde este porcentaje disminuye a menos del 20% de su población en pobreza, pero como vimos en el análisis de los indicadores, aunque porcentualmente sea una diferencia abismal y no parezca una situación tan grave, aun así estamos hablando de millones de personas las cuales sufren de esta situación, sea en los estados del norte o los del sur. Para esta comparación es importante medir el nivel de pobreza para identificar a poblaciones con poca capacidad económica, este siendo un factor que dificulte el acceso a la salud.

La cobertura es un indicador mucho más complejo de analizar debido a las diferencias territoriales, geopolíticas y, además, a la poca información por parte de las entidades federativas. Para simplificar un poco esta complejidad, en este análisis trabajamos sacando el promedio de la totalidad de los establecimientos médicos por municipio, pero esto bajo el supuesto de que están establecidos distribuidos equitativamente, situación que no es así, aunque esto nos permite dar una idea de cómo es que puede estar la distribución de estos centros y si es suficiente respecto a la cantidad de municipios con los que cuenta el estado. Una vez explicado eso, vemos que la mayoría de los estados se mantienen en un promedio similar de establecimientos médicos por municipio, a excepción de dos que tienen datos muy distantes: primero, Oaxaca, que tiene 3,7 establecimientos médicos y es el que menor número sacó en este indicador, parte de este resultado debido a que también es la entidad con mayor cantidad de municipios. Por otro lado, Baja California Sur es el que más alto salió, con un promedio de 63,8. Como vemos, estas dos entidades resaltan por la gran diferencia de resultado que salió en comparación con

las demás, una saliendo con un promedio extremadamente bajo y la otra con un promedio de establecimientos médicos mucho más elevado. En el caso de Baja California Sur es normal este resultado, ya que de las entidades estudiadas es la que cuenta con una menor cantidad de municipios, contando con 5; aun así es una cifra bastante positiva en relación a lo que estamos midiendo. También es importante resaltar que Baja California Sur es la única entidad que demostraba mayor transparencia sobre la geografía de los centros médicos, hasta dando datos de cuántos contaba cada municipio.

En donde tenemos datos más específicos de la cobertura de los centros médicos, primero tenemos que en total hay más de estos centros en las entidades del sur que en las del norte. Esto en parte debido a que la mayoría de estos centros médicos se establece en zonas rurales, por lo que el sur, al tener más comunidades marginadas, es normal que tenga mayor cantidad de estos centros. Por eso Baja California Sur no presentó datos en tablas proporcionadas por el IMSS-BIENESTAR. También en los mapas proporcionados vemos que la cobertura de estos servicios está más concentrada en ciertas zonas en vez de tener una distribución más igualitaria.

4.3.3 Análisis comparativo calidad

Por último es momento de comparar los indicadores de la última dimensión que es la calidad y nos ayudaremos con la tabla 7.3 para realizar la comparación de los indicadores establecidos.

Tabla 7.3 comparativa calidad			
	N.M.E/R.T.P	E.M.A.T	Presupuesto
Chiapas	1,786/0.0322%	40	13,264,748,525.3 pesos
Oaxaca	2,113/ 0.0511%	28	\$12,677,041,335

Tabla 7.3 comparativa calidad			
Guerrero	1,310/0.037%	44	11 mil 713 millones 138 mil 119 pesos
Baja California sur	487/0.061%	31	24 mil 960 millones 327 mil 424 pesos
Coahuila	2,577/0.082%	57	4,590,642,245 pesos
Chihuahua	3,191/ 0.0853%	43	11 mil millones de pesos

Fuente: Elaboración propia con los datos recopilados del capítulo 4

Para empezar compararemos el número de médicos con especialización (N.M.E) con los que cuentan las entidades federativas, tenemos que la que cuenta con mayor cantidad es chihuahua con 3,191 médicos especialistas, como en los otros apartados la que menos cuenta es Baja California Sur con 487, Ahora si tomamos en cuenta el porcentaje de estos respecto al total de la población tenemos que las entidades del norte tienen una mejor relación de médicos respecto al total de la población, por lo que en este indicador si se nota la diferencia entre los dos lados.

El segundo indicador que compararemos de la tabla es equipo médico de alta tecnología (E.M.A.T) con los que cuentan las entidades en el sector público en este rubro la situación está más pareja, ya que el estado que cuenta con mayor cantidad de este equipo médico es Coahuila con 57 seguido de Guerrero y Chihuahua y el que menos recursos de este tipo tendría es Oaxaca con 28, pero en general no hay una diferencia entre los dos bloques que estamos analizando y al contrario está muy parejo la cantidad de unidades con las que cuentan.

Para concluir con la comparación veremos el último indicador que es el presupuesto destinado al sector salud por las entidades federativas donde sí tenemos algunas diferencias, primero tenemos que la entidad con mayor cantidad de presupuesto en este rubro es Baja California Sur con un total de 24 mil 960 millones 327 mil 424

pesos mientras la que menos cuenta y con una amplia diferencia es Coahuila con 4,590,642,245 pesos, mientras que el bloque de las entidades del sur está más parejo estando su presupuesto entre 11, mil y 13 mil millones de pesos .En general podemos decir que en la dimensión de calidad las entidades del norte si mostraron mejores resultados en comparación con sus hermanas del sur, siendo la dimensión en la que se notó mayor diferencia.

Conclusión

Finalmente, nos queda claro que hay una gran desigualdad en el sistema de salud mexicano; eso incluso antes de realizar la investigación era evidente, pero a raíz de esta podemos rescatar factores que ni siquiera habíamos tomado en cuenta a la hora de plantearnos la problemática. En nuestra hipótesis aseguramos que esta desigualdad se debía a problemas de cobertura y por altos niveles de marginación que sufren los estados del sur a comparación de los del norte, que si bien son factores que contribuyen, a lo largo del análisis revelamos tres dimensiones por las cuales existe esta disparidad en el sector salud.

La disponibilidad nos reveló si los medios con los que dispone el estado son suficientes. Ahí, después de hacer el análisis de los indicadores y posteriormente de la comparación, logramos ver que, en términos de recurso humano, los estados del norte tienen una mayor cantidad respecto al total de su población; en otras palabras, disponen de mayor disponibilidad de recursos humanos que los estados del sur. Por su parte, los estados del sur presentaron una mayor cantidad de recursos físicos que los estados del norte, por lo que en la comparativa de esta dimensión y bajo los criterios establecidos hubo un empate entre los dos bloques estudiados. Aquí se podría profundizar sobre qué indicador tiene más peso, si sobre los recursos humanos o los recursos físicos. En sí, estos deben estar en equilibrio, ya que son igual de importantes; si uno flaquea, puede limitar la efectividad del otro, pero esto casi siempre va a estar determinado por el contexto en que están las entidades federativas. Podemos deducir que las entidades del sur, a pesar de tener buena cantidad de recursos físicos, estos no son de mucha utilidad si no hay un balance con el personal médico y es aquí donde podríamos encontrar la primera

disparidad en el equilibrio de estos dos recursos fundamentales para mantener un sistema de salud eficiente.

En la accesibilidad vimos si es que hay la capacidad de acceder a este derecho mediante el nivel económico y la cobertura, principalmente. La principal desigualdad la vemos en el ámbito económico, habiendo una brecha abismal de la cantidad de población que vive en situación de pobreza entre las entidades del norte y las del sur. Por otro lado, la cobertura fue más complicada de medirla y compararla, ya que para empezar tuvimos que trabajar bajo un supuesto, pero bajo estos parámetros, vimos que hay una mejor relación de centros médicos por municipio de los estados del norte. Además, otro punto a favor de estos es que brindan un mejor y mayor acceso a la información. También analizamos la cobertura de las unidades rurales del IMSS-Bienestar, que este, más que ser un punto a favor, sería más en contra, ya que estas están destinadas a comunidades marginadas y son más como servicios de emergencia. Por ende, en este ambiente, las entidades del sur salieron con una mayor cantidad de estos centros.

Para la calidad también obtuvimos datos un tanto relevantes que ayudan a ver por qué existen estas disparidades en el sector salud mexicano, con la calidad vista si los recursos son óptimos para que las entidades garanticen el acceso a la salud de sus habitantes. Aquí notamos una mayor cantidad de médicos especialistas en los estados del norte con respecto al total de la población, viendo porcentajes más altos en Chihuahua, Baja California Sur y Coahuila. En números de equipamiento médico de alta tecnología no se mantuvo un promedio de las 6 entidades, por lo que aquí puede pasar el mismo problema que en la primera dimensión entre el equilibrio de estos dos recursos, aunque no creo que sea el caso, ya que los recursos físicos de alta tecnología en general no tienen una cantidad considerable, ya que ni siquiera sobrepasan las 100 unidades en ninguna de las entidades. Para el presupuesto destinado al sector salud, la entidad que más destacó fue Baja California Sur, casi duplicando el presupuesto de las demás; aquí puede que las diferencias se vean en cómo es que se administran estos recursos, aunque esto puede ser tema de otro análisis aparte. También es importante hablar

de esta relación del nivel de pobreza en relación con la salud, ya que, como analizamos, es el factor en el que existe la mayor brecha entre los estados analizados y, por ende, este puede ser el indicador que tenga más peso a la hora de medir las disparidades. Aun así, reitero que estas se deben más que nada al conjunto de circunstancias como varios de los indicadores que analizamos anteriormente.

En síntesis este análisis con las 3 dimensiones que establecimos nos reveló datos sobre el porqué de estas disparidades en el sector salud mexicano, vimos que dentro todos los indicadores que analizamos hubo unos con una mayor diferencia que otros, también observamos que en otros los indicadores permanecen muy similares e incluso vimos que hubo unos donde las entidades del sur aparentemente salen mejor paradas que las del norte, entendemos que la cobertura y la marginación si son factores que limitan el acceso a la salud, pero estos no son los únicos ni los más importantes, sino que forman parte de un conjunto de circunstancias que aunque individualmente no se van tan graves en cúmulo alimentan esta gran brecha de desigualdad en el sistema de salud mexicano. El objetivo principal de la investigación se cumplió, ya que analizamos los indicadores y encontramos diferencias que provocan esta desigualdad en el acceso a los servicios de salud; también entre estos identificamos cuál podría tener mayor peso entre todos, el cual también es una desigualdad y es el factor económico. Por lo que se logró el objetivo de la investigación a pesar de las dificultades, de entre las cuales la principal fue la falta de información y claridad de la misma, ya que los gobiernos estatales daban unas cifras, mientras que el federal daba otras. Por último, quiero agregar que, aunque parezca que hayamos usado a las entidades del sur como un “buen ejemplo”, al contrario, estas tienen a millones de personas padeciendo esta carencia y ahí vemos que esta desigualdad no solo es algo de estados, sino que dentro de estos mismos hay esta brecha de desigualdad que hoy en día está lejos de desaparecer.

Bibliografía

Aceves Chavero, C. E. (2020, 8 junio). Antecedentes de los derechos humanos en México. López-Elías. <https://lopezelias.com/2020/08/06/antecedentes-de-los-derechos-humanos-en-mexico/>

Amartya Sen y las mil caras de la pobreza. (s. f.). BID. <https://www.iadb.org/es/noticias/amartya-sen-y-las-mil-caras-de-la-pobreza>

Amiif. (2023, 31 marzo). Breve historia del artículo constitucional que protege a la salud. AMIIF. <https://amiif.org/breve-historia-del-derecho-que-protege-la-salud/#:~:text=Desde%20su%20promulgaci%C3%B3n%20la%20Constituci%C3%B3n,la%20protecci%C3%B3n%20de%20la%20salud.>

AMLO promete que México tendrá un sistema de salud como el de Noruega y que médicos de hospitales rurales tendrán mejor sueldo. (2019). El Economista. <https://www.economista.com.mx/empresas/AMLO-promete-que-Mexico-tendra-un-sistema-de-salud-como-el-de-Noruega-y-que-medicos-de-hospitales-rurales-tendran-mejor-sueldo-20190705-0058.html>

Association-Declaración de la AMM sobre las Desigualdades en Salud. (2020, 6 noviembre). Asociación Médica Mundial. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-las-desigualdades-en-salud/#:~:text=Las%20disparidades%20en%20salud%20se,de%20vida%20y%20mortalidad%20infantil.>

Carencia - Definición - WordReference.com. (s. f.). <https://www.wordreference.com/definicion/carencia>

CEIEG. (s. f.). <https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/info-estadistica/cigech/salud>

CEIEG. (s. f.). <https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/info-estadistica/cigech/salud>

CIEPS Estado de México. (2019). Carencias sociales en el Estado de México. <https://cieps.edomex.gob.mx/sites/cieps.edomex.gob.mx/files/files/7%20JULIOCARENCIAS%20Sociales.pdf>

CONEVAL. (2010). Carencia por acceso a los servicios de salud 2010.
https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/Acceso_a_los_servicios_de_salud_Censo_2010/Carencia_a_los_servicios_de_salud_2010.pdf

CONEVAL. (2019). Principales Retos en el Ejercicio Del Derecho a la Salud.
CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE
DESARROLLO SOCIAL.
https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Dosieres_Derechos_Sociales/Retos_Derecho_Salud.pdf

CONEVAL. (2019b). 10 AÑOS DE MEDICIÓN DE POBREZA EN MÉXICO,
AVANCES Y RETOS EN POLÍTICA SOCIAL.
https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2019/COMUNICADO_10_MEDICION_POBREZA_2008_2018.pdf

CONEVAL. (2020). Carencia por acceso a los servicios de salud programas que contribuyen a la disminución de esta carencia.
https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/MejorasUso/IPP/Documents/Carencia_salud.pdf

CONEVAL. (2021). Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud 2018-2020.

CONEVAL. (2022). Informe de Pobreza y Evaluación 2022. Guerrero (primera).
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_pobreza_evaluacion_2022/Guerrero.pdf

CONEVAL. (2023). EL CONEVAL PRESENTA LAS ESTIMACIONES DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL 2022. En DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN y COMUNICACIÓN SOCIAL.
https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2023/Comunicado_07_Medicion_Pobreza_2022.pdf

CONEVAL. (2024). *El derecho a la salud para las entidades federativas de México: compendio de indicadores para su diagnóstico* (1.^a ed.).
https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Compendio_Derecho_Salud_Int.pdf

CONEVAL. (s. f.). Evaluación de políticas sociales, programas y fondos.
https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/Paginas/Evaluacion_Programas_Politicas.aspx#:~:text=%C2%BFPor%20qu%C3%A9%20evaluar%3F,resolver%20problemas%20sociales%20y%20econ%C3%B3micos

CONEVAL. (s. f.). Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI.
https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf

Congreso de la Unión. (2020). Artículo 4., *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Ciudad de México, México: Congreso de la Unión.

Congreso del Estado de Coahuila. (2024). Presupuesto de egresos del Estado de Coahuila para el ejercicio fiscal 2024.
[https://www.congresocoahuila.gob.mx/transparencia/03/Leyes_Coahuila/pre_ejercicio_fiscal_2024.pdf](https://www.congresocoahuila.gob.mx/transparencia/03/Leyes_Coahuila/pre_ejercicio_fiscal_2024.pdf)

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2020). Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud 2018-2020.
https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2023). Evaluación del derecho a la salud 2023.
https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2023). Compendio de indicadores del derecho a la salud, 2010-2022. https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Compendio_Derecho_Salud_Int.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México (tercera edición). Ciudad de México: CONEVAL, 2019.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza y evaluación 2020. Chiapas. Ciudad de México: CONEVAL, 2020. https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Compendio_Derecho_Salud_Int.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Pobreza y evaluación 2022. Guerrero. Ciudad de México: CONEVAL, 2022.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza y evaluación 2022. Oaxaca. Ciudad de México: CONEVAL, 2022. https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_pobreza_evaluacion_2022/Oaxaca.pdf

Coordinación de Comunicación Social del Gobierno del Estado. (2024). Cuenta Oaxaca con mil 816 casas de salud. Gobierno de Oaxaca. <https://www.oaxaca.gob.mx/comunicacion/cuenta-oaxaca-con-mil-816-casas-de-salud/>

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD. (2023). PLAN MAESTRO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD (PMI). Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/845670/GUERRERO.pdf>

DOF. (2023). Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Bienestar para el ejercicio fiscal 2024. En Diario Oficial de la Federación.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/marcoJuridico/ROP-PIB-2024.pdf>

El marco teórico - conceptual de la evaluación de las políticas públicas. (2003). Cámara de Diputados Servicio de Investigación y Análisis.
<https://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/dps22/4dps22.htm>

El Sudcaliforniano. (2024). Presupuesto 2025 le pega a salud pública.
<https://oem.com.mx/elsudcaliforniano/local/presupuesto-2025-le-pega-a-salud-publica-18477637>

Escalona Franco, F. (s. f.). Estrategias de ampliación de cobertura en salud: un enfoque en el Estado de México. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina.[file:///C:/Users/USER/Downloads/Estrategias+de+Ampliación+de+Cobertura+en+Salud+en+el+Estado+de+Méjico%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/Estrategias+de+Ampliación+de+Cobertura+en+Salud+en+el+Estado+de+Méjico%20(2).pdf)

Escobar, M. (2020, 1 diciembre). Desigualdad social en la Nueva España. prezi.com. <https://prezi.com/p/oivwxgollupn/desigualdad-social-en-la-nueva-espana/#:~:text=El%20sistema%20de%20castas%20en,servicio%20de%20los%20se%C3%B1ores%20poderosos>

Esquivel, G. (2024). Avances en el combate a la pobreza en México, 2018-2022. Revista de Economía Mexicana Anuario Unam, 9, 62. <http://www.economia.unam.mx/assets/pdfs/econmex/09/02GerardoEsquivel.pdf>

Evaluación Específica del Desempeño del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud – Sistema Estatal de Evaluación del Desempeño SEED. (s. f.). <https://seed.guerrero.gob.mx/2023/05/evaluacion-especifica-del-desempeno-del-fondo-de-aportaciones-para-los-servicios-de-salud/>

Flores, A. (2024, 21 noviembre). Recorte de 40% redirige recursos de Salud a IMSS-Bienestar: Finanzas - El Sudcaliforniano | Noticias Locales, Policiacas, sobre México, Baja California Sur y el Mundo. OEM. <https://oem.com.mx/elsudcaliforniano/local/recorte-de-40-redirige-recursos-de-salud-a-imss-bienestar-finanzas-18476956>

García, A. (2023, 3 agosto). 5 gráficos sobre el acceso a la salud en México. ELECONOMISTA. <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/5-graficos-sobre-el-acceso-a-la-salud-en-Mexico-20230803-0051.html>

GBS. (2024). Sistema Estatal para la Planeación del Estado de Baja California Sur. http://sig.bcs.gob.mx/seip/app/geografia_sigbcs.htm

Gobierno de Chiapas. (2024, 14 octubre). Chiapas ratifica compromiso con la Federación de priorizar la salud. Chiapas.gob.mx. <https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/chiapas-ratifica-compromiso-con-la-federacion-de-priorizar-la-salud>

Gobierno de Guerrero. (2023). Presupuesto Ciudadano 2023. Guerrero. <https://www.guerrero.gob.mx/wp-content/uploads/2023/01/presupuesto-5.pdf>

Gobierno de México. (2023). Sistema de Información de la Secretaría de Salud. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

Gobierno del Estado de Chiapas. (2024). Presupuesto de egresos del Estado de Chiapas para el ejercicio fiscal 2024. Oficialía Mayor. <https://oficialiamayor.chiapas.gob.mx/doc/Marco%20Juridico/Presupuesto%20de%20Egresos%20del%20Estado%20de%20Chiapas%20para%20el%20Ejercicio%20Fiscal%202024.pdf>

Gobierno del Estado de Chihuahua. (2024). Invirtió Gobierno del Estado más de 11 mil MDP en salud durante 2024. <https://www.chihuahua.gob.mx/prensa/invirtio-gobierno-del-estado-mas-de-11-mil-mdp-en-salud-durante-2024>

Gobierno del estado de Chihuahua. (2022, 17 diciembre). Aprueban legisladores crecimiento en salud, seguridad, desarrollo económico y social para el estado de Chihuahua durante el 2023 | Portal Gubernamental del Estado de Chihuahua. Gobierno del Estado de Chihuahua. <https://chihuahua.gob.mx/prensa/aprueban-legisladores-crecimiento-en-salud-seguridad-desarrollo-economico-y-social-para-el>

Gobierno del Estado de Guerrero.(2024). Más de 3 millones de consultas se han otorgado en los servicios de salud de Guerrero en el tercer año de gobierno de Evelyn Salgado Pineda. <https://www.guerrero.gob.mx/2024/11/mas-de-3-millones-de-consultas-se-han-otorgado-en-los-servicios-de-salud-de-guerrero-en-el-tercer-ano-de-gobierno-de-evelyn-salgado-pineda/> (https://www.guerrero.gob.mx/2024/11/mas-de-3-millones-de-consultas-se-han-otorgado-en-los-servicios-de-salud-de-guerrero-en-el-tercer-ano-de-gobierno-de-evelyn-salgado-pineda/)

<https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf>

https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.

IMSS. (2023, 9 mayo). ¿Qué hicimos? IMSS Bienestar: 4a generación de reformas. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/imss/articulos/que-hicimos-imss-bienestar-4a-generacion-de-reformas>

IMSS. (2024). IMSS-Bienestar aumenta 42% en médicos especialistas; ya son más de 26 mil | Sitio Web «Acercando el IMSS al Ciudadano». Gobierno de México.

<https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202408/437#:~:text=Mencion%C3%B3nque%20en%20Oaxaca%20en,y%20se%20integrar%C3%A1n%20237%20especialistas>.

IMSS. (s. f.). UNIDADES MÉDICAS RURALES. PROGRAMA IMSS-BIENESTAR.

https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/transparencia/02_Catalogo_UMR.pdf

IMSS-BIENESTAR. (2024). Gobierno de México. <https://www.imss.gob.mx/imss-bienestar>

Lazcano Ponce, E. (2024). Recomendaciones de salud pública para fortalecer el derecho a la salud, Ensanut 2020-2023 (4.a ed., Vol. 66). Instituto Nacional De Salud Pública. <https://doi.org/10.21149/16153>

Lerma Gonzales, H. D. (1999). Metodología de la Investigación (4.a ed.). ECOE EDICIONES.

[https://viewer.ebscohost.com/EbscoViewerService/ebook?an=483354&callb
ackUrl=https%3a%2f%2fresearch.ebsco.com&db=nlebk&format=EB&profile
=eds&lpid=&ppid=&lang=es&location=https%3a%2f%2fresearchs.uam.elogi
m.com%2fc%2fp347yv%2fsearch%2fdetails%2fldx6gcbmyb%3flimiters%3d
FT%253AY%26q%3dmetodologia%2bde%2bla%2binvestigacion&isPLink=
False&requestContext=&profileIdentifier=p347yv&recordId=Idx6gcbmyb](https://viewer.ebscohost.com/EbscoViewerService/ebook?an=483354&callbackUrl=https%3a%2f%2fresearch.ebsco.com&db=nlebk&format=EB&profile=eds&lpid=&ppid=&lang=es&location=https%3a%2f%2fresearchs.uam.elogim.com%2fc%2fp347yv%2fsearch%2fdetails%2fldx6gcbmyb%3flimiters%3dFT%253AY%26q%3dmetodologia%2bde%2bla%2binvestigacion&isPLink=False&requestContext=&profileIdentifier=p347yv&recordId=Idx6gcbmyb)

Mussot López, Dra. M. L. (2023). IMSS: Horizonte del Bienestar Social para el México del Siglo XXI (primera). IMSS.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/QR/IMSS-Horizonte-del-Bienestar-Social-LIV.pdf>

Mussot López, M. L. . (2021). México, recambio electoral y Agenda 2030. Inventio, 14(32), 23–28. Recuperado a partir de <https://inventio.uaem.mx/index.php/inventio/article/view/145>

Naciones Unidas. (s. f.). Portal de desigualdades en América Latina. CPALESTAT.

[https://statistics.cepal.org/portal/inequalities/index.html#:~:text=La%20desig
ualdad%20se%20define%20como,discriminaci%C3%B3n%3B%20al%20ac
eso%20a%20capacidades%2C](https://statistics.cepal.org/portal/inequalities/index.html#:~:text=La%20desigualdad%20se%20define%20como,discriminaci%C3%B3n%3B%20al%20acceso%20a%20capacidades%2C)

NORMA Oficial Mexicana NOM. (s. f.).

<https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html#:~:text=Se%20cons>

[idera%20censable%20cuando%20se,use%20como%20apoyo%20al%20tratamiento.](#)

Número de habitantes. Chiapas. (2020). INEGI.

<https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/>

Oaxaca. (s. f.). Evaluaciones. Secretaría de Salud Servicios de Salud de Oaxaca.

<https://www.oaxaca.gob.mx/salud/evaluaciones/>

ONU: Asamblea General, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 993, Diciembre 1966, <https://www.refworld.org/es/leg/trat/agonu/1966/es/129165>

PAHO. (2024). La situación de salud y los servicios de salud.

<https://opendata.paho.org/sites/default/files/2022-09/EpiDat-4.1-Manual-de-Ayuda-al-Usuario-Medicion-de-desigualdades-en-salud-2014.pdf>

Pérez-Liñán, A. (2010). El método comparativo y el análisis de configuraciones causales (Vol. 3). REVISTA LATINOAMERICANA DE POLÍTICA COMPARADA.<file:///C:/Users/USER/Downloads/Li%C3%B1an,%20El%20m%C3%A9todo%20comparativo%20y%20el%20an%C3%A1lisis%20de%20configuraciones%20causales.pdf>

Ramales, R. (2023, 29 diciembre). El Presupuesto de Egresos 2024 prioriza la salud

de las y los oaxaqueños. Rosy Ramales.

<https://rosyramales.com/presupuesto-de-egresos-2024-prioriza-salud-de-las-y-los-oaxaqueños/>

Rodríguez de Romo, A. C., & Rodríguez Pérez, M. E. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LmH7CcGPqjNjZK6MkxCBDQH/>

Rodríguez Lazo, R. (s. f.). Acceso a los servicios de salud, un derecho a la promoción del desarrollo. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r26056.pdf>

Salud universal. (s. f.). OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de>

Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., & Bacallao, J. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud (6.a ed.).

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v12n6/398-414>

Secretaría de la salud. (2019, 14 abril). Conocer la realidad del país fortalecerá los servicios de salud: Asa Cristina Laurell. gob.mx.

<https://www.gob.mx/salud/prensa/132-conocer-la-realidad-del-pais-fortalecerá-los-servicios-de-salud-asa-cristina-laurell?idiom=es-MX#:~:text=Asa%20Cristina%20Laurell%20reconoci%C3%B3%20que,evidencian%20las%20limitaciones%20de%20los>

SECRETARIA DE SALUD. (2022). Anuario Estadístico 2022. GBS.

<https://ssbcs.gob.mx/storage/statistics/K8iJyJf5GDgtWO0guHnVKTQNs6sWk4WWFpiSFkW.pdf>

Secretaría de salud. (2022, 31 mayo). Médicos especialistas en México.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/729437/CPM_Salud_Medicos_especialistas_31may22.pdf

Secretaría de Salud. (2023). PLAN MAESTRO DE INFRAESTRUCTURA FÍSICA EN SALUD (PMI). DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN y DESARROLLO EN SALUD.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/845662/CHIAPAS.pdf>

Secretaría de salud. (2023). Presupuesto de egresos de los Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza, para el ejercicio fiscal 2023 Autorizado en la primera sesión de la Junta de Gobierno del S.S. con fecha 26 de enero de 2023. Estado de Coahuila.

https://www.saludcoahuila.gob.mx/documentos/informacion_presupuestal/pr

[esupuestos/PRESUPUESTO%20DE%20EGRESOS%202023%20PRELIMINAR.pdf](#)

Sector salud en Chiapas: ¿Cómo se invirtieron los recursos en 2024? (2025, 13 enero). Alerta Chiapas. [https://alertachiapas.com/2025/01/13/sector-salud-en-chiapas-como-se-invirtieron-los-recursos-en-2024/#:~:text=En%202024%2C%20el%20sector%20salud,P%C3%BAblica%20del%20periodo%20enero%2Ddiciembre.](https://alertachiapas.com/2025/01/13/sector-salud-en-chiapas-como-se-invirtieron-los-recursos-en-2024/#:~:text=En%202024%2C%20el%20sector%20salud,P%C3%BAblica%20del%20periodo%20enero%2Ddiciembre)

SNIEG. (2023). Catálogo Nacional de Indicadores. <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.1&ind=6200009720&gen=595&d=n>

Tonon, G. (2011, mayo). LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO COMPARATIVO EN ESTUDIOS CUALITATIVOS EN CIENCIA POLÍTICA Y CIENCIAS SOCIALES. KAIOS. Revista de Temas Sociales. <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-LaUtilizacionDelMetodoComparativoEnEstudiosCualita-3702607.pdf>

Un recorrido por la historia del sistema de salud mexicano: un apasionante viaje a través del tiempo. (2023, 19 diciembre). UNIR. <https://mexico.unir.net/noticias/salud/historia-sistema-salud-mexicano/>

Unidad para la promoción y defensa de los derechos humanos. (s. f.). Derecho a la salud. SEGOB. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/100172/014_Dere_Salud.pdf

United Nations. (1948). La Declaración Universal de los Derechos Humanos | Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Universidad del Bosque & Grupo LEA. (2016, Septiembre). Guía Para Hacer una Revisión Bibliográfica. Laboratorio de Pensamientos Lenguaje. <https://lpl.unbosque.edu.co/wp-content/uploads/09-Guia-Revisio%CC%81n-bibliografica.pdf>

Urías Romero, E., Ibarra Zavala, D., & Mora Jurado, C. (2014). Debate económico: Pobreza y desigualdad en México en el siglo XX y principios del XXI (Vol. 3). <https://biblat.unam.mx/hevila/DebateeconomicoMexicoDF/2014/vol3/no8/4.pdf>

Vivero, L. y Sánchez, B. I. (2018). La investigación documental: sus características y algunas herramientas. Unidades de Apoyo para el Aprendizaje. CUAED/Facultad de Arquitectura-UNAM. Consultado el (fecha) de https://repositorio-uapa.cuaied.unam.mx/repositorio/moodle/pluginfile.php/1516/mod_resource/content/3/contenido/index.html

Zúñiga-Fajuri, A. (2010). Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud (Vol. 55). CONVERGENCIA. [https://C:/Users/USER/Downloads/9.%20Teorias%20de%20Justicia%20Distributiva%20\(1\).pdf](https://C:/Users/USER/Downloads/9.%20Teorias%20de%20Justicia%20Distributiva%20(1).pdf)