

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Economía y Relaciones Internacionales

Programa de Doctorado en Estudios del Desarrollo Global



Tesis:

“La calidad de los servicios de salud como factor determinante del bienestar humano, un análisis comparado de Tijuana, Baja California, México y Cuenca, Azuay, Ecuador, 2017-2018”

Para obtener el grado de Doctor en Estudios del Desarrollo Global

Presenta

Rosendo Andrés Rojas Alvarado

Directora de tesis:

Dra. Jocelyne Rabelo Ramírez

Codirectora de tesis:

Dra. María de Lourdes Camarena Ojinaga

Tijuana, B.C. octubre de 2019

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia, los que han sido mi soporte en cada paso de mi vida, mi mamá, que me ha levantado cuando he caído y la que ha celebrado mis triunfos por más pequeños que sean, la que me ha dado tanto sin esperar nada a cambio, mi papá, que en cada instante esta presente, ha sido una guía, un amigo y una luz en cada momento difícil, a mi hermana por su amor infinito y a mis sobrinos que representan la ilusión de volver al hogar, a mi abuelo que a pesar de no estar presente de forma física desde hace tantos años, siempre fue y será una gran inspiración para ser mejor cada día, a mis tías que siempre me han impulsado y apoyado en cada aventura emprendida, y a mis primos que son como mis hermanos que me han acompañado en este camino, sin ellos nada tendría sentido y por ellos he dado mi mayor esfuerzo, sin claudicar ni un momentos a pesar de la distancia.

Agradezco a mis maestros en especial a mi directora la Dra. Jocelyne Rabelo por creer en mí, por impulsarme a ser mejor y ayudarme a superar tantos retos académicos y aconsejarme para poder crecer como persona, también de igual manera a mi Codirectora Dra. María de Lourdes Camarena por todo el tiempo dedicado al trabajo y los consejos, y al Dr. José Ortiz en Cuenca, Ecuador por ser un gran ayuda en las labores realizadas en mi país de origen, sin el mucho de este trabajo no habría podido completarse.

También es necesario agradecer a los amigos del programa de Maestría y Doctorado en Estudios del Desarrollo Global, Octavio, José, Hugo, Milena, Etienne, Frank, Germán y Gregorio que en toda la etapa estudiantil fueron un puntal para superar los obstáculos.

Por último, agradecerle a la vida que me ha dado tanto, más de lo que podía haber esperado.

Índice

Agradecimientos	2
Índice de tablas	6
Índice de graficas	7
Summary	9
Resumen	10
Introducción	11
I. Justificación	13
I.1. Planteamiento del problema	15
I.2.1. Pregunta de investigación	18
I.3. Objetivos.	19
I.3.1. Objetivo General	19
I.3.1.1. Objetivos específicos.	19
I.4. Hipótesis	19
II. Discusión Teórica	20
II.1. Bienestar, capacidades, funcionamientos y libertad humana	22
II.2. El Buen Vivir	29
II.2.1. El Socialismo del Buen Vivir	32
II.3. México y Ecuador. Dos direcciones de un mismo sistema.	34
II.3.1. Estados Unidos Mexicanos	34
II.3.2. Sistema de salud y aseguramiento en salud en los Estados Unidos Mexicanos	37
II.3.3. Organización del sistema de salud mexicano en la actualidad	42
II.3.4. República del Ecuador	44
II.3.5. Sistema de Salud y aseguramiento en salud en la República del Ecuador.	47
II.3.6. Organización del sistema de Salud ecuatoriano en la Actualidad	51
II.4. Salud, desigualdad y pobreza.	53
II.4.1. Salud y desigualdad.	55
II.5. Estados Unidos Mexicanos	57
II.5.1. Acceso a servicios de salud y desigualdad en México	57
II.5.2. Cobertura y acceso universal de Salud.	62
II.5.3. El Seguro popular para llegar a una cobertura Universal.	62
II.5.4. Gasto de bolsillo y atención empobrecedora	69
II.6. Ecuador	74
II.6.1. Desigualdad, pobreza y salud	74
II.6.2. Mortalidad y Causas de Muerte en Ecuador	79
II.6.3. Acceso y desigual gasto en servicios de salud en Ecuador.	81
II.6.4. Ecuador: Gasto de bolsillo en salud	83
II.7. Calidad de atención en salud	85
II.7.1. Tiempos de espera y calidad de atención	90
III. Metodología	93
III.1 Delimitación de la población objetivo y especificación de la muestra.	93
III.2. Procedimientos para la determinación de las personas participantes.	93

III.3. Estadística descriptiva del bienestar y la calidad de vida	97
III.4. Construcción de un indicador de bienestar: Índice para una vida Mejor (Better life Index)	97
III.4.1 Descripción de las categorías del Indicador de bienestar.	98
III.4.1.1. Variables demográficas.	98
III.4.1.2. Vivienda.....	99
III.4.1.3 .Ingresos.....	99
III.4.1.4. Empleo.....	100
III.4.1.5. Comunidad.....	100
III.4.1.6. Educación	101
III.4.1.7. Medio ambiente:.....	101
III.4.1.8. Compromiso Cívico.....	101
III.4.1.9. Seguridad:.....	102
III.4.1.10. Satisfacción en la vida:.....	102
III.4.1.11. Balance vida Trabajo.....	103
III.4.1.12. Indicador de Calidad subjetiva de Servicios de salud.....	103
III.4.1.13. Estado de Salud.....	104
III.4.1.14. Calidad de servicios de salud.....	104
III.4.1.15. Relación entre bienestar y calidad del servicio de salud: un análisis de regresión.	105
III.5. Operacionalización de Variables	106
IV. Discusión de Resultados.....	111
IV.1. Tijuana, Baja California, México	111
IV.1.1. Generalidades.....	111
IV.2. Cuenca, Azuay, Ecuador.	113
IV.2.1. Generalidades.....	113
IV.3. Datos comparados. Tijuana, Baja California, México y Cuenca, Azuay, Ecuador.....	114
IV.3.1. Vivienda	114
IV.3.2. Trabajo.	116
IV.3.3. Grupos sociales de apoyo.....	117
IV.3.4. Calidad del agua y el aire.....	118
IV.3.5. Participación Cívica	120
IV.3.6. Seguridad.....	121
IV.3.7. Satisfacción ante la vida.....	121
IV.3.8. Balance vida trabajo.....	122
IV.3.9. Beneficiario de programas del gobierno	123
IV.4. Salud y servicios de salud	124
IV.4.1. Autopercepción del estado de salud.....	124
IV.4.2. Aseguramiento en salud.....	126
IV.4.3. Tipo de atención a la que acceden los usuarios según el tipo de seguro de salud.	127
IV.4.4. Atención médica pública y privada. Según el tipo de seguro.	128
IV.4.5. Razón para acudir a un servicio de salud.....	131
IV.4.6. Calidad de infraestructura y atención recibida en salud.....	132
IV.4.7. Tiempo para obtener una cita.....	133
IV.4.8. Relación entre tiempo para obtener una cita y el tipo de servicio de salud.....	134
IV.4.9. Tiempo para ser atendido.....	136
IV.4.10. Gasto en salud	140
IV.5. Bienestar.	141
IV.5.1. Vivienda.	141
IV.5.2. Ingresos.	142
IV.5.3. Trabajo	143
IV.5.4. Redes Sociales de apoyo.....	145
IV.5.5. Educación.....	146

IV.5.6. Medio Ambiente.....	147
IV.5.7. Compromiso Cívico.	149
IV.5.8. Seguridad.....	150
IV.5.9. Satisfacción ante la vida.....	151
IV.5.10. Balance Vida-Trabajo	152
IV.5.11. Salud.....	153
IV.6. Relación bienestar y servicios de salud.	156
IV.6.1. Relación general.....	156
IV.6.2. México-Tijuana.....	157
IV.6.3. Ecuador-Cuenca	158
IV.7. Servicios de salud y otras variables.....	159
IV.7.1. Análisis general.....	159
IV.7.2. México-Tijuana.....	160
IV.7.3. Ecuador-Cuenca	160
IV.8. Modelo de regresión lineal.	161
V. Conclusiones.....	163
Bibliografía.....	168

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Indicadores Generales</i>	32
<i>Tabla 2. Esperanza de Vida y porcentaje de PIB gastado en salud, años 1995-2014 ..</i>	55
<i>Tabla 3. Principales Causas de Muerte en México- comparación año 2000-2015</i>	36
<i>Tabla 4. Causas de muerte en Ecuador 2000-2016</i>	79
<i>Tabla 5. Colonia de residencia de personas entrevistadas en Tijuana</i>	109
<i>Tabla 6. Ocupación en Tijuana</i>	110
<i>Tabla 7. Barrio o parroquia de Residencia en Cuenca.....</i>	111
<i>Tabla 8. Ocupación en Cuenca</i>	112
<i>Tabla 9. Habitaciones, personas y hacinamiento en Tijuana y Cuenca.</i>	113
<i>Tabla 10. Comparación de Salario y tiempo en el trabajo Actual.....</i>	114
<i>Tabla 11. Tijuana, B.C., Mx. Participación cívica.....</i>	119
<i>Tabla 12. Satisfacción y felicidad.....</i>	120
<i>Tabla 13. Balance vida-Trabajo.....</i>	120
<i>Tabla 14. Programas sociales del gobierno mexicano</i>	121
<i>Tabla 15. Beneficiario de programas del gobierno ecuatoriano</i>	122
<i>Tabla 16. Gasto en salud.</i>	138
<i>Tabla 17. Análisis Bi-variado General.....</i>	155
<i>Tabla 18. Análisis bi-variado México-Tijuana.....</i>	156
<i>Tabla 19. Análisis bi-variado Ecuador-Cuenca</i>	156
<i>Tabla 20. Análisis bi-variado Tijuana-Cuenca</i>	157
<i>Tabla 21. Análisis bi-variado México-Tijuana.....</i>	158
<i>Tabla 22. Análisis bi-variado Ecuador-Cuenca</i>	158
<i>Tabla 23. Modelo de regresión lineal</i>	159

Índice de graficas

<i>Figura 1: Esperanza de vida, Países G10.....</i>	54
<i>Figura 2: Porcentaje de población con seguro de salud públicos en México en el año</i>	57
<i>Figura 3: porcentaje del Producto Interno Bruto invertido en salud en México 1995-2014</i>	58
<i>Figura 4. Número de camas de hospitalarias por cada 1000 personas en México desde año 2000 hasta el 2011.....</i>	62
<i>Figura 5: Número de Médicos por cada 1000 habitantes en México desde el año 2000 al 2012</i>	63
<i>Figura 6. Esperanza de vida países de América y el Caribe desde el 1990 hasta el 2015</i>	64
<i>Figura 7. Índice de Gini México 1984-2014</i>	70
<i>Figura 8. Porcentaje de la población que vive en condiciones de pobreza.</i>	72
<i>Figura 9. Porcentaje del PIB para salud en Ecuador desde el año 2000 al 2015.....</i>	73
<i>Figura 10. Aporte a salud de países de América Latina</i>	74
<i>Figura 11. Camas de hospitales por cada 1000 habitantes en países de América Latina y el Caribe</i>	75
<i>Figura 12. Médicos por 1000 habitantes en países de América Latina y el Caribe</i>	76
<i>Figura 13. Enfermeras por 1000 habitantes en países de América Latina y el Caribe .</i>	77
<i>Figura 14 . Tasa de mortalidad Ecuador desde 1990 a 2014.....</i>	78
<i>Figura 15. Índice de Gini en países de América</i>	80
<i>Figura 16. Servicios Básicos en Tijuana-Cuenca</i>	113
<i>Figura 17. Distribución de condiciones laborales en Tijuana-Cuenca</i>	114
<i>Figura 18. Grupos Sociales de Apoyo.....</i>	116
<i>Figura 19. Calidad del aire</i>	117
<i>Figura 20. Calidad del agua.</i>	118
<i>Figura 21. Autopercepción del estado de salud.</i>	123
<i>Figura 22. Enfermedades crónico-degenerativas</i>	124
<i>Figura 23. Tipo de seguro de salud.....</i>	125
<i>Figura 24. Atención pública o privada</i>	126
<i>Figura 25. Atención pública y privada según tipo de seguro de salud en Tijuana.....</i>	127
<i>Figura 26. Atención pública y privada según tipo de seguro de salud en Cuenca</i>	127
<i>Figura 27. Motivo para acudir a los servicios de salud</i>	129
<i>Figura 28. Tiempo para obtener una cita para atención</i>	132
<i>Figura 29. Tipo de seguro de salud y tiempo para obtener una cita en Tijuana</i>	133
<i>Figura 30. Tipo de seguro de salud y tiempo para obtener una cita en Cuenca</i>	134

<i>Figura 31. Tiempo para ser atendido luego de haber llegado al establecimiento en Tijuana.....</i>	135
<i>Figura 32. Tiempo de espera para ser atendido luego de haber llegado al establecimiento en Cuenca</i>	136
<i>Figura 33. Hogar y bienestar en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador</i>	139
<i>Figura 34. Salario Mensual y línea de bienestar en Tijuana y Cuenca.....</i>	141
<i>Figura 35. Condiciones de trabajo en Tijuana</i>	142
<i>Figura 36. Redes sociales de apoyo en Tijuana y Cuenca</i>	144
<i>Figura 37. Nivel Medio superior en Tijuana y Cuenca.....</i>	145
<i>Figura 38. Calidad del agua y aire en Tijuana y Cuenca.....</i>	146
<i>Figura 39. Compromiso Cívico en Tijuana y Cuenca.....</i>	148
<i>Figura 40. Sensación de seguridad en Tijuana y Cuenca.....</i>	149
<i>Figura 41. Satisfacción en la vida en Tijuana y Cuenca.....</i>	150
<i>Figura 42. Balance vida trabajo, Tijuana y Cuenca.....</i>	151
<i>Figura 43. Estado de Salud subjetivo, Tijuana y Cuenca</i>	151
<i>Figura 44. Bienestar en Cuenca y Tijuana.....</i>	151
<i>Figura 45. Calidad de servicios de salud, en Cuenca y Tijuana.....</i>	152

Summary

According to Amartya Sen, human well-being is the state in which people have capacities and the freedom to lead a life that can be valued. It is necessary to provide minimum resources, goods and services to achieve well-being. In order to satisfy the function of being healthy, it is necessary that people can access health services and that these, public or private, provide quality care.

Objective: Determine the influence of the quality of health care on the well-being of the inhabitants of Tijuana, Mexico and Cuenca, Ecuador.

Methods: A prospective quantitative cross-sectional study was carried out, with probabilistic quota sampling during the years 2017-18, in which users of public and private health services were interviewed.

Results: A statistically significant relationship was found between having poor service and living in Tijuana ($p = 0.001$). In Tijuana, 44.5% of the population with the lowest income has access to poor quality health services ($p = 0.026$). In Cuenca Ecuador no statistically, significant relationship was found between salary and having a better quality health service ($p = 0.77$), the feeling of a good state of health and happiness also increase the well-being index ($p > 0.05$).

Conclusions: There is a relationship between deficiencies in the quality of the health service with a decrease in the welfare index. In Cuenca, the data were not statistically significant between the quality of the health service and the welfare index, when the health service is of good quality, the welfare index does not improve. Country policies are cardinal so that people can reach well-being, the fact of generating health strategies aimed at improving the quality of care is essential to generate an environment of trust in which the user is certain that their problems can have a solution

Keywords: health services, welfare, health, operations, capabilities

Resumen

Según Amartya Sen, el bienestar humano es el estado en el que las personas tienen capacidades y la libertad para llevar una vida que pueda ser valorada. Es necesaria la dotación de recursos, bienes y servicios mínimos para conseguir el bienestar. Para lograr satisfacer la función de estar sano es necesario que las personas puedan acceder a los servicios de salud y que estos, públicos o privados, brinden una atención de calidad.

Objetivo: Determinar la influencia de la calidad de atención en salud en el bienestar de los habitantes de Tijuana, México y Cuenca, Ecuador.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo prospectivo de corte transversal, con muestreo probabilístico por cuotas durante los años 2017-18, en donde se entrevistó a usuarios de servicios de salud públicos y privados.

Resultados: Se encontró una relación estadísticamente significativa entre tener un mal servicio y vivir en Tijuana ($p=0.001$). En Tijuana se encontró que el 44.5% la población que tienen menor ingreso tiene acceso a servicios de salud de mala calidad ($p=0.026$). En Cuenca Ecuador no se encontró relación estadísticamente significativa entre el salario y tener un servicio de salud de mejor o mejor calidad ($p=0.77$), la sensación de un buen estado de salud y felicidad también logran aumentar el índice de bienestar ($p>0.05$).

Conclusiones: Existe relación entre las deficiencias en la calidad del servicio de salud con una disminución en el índice de bienestar. En Cuenca, los datos no fueron estadísticamente significativos entre la calidad del servicio de salud y el índice de bienestar, cuando el servicio de salud es de buena calidad no mejora el índice bienestar. Las políticas de país son cardinales para que las personas puedan llegar al bienestar, el hecho de generar estrategias de salud encaminadas a mejorar la calidad de atención es primordiales para generar un ambiente de confianza en la que el usuario tenga la certeza de que sus problemas puedan tener solución.

Palabras clave: servicios de salud, bienestar, salud, funcionamientos, capacidades

Introducción

La Organización de Naciones Unidas (ONU) menciona en el artículo 3° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” y para cumplir estos derechos es necesario que los países logren fomentar un buen estado de salud dentro de sus poblaciones para que todos y cada uno logren llegar al bienestar.

El bienestar es un estado de cada persona y a su vez derecho de los seres humanos en general sin importar la edad, sexo, género o grupo étnico, pero para alcanzarlo es necesario que existan las condiciones sociales necesarias que permitan alcanzar el completo bienestar biológico, psicológico y social. Como inicio de esta gran travesía, que es llegar al bienestar, las personas necesariamente deben contar con un estado de salud aceptable que les permita desarrollarse y lograr vivir la vida que desean, cabe recalcar que el estar sano no basta para llegar al bienestar, también son necesarias otros determinantes sociales de la salud como trabajo, educación entre otros que logran funcionar de manera sinérgica para poder de esta manera llegar al bienestar.

El gran objetivo según Sen es que los seres humanos lleguen al bienestar y que esto les permita tener la libertad de decidir sobre la vida que pueden tener (Ibid); como punto de partida para alcanzar el bienestar se encuentra el estado de salud, el estar sano, siendo este un problema multifactorial, que tiene vertientes genéticas, sociales y culturales y que de una u otra manera logran disminuir el estado de salud o enfermar a las personas, las mismas que en busca de una solución acuden a los distintos tipos de servicios de salud.

En toda América Latina y el Caribe, desde México hasta Argentina desde 1978, luego de la conferencia de Alma Ata, los gobiernos de la ONU implementaron una política para lograr transformar los servicios de salud hacia sistemas preventivos, con el fin de disminuir la prevalencia y la incidencia de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas.

En América Latina, gracias a las corrientes políticas de la época en la que se realizó (2017-2018) este estudio, podemos encontrar gobiernos que han puesto énfasis en la

inversión en programas públicos como Ecuador, Bolivia o Argentina y otros países que mantienen el modelo propuesto en la conferencia de Alma Ata pero con matices que llevan a la privatización de los servicios entre los cuales se encuentran México, Panamá y Chile.

El estudio se llevó a cabo en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador; dos países que presentan grandes similitudes en la organización de los servicios de salud, como la concentración de servicios y la sobreoferta en polos de desarrollo. En México se observa claramente una concentración y sobre especialización en la Ciudad de México y Guadalajara, mientras que en Ecuador sucede algo parecido con una concentración en Quito la capital y Guayaquil la ciudad puerto, dejando a las poblaciones que se encuentran lejos sin una oferta adecuada de servicios. Además, como antes ya se mencionó, en México existe una suerte de privatización de servicios de salud con la iniciativa del seguro popular y en Ecuador existen políticas consagradas en la constitución que garantizan la gratuidad en los servicios.

Tijuana y Cuenca, son dos ciudades alejadas de las capitales o los lugares sobreoferta de servicios de salud, estas dos cuentan con dos Hospitales Generales, una red de atención primaria y un gran crecimiento de servicios de salud privados, lo que se crean condiciones parecidas para lograr interpretar cómo la calidad de los servicios de salud y el bienestar presentan dificultades en los servicios públicos y crecimiento y especialización excesiva del sector de salud privado.

La presente investigación logró analizar como los distintos tipos de servicios de salud afectan al bienestar, evaluando no solamente la presencia física del servicio, sino observando variables de la calidad de atención, la satisfacción con la atención, costos, infraestructura y tiempos de atención, entre otros. Asimismo, relacionándolo con el bienestar abordado desde la perspectiva de Amartya Sen y Martha Nussbaum (1983) y usando el instrumento índice para una mejor vida, propuesto por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

I. Justificación

Según Amartya Sen, el bienestar humano es el estado en el que las personas tienen funciones, capacidades y la libertad para llevar una vida que pueda ser valorada. Es necesaria la dotación de recursos, bienes y servicios mínimos para conseguir el bienestar, no es suficiente la posesión física de los bienes o servicios, sino que es primordial lo que las personas puedan realizar con dichas posesiones (Sen, 1982).

Los seres humanos en la búsqueda del bienestar individual y colectivo necesitan de una función básica: un buen estado de salud y éste tiene una alta valoración en todas las culturas, los estratos sociales o los grupos etarios y es primordial para lograr constituir la capacidad de libertar y alcanzar la vida que desean tener.

Para lograr satisfacer la función de estar sano o tener un buen estado de salud es necesario que las personas, pacientes o usuarios puedan acceder a los servicios de salud y que estos, públicos o privados, brinden una atención de calidad. Para lograr el bienestar es necesario tener un buen estado de salud, para esto es imprescindible determinar la influencia que tienen los servicios de salud en la vida de los seres humanos.

La presente investigación determinó las relaciones existentes y la influencia de la calidad de los sistemas de salud públicos o privados y privados sobre el bienestar, con la finalidad de conocer de manera tangible las interpretaciones de los grupos humanos sobre la calidad en salud y como ésta puede aumentar o disminuir la libertad de lograr la vida que desean tener y cuanto logró aportar a la sociedad de información para la mejora de los servicios a nivel general.

Con el análisis de dos experiencias de sistemas de salud públicos basados en la atención primaria en salud: el mexicano, un modelo por seguro en salud con base de un aporte del paciente y del gobierno, y el ecuatoriano, sin cuotas y con garantía de gratuidad del servicio, los dos países cuentan con servicios privados que casi no tienen regulación. Con dicha comparación se logró observar cómo los gobiernos con sus políticas pueden afectar directamente de manera positiva o negativa en el bienestar de los habitantes. Se tomó como poblaciones objetivo a las ciudades de Tijuana, Baja California en México y

a Cuenca, Azuay en Ecuador, ya que estas dos ciudades son polos de desarrollo, con altas tasas de migración y grandes poblaciones flotantes. Tijuana una ciudad creciente gracias a la migración encontrando personas de todo el planeta y Cuenca un polo de migración para personas de América del sur como Perú, Venezuela o Bolivia. Además de esto estas ciudades se encuentran fuera de los polos de desarrollo médico que se pueden encontrar en México se puede mencionar a la Ciudad de México, Monterrey o Guadalajara, y en Ecuador se encuentra a Quito y Guayaquil. En Tijuana y Cuenca comparten similitudes en la organización de sus servicios de sanitarios en donde la oferta pública es limitada, con red compuesta por 3 grandes hospitales y servicios de atención primaria y no se encuentran servicios de salud especialidad como hospitales de 3 nivel.

Al conocer los datos sobre la calidad y la influencia sobre el bienestar se pudo visibilizar y analizar las fortalezas de los distintos servicios de salud y sus directrices; se podrían replicar y mejorar los modelos de éxito en distintas localidades de países con condiciones de salud parecidas, el fin es el de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos. Además, podremos identificar la existencia de grupos vulnerables que tengan o presenten dificultades en el acceso a los servicios de salud para desarrollar programas de salud inclusivos.

I.1. Planteamiento del problema

“Dentro de las preocupaciones del ser humano desde que apareció en la faz de la Tierra, ha sido la atención a su cuerpo para librarse de las enfermedades una de las más importantes, pues padecerlas lo limitó ante las adversidades del exterior” (Neri, 2012).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, menciona de manera categórica el derecho a la vida, a la plena igualdad, a la seguridad social, a un nivel de vida adecuado, a la salud y el bienestar, a una asistencia médica y servicios sociales necesarios, entre otros. Los estados miembros están en la obligación de cumplir y defender los derechos de los habitantes.

En la línea de los derechos humanos en 1978, en la conferencia de Alma Ata, se promulga la cualidad universal de la atención primaria en salud y que ésta es un derecho que tiene que ser brindado por los gobiernos; además, estos servicios tienen que cumplir con criterios de calidad mínimos para los usuarios.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), menciona que los servicios de salud son fundamentales para la sociedad además de la economía y que proporcionar protección social e igualdad de acceso a una atención de salud de calidad tiene efectos positivos en la salud individual y pública. A pesar de estas exigencias, la distribución desigual del acceso a los servicios de salud sigue siendo una necesidad cubierta en parte ya que ha sido un reto para la mayoría de los países dada la escasez del personal sanitario y los aportes mínimos que garanticen una aceptable calidad de los servicios. Todos ellos se han constituido en grandes obstáculos para lograr un acceso universal a la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su constitución afirma que lograr el grado máximo de salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos y que para lograrlo es necesario que exista un acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de salud de calidad; sin embargo, cada año alrededor de 100 millones de personas se ven obligados a vivir en condiciones de pobreza por gastos sanitarios, son

los grupos vulnerables y marginados de la sociedad los que presentan mayores problemas en salud (OMS, 2015).

La atención en salud de calidad es un punto cardinal para el desarrollo de los seres humanos, la deficiencia en la calidad de la atención es uno de los principales problemas y en mayor medida es en América Latina y El Caribe en donde se observa la mayor desigualdad social en el mundo, ésta tiene expresiones concretas en los determinantes de salud como el acceso, condiciones y calidad servicios de salud (Linares-Perez & Lopez-Arellano, 2012).

Las reformas en salud realizadas en las décadas de los 80 y 90 en los países de Latinoamérica, profundizaron la inequidad y desigualdad, se crearon sociedades polarizadas donde la pobreza persiste y empeoró la distribución de los ingresos, la brecha entre ricos y pobres se ha incrementado. Las inequidades en salud se remiten a planos éticos que implican justicia social y derechos, es una desigualdad injusta y evitable (Linares-Pérez & Lopez-Arellano, 2008;2012).

La inequidad en salud se puede valorar en el ámbito neto de los servicios de salud (calidad, acceso, resultados) y en el entorno de la salud que integra determinantes de salud sociales, económicos, políticos, culturales (Ibid).

La búsqueda de estar sano o llegar a un estado de salud es el gran anhelo de los seres humanos, pero para muchos grupos desfavorecidos, social y económicamente, se ha vuelto en una meta inalcanzable. Existen grandes brechas en materia de atención y a esto se suma la calidad deficiente de los servicios de salud pública, que obliga a los usuarios a recurrir al sector privado para lograr mejorar su condición de salud.

El bienestar de los seres humanos está determinado por las capacidades a través de las funciones esenciales, como estar sano o bien alimentado, cuando no están presentes o son deficientes no es posible desarrollar la capacidad de una vida larga y saludable lo que afecta directamente al bienestar individual y el colectivo.

Para lograr estar sano se necesitan servicios de salud de calidad y con acceso universal que logren solucionar las patologías de cada zona, algunas de ellas asociadas a la satisfacción de las necesidades básicas; si los servicios de salud pública no tienen un

mínimo aceptable de calidad y calidez las personas podrían en caso de necesidad no tener solución a sus problemas de salud y por tanto no llegar a estar sanos y no cumplir con este funcionamiento básico; las personas que cuenten con la capacidad económica podrán acceder a servicios privados pero la condición socioeconómica no es la misma para todas las personas.

La atención de salud privada con un enfoque curativo solamente logra aliviar las enfermedades (en muchos casos con costos elevados para sus usuarios), pero no consigue erradicar el origen de las patologías lo que hace que los pacientes entren en un círculo vicioso interminable de enfermedad, alivio y enfermedad.

Al estudiar la influencia que ejercen los sistemas de salud ya sean públicos o privados en el bienestar humano es necesario describir las tendencias de los sistemas, para lo cual se seleccionan a México y Ecuador, dos países de habla hispana, con sistemas de salud bipartidos, con un componente privado y otro público, con similitudes en el funcionamiento privado del ejercicio de la salud y con matices característicos de cada sistema económico. En el sistema público los dos países tienen una gran dicotomía, la seguridad social y el sistema de salud para la población sin este beneficio, con la diferencia que constitucionalmente la República del Ecuador garantiza la atención sanitaria gratuita a todos los habitantes y en los Estados Unidos Mexicanos cuentan con sistema de aseguramiento de salud por cuotas con un catálogo de enfermedades.

Las perspectivas de libertad según la teoría de Sen podrán ser influenciadas por el estado de salud. La garantía constitucional de la gratuidad en los servicios de salud puede ser un factor determinante para mejorar la perspectiva de bienestar.

Además de que Ecuador y México reportan tasas altas de seguridad social y de atención sanitaria, las inequidades en los servicios de salud son grandes, las brechas existentes entre la salud pública y la privada son cada año más amplias. Cada año la cifra de pobres aumenta en México, según el Banco Mundial la pobreza llegó al 50% de la población aproximadamente; las cifras altas de pobreza y la falta de inversión en salud por parte de los gobiernos hacen que los habitantes tengan que recurrir a gastos extras en salud, lo que disminuye su solvencia; los gastos catastróficos en salud hacen que más personas pasen a vivir en pobreza.

I.2. Pregunta de investigación

La pregunta que guía la presente investigación es ¿Cuál es la influencia de la calidad de atención en salud sobre el bienestar de los habitantes de Tijuana, Baja California, México y Cuenca, Azuay, Ecuador?

I.3. Objetivos.

I.3.1. Objetivo General

Determinar la influencia de la calidad de atención en salud en el bienestar de los habitantes de Tijuana, Baja California, México y Cuenca, Azuay, Ecuador

I.3.1.1. Objetivos específicos.

- Analizar la calidad de los servicios en salud que se brindan en las zonas
- Describir las principales barreras para el acceso a los servicios de salud
- Determinar la relación entre gastos en salud y condición socio económica.
- Determinar los funcionamientos y capacidades que tienen mayor importancia para llegar al bienestar.

I.4. Hipótesis

La calidad de la atención en salud, entendida como la dotación de infraestructura, calidez, prontitud y resultados son fundamentales para promover funcionamientos básicos como el estar sano; por tanto, con una buena calidad de atención en salud pública las personas lograrán estar sanas y tener la libertad de tomar decisiones autónomas y trascendentes para alcanzar el bienestar.

II. Discusión Teórica

En la declaración de Alma Ata, en la Unión Soviética en 1978, se propuso adoptar la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia de los gobiernos para la lucha contra las desigualdades sobre todo en los países en vías de desarrollo. Las reformas encaminadas hacia la APS pretendían favorecer el desarrollo económico y social con el fin de generar bienestar para la mayoría de la población. Se determinó que es necesario crear sistemas, políticas en salud al alcance de toda la población a un costo que la comunidad y el país puedan sustentar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. Todos los objetivos planteados en la declaración de Alma Ata debían ser alcanzados en el año 2000 (OMS y ONU, 1978).

Al llegar el año 2000 se constató que los objetivos planteados en la declaración no fueron cumplidos. Por lo que los 191 estados miembros de las Naciones Unidas acordaron que para el año 2015 se alcanzarían 8 metas específicas: los objetivos del milenio. Entre ellos, se encuentran erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar la asociación mundial para el desarrollo (ONU, 2000).

Desde Alma Ata, hasta los Objetivos del Milenio, se han concretado algunas tendencias a lograr una mejora en la salud colectiva de los pueblos por medio de la cobertura sanitaria universal, el acceso equitativo a los servicios de salud en las áreas de prevención, promoción, curación y rehabilitación. La propuesta de que todas las personas puedan tener acceso a los servicios consiguió que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2005, con los estados miembros, lograra integrar dentro de los planes de desarrollo de los países la cobertura universal en salud, la mejora de la calidad de los servicios, la reducción de la pobreza y el cumplimiento de los Objetivos del Milenio.

Además, en el 2005 la Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución 58.33, asegura que todos tienen derecho al acceso a servicios sanitarios y que ninguna persona debe sufrir dificultades financieras por el acceso; cabe resaltar que los ingresos económicos no son el único factor que influye en la cobertura de salud, los extranjeros, los

indígenas, las minorías étnicas usan menos los servicios de salud, aunque sus necesidades puedan ser mayores (OMS, 2008, 2010).

En el Informe sobre Salud Mundial de la OMS, en el 2010, se establece que las personas a nivel mundial que acuden a los servicios de salud en ocasiones incurren en gastos catastróficos para cubrir la asistencia prestada, en no pocos casos esta inversión no logra resolver los problemas y menos satisfacer las necesidades. En países en vías de desarrollo o del tercer mundo aproximadamente el 11% de la población sufre dificultades financieras y el 5% pasa a la pobreza; alrededor de 150 millones de personas sufren problemas financieros y 100 millones se ven obligados a vivir por debajo del umbral de la pobreza por gastos extra en salud (OMS, 2010).

Para lograr una cobertura universal existen barreras, una de ellas es la gran dependencia en los pagos directos de la gente cuando recibe la asistencia sanitaria (pagos de recetas, las cuotas de consulta y procedimientos); en algunos lugares es necesario pagar directamente los servicios, esto impide que millones de personas reciban asistencia médica cuando lo necesitan y los que requieren los servicios en busca de tratamiento podrían verse abocados a sufrir catástrofes económicas, que en algunas ocasiones llega a empobrecerlos aún más; además, de los gastos en salud realizados por los usuarios de los servicios, aproximadamente se malgasta entre el 20 y el 40% de los recursos destinados a salud (OMS, 2008, 2010).

En el año 2008 la OMS señaló de manera específica las deficiencias más comunes de la APS: *atención inversa*, cuando las necesidades sanitarias son menores, el uso de los servicios de salud es mayor; el *gasto público en servicios de salud* suele beneficiar más a los ricos que a los pobres; *atención empobrecedora*, las personas que carecen de protección social suelen tener que pagar la atención de su propio bolsillo y pueden enfrentarse a gastos catastróficos; aproximadamente 100 millones de personas caen en pobreza todos los años por verse obligados a costear la atención sanitaria (OMS, 2008; 2010); *atención fragmentada* o en proceso de fragmentación, la excesiva especialización de los proveedores de salud y la focalización de los programas de control de enfermedades no permite que se adopte un modelo holístico con respecto a las familias y las personas, los servicios de salud para los pobres están fragmentados y sufren de una gran falta de recursos; “*atención peligrosa* muchos de los servicios de salud no están diseñados adecuadamente y no garantizan las condiciones de seguridad e

higiene necesarias, se registran tasas altas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos”; *orientación inadecuada de la atención*, los recursos son asignados a los servicios curativos, sin tener en cuenta que cuando se gasta en promoción y prevención de la salud se puede prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad (OMS, 2008)

Con el fin de cambiar el paradigma de los Objetivos del Milenio, la ONU en septiembre de 2015, proclamó su agenda para el Año 2030: son 17 objetivos para alcanzar el desarrollo sostenible para llevar al planeta en las vías de un desarrollo sostenible, inclusivo y con visión de largo plazo.

Para la Comisión Económica para América y Latina y el Caribe (CEPAL) “La Agenda 2030 es transformadora, que pone la igualdad y dignidad de las personas en el centro y llama a cambiar nuestro estilo de desarrollo, respetando el medio ambiente” (CEPAL, 2018, pág. 5).

El Objetivo 3 está dedicado enteramente a Salud, menciona que se debe garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Es necesario garantizar un buen estado de salud y una vida saludable, con los objetivos del milenio se logró aumentar la esperanza de vida, reducir algunas de las causas de muerte más comunes. También se avanzó en la lucha contra la malaria, el VIH, la tuberculosis y la poliomielitis; sin embargo, son necesarias nuevas y más iniciativas para la erradicación definitiva de una amplia gama de enfermedades.

Dentro del objetivo número 3, una de sus metas a alcanzar hasta el 2030 es la de “...lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (CEPAL, 2018, pág. 25).

II.1. Bienestar, capacidades, funcionamientos y libertad humana.

La OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde esta definición y mucho antes se ha pensado en el bienestar de los seres humanos. El concepto de bienestar ha sido desarrollado, en gran medida, por Amartya Sen un economista,

filósofo hindú, ganador del premio Nobel de economía en 1998, que trabajó bajo el enfoque o teoría de las capacidades; este enfoque nace en el contexto del desarrollo humano y como un marco conceptual para juzgar la calidad de vida, supone que el crecimiento económico de las naciones no es un indicador suficiente y es muy general, por lo que fue necesario reformular el concepto de bienestar apoyado por las ciencias sociales (Sen, 1984).

Para Sen el bienestar y el desarrollo tienen más relación con los funcionamientos, es decir las cosas que realmente puedan hacer las personas, la calidad de vida, bienestar y el desarrollo dependerán de lo que las personas son capaces de hacer y conseguir. Las capacidades son un conjunto de funcionamientos que logran juntarse para otorgar la libertad a la persona de tener una vida valiosa o la vida que desea tener (Cejudo, 2007).

Según Sen para la evaluación del bienestar individual los recursos disponibles no proporcionan información suficiente ya que su aprovechamiento está íntimamente ligado a otras características como la edad, estado de salud, educación o el capital social; por ejemplo, una persona de la tercera edad necesitará más recursos para estar sano o una persona que posea más conocimientos de salud e higiene tendrá la capacidad de estar más sano que otra persona que no tenga igual cantidad de conocimientos (Sen, 1982; Urquijo, 2014).

Los determinantes de los niveles de bienestar individual son necesarios para la justicia distributiva, para la evaluación y designación de las políticas redistributivas, medir el bienestar es necesario para el análisis de la inequidad, la pobreza o la morbilidad. Para Sen, la medida del bienestar individual se realiza de manera empírica con indicadores unidireccionales que conceptualizan el bienestar, como por ejemplo la calidad de vida (Kuklys, 2005).

Las capacidades, funcionamientos y libertad humana son elementos constitutivos de la teoría de las capacidades, que difiere de otras ya que no se pregunta realmente cuál es el grado de satisfacción o la cantidad de recursos que poseen los seres humanos los que le permiten tener un tipo de vida, sino lo que puede hacer con eso (Urquijo, 2014).

Las capacidades humanas son lo que una persona es capaz de hacer, como ciertas cosas básicas; el término representa un grupo de alternativas que los seres humanos pueden ser o hacer (Sen, 1982). Las capacidades logran determinar el bienestar en los términos de la habilidad para lograr realizar algún evento o acción.

“En la teoría propuesta por Sen se evalúa el bienestar individual, colectivo o social como la pobreza, desigualdad, calidad de vida a través de las capacidades. Esto no quiere decir que con esta teoría se da explicación a cada uno de los problemas como la pobreza o el bienestar, la teoría ofrece un marco normativo para lograr conceptualizar y realizar una problemática social” (Robeyns, 2005, pág. 94).

Los elementos constitutivos del enfoque de Sen son las capacidades y los funcionamientos, a este también se le conoce como “enfoque de la libertad”, se concibe a la libertad como un elemento de las bases que es entendido como una capacidad que le da a las personas la posibilidad de lograr lo que valoran o desean.

Para Sen, la vida se concibe como un conjunto de funcionamientos que están interconectados y la importancia de esta interconexión es que la realización de una persona se comprende como la suma de los funcionamientos que determinan su vida que se puede ser y hacer (Sen, 1985).

Los funcionamientos se dividen en simples y complejos. Los simples son funciones elementales de la vida de los seres humanos como estar bien alimentado, tener buena salud y no padecer de enfermedades que aumenten la mortalidad infantil; los complejos son como estar feliz o la participación en la vida comunitaria. Estos funcionamientos simples y complejos constituyen a las personas y para evaluar el bienestar individual y colectivo se deben valorar los funcionamientos. Según Sen, la perspectiva no es simplemente tener o no el servicio o el bien de consumo, no es la propiedad sino lo que puede conseguir con lo que se tiene (Urquijo, 2014).

Es necesario para la valoración de los funcionamientos la diferenciación de los bienes; para ello, existe un ejemplo clásico: un bien es una bicicleta y una persona puede ser dueña de este bien, pero las condiciones de uso o que puede lograr con el mismo son distintas según la persona ya que una persona discapacitada no podrá realizar las mismas acciones con el mismo bien que una persona sin discapacidad (Sen, 1985). Para llegar a una correcta valoración de los funcionamientos es necesario evaluar desde los simples hacia los complejos desde actividades esenciales como comer o estar sano hasta

las acciones complejas como vivir en comunidad (Sen, 1999).

Nussbaum (1995), con la intención de ampliar y completar la teoría de las capacidades propuesta por Sen, en su mayor parte observa al ser humano dentro de su entorno. Nussbaum, amplía los conceptos y logra elaborar un concepto universal de sujeto y determina mínimos comunes para todos los individuos sin importar su sexo o lugar de vida. Se centra en los aspectos comunes de los seres humanos sin dejar de respetar las características que los dividen.

Para Monereo (2015), las disyuntivas entre las visiones sobre la misma teoría son enriquecedoras, si para Sen, las capacidades son parámetros para ser evaluados, para Nussbaum (2012) son principios básicos que están suscritos, como por ejemplo, garantías constitucionales exigibles. “Las capacidades no son simples habilidades residentes en el interior de una persona, sino que incluyen también las libertades o las oportunidades creadas por la combinación entre esas facultades personales y el entorno político, social y económico” (pág. 40).

Es en otras palabras un acercamiento particular para realizar una evaluación de la calidad de vida basado en la justicia de la teoría social básica, el enfoque de las capacidades de Nussbaum expresa (2012).

“Es decididamente pluralista en cuanto a valores: sostiene que las capacidades que tienen una importancia central para las personas se diferencian cualitativamente entre sí y no solo cuantitativamente, que no pueden reducirse a una sola escala numérica sin ser distorsionadas, y que una parte fundamental de su adecuada comprensión y producción pasa por entender la naturaleza específica de cada una de ellas. Por último, el enfoque se ocupa de la injusticia y la desigualdad social arraigadas y en especial de aquellas fallas u omisiones de capacidades que obedecen a la presencia de discriminación o marginación. Asigna una tarea urgente al estado y las políticas públicas, concretamente la de mejorar la calidad de vida para todas las personas” (pág. 38-39).

El paradigma de la teoría de las capacidades propuesta por Sen y Nussbaum, propone una alternativa a la creencia hegemónica que la calidad de vida de una nación mejora cuando su producto interno bruto aumenta, este indicador asigna notas altas a países con desigualdades marcadas en toda su población, donde muchos no gozan de las ventajas del PIB alto. Estos países de PIB alto y desigualdad amplia basan su crecimiento solamente en el ámbito económico, sin prestar atención al nivel de vida de sus habitantes y tampoco a sectores como la educación o salud.

El progreso y riqueza de un país deben estar centradas en el bienestar que poseen los habitantes, revisar si existe justicia social y si todas las personas gozan de lo mínimo de calidad de vida, solamente se dedican a sobrevivir o logran disfrutar de una vida decente (Nussbaum, 2012).

Para lograr articular la teoría de las capacidades con los mínimos exigibles por las personas para llegar a tener una buena vida o tener las capacidades para poder vivir la vida que desean vivir, es necesario contar al menos con el primer nivel de la lista de capacidades humanas que son aquellas que son comunes a todos los seres humanos – capacidades centrales- (Nussbaum, 2012, págs. 53-55)

1. Vida. Poder vivir una vida humana de duración normal. No morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla.
2. Salud Física. Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva; recibir una alimentación adecuada; disponer de un lugar apropiado para vivir.
3. Integridad física. Poder desplazarse libremente de un lugar a otro: estar protegido de los ataques violentos incluidas las agresiones sexuales y la violencia doméstica.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento. Poder utilizar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento y hacerlo de un modo verdaderamente humano.
5. Emociones. Poder sentir apego por cosas y personas externas a nosotras y nosotros mismo; poder amar a quienes nos aman y se preocupan por nosotros o sentir duelo por su ausencia.
6. Razón práctica. Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente acerca de la planificación de la propia vida.
7. Afiliación. A) Poder vivir con y para los demás, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos, participar en formas diversas de la interacción social; ser capaces de imaginar la situación de otro u otra. B) Disponer de las bases sociales necesarias para que no sintamos humillación y sí respeto por nosotros mismos, que se nos trate como seres dignos de igual valor que los demás.
8. Otras especies. Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural.

9. Juego. Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.
10. Control sobre el propio entorno. A) Político. Poder participar de forma efectiva en las decisiones políticas que gobiernan nuestra vida; tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación. B) Material. Poder poseer propiedades y ostentar derechos de propiedad en igualdad de condiciones con las demás personas. En el entorno laboral, ser capaces de trabajar como seres humanos, ejerciendo la razón práctica y manteniendo relaciones valiosas y positivas de reconocimiento mutuo con otros trabajadores.

El enfoque de las capacidades considera que todas y cada una de las personas son merecedoras de respeto y consideración; aun si éstas no piensan lo mismo; esta heterogeneidad tiene gran importancia ya que no es posible satisfacer solamente una de las necesidades de una determinada capacidad, la visión total es necesaria. Para Nussbaum (2012), señala que “La exigencia fundamental de mi concepción de la justicia social es la siguiente: el respeto a por la dignidad humana obliga a que los ciudadanos y ciudadanas estén situados por encima de un umbral mínimo amplio (y específico) de capacidad en todas y cada una de las 10 áreas” (pág. 56).

Para la valoración de las capacidades, muchas veces por el afán de lucro y por la preocupación por los logros económicos de las naciones, se toma al PIB y al crecimiento económico como un elemento para la valoración de la calidad de vida, y las personas son las que quedan relegadas. La finalidad del desarrollo global no se basa solamente en los logros económicos sino como lo menciona Nussbaum (2012), “... consiste en hacer posible que las personas vivan vidas plenas y creativas, desarrollen su potencial y formen una existencia significativa acorde con la igualdad de dignidad humana de todos los individuos (pág.217).

La visión de Nussbaum sobre la teoría de las capacidades logra pasar de la práctica muchas veces poco tangible otorgada por Sen, a un plano individual y colectivo, al pensar que las capacidades y funcionamientos están dentro de un marco institucional que tiene mínimos exigibles para los habitantes sin importar sus características genéticas, étnicas, geográficas o políticas. Todas las personas necesitan tener condiciones mínimas para poder desarrollarse en todas sus capacidades.

El ambiente institucional es con esta visión ampliada de la teoría de las capacidades el que puede determinar el desarrollo de los países, pasando del indicador más usado que es el PIB para lograr realmente poder determinar cómo los funcionamientos y capacidades se ven favorecidos o excluidos gracias a las leyes y normas de cada país.

A pesar de las valoraciones que se realizan tomando en cuenta el PIB donde algunos países parece que van un paso delante que los demás, donde sus problemas se ven disminuidos gracias al gran crecimiento económico, pero en la realidad la situación es diferente, las desigualdades dentro de la población son abismales, y estas desigualdades se ven expresadas en las instituciones que no logran garantizar los derechos, funcionamientos y capacidades para su población, pocos países de América han logrado superar todos los problemas acarreados por la desigualdad.

Es difícil pensar que en países ricos con recursos naturales como México y Ecuador todavía no se logre garantizar derechos, funcionamientos y capacidades para sus habitantes. Es imposible pensar que estos países y otros en iguales condiciones puedan desarrollarse en los términos de Sen o Nussbaum, ya que no logran satisfacer los derechos, funcionamientos o necesidades de la población. La institucionalidad no ha sido capaz de eliminar, ni por lo menos disminuir las desigualdades, en algunos casos como en los servicios de salud o la educación pública las normas, leyes e instituciones van hacia cualquier lugar menos a fomentar un desarrollo equitativo e igualitario para todas las personas.

II.2. El Buen Vivir

En la República del Ecuador, el bienestar de los seres humanos es visto desde el Buen Vivir, que es entendido como "... el goce efectivo de los derechos de las personas, las comunidades, pueblos y nacionalidades y el ejercicio de sus responsabilidades, en un marco democrático, de convivencia armónica ciudadana, convivencia armónica con la naturaleza y de primacía del bien común y el interés general" (Leon, 2015, pág. 4). Esta visión de Buen Vivir no solamente ve dimensiones subjetivas de la calidad de vida, va más allá y la valoración es compleja porque se analiza e integra a las personas, las comunidades y la naturaleza. En el caso de las personas el Buen Vivir implica que logren satisfacer sus necesidades objetivas como tener una educación de calidad, salud, vivienda, etc. También es necesario satisfacer las necesidades subjetivas como sentirse valiosos en la vida, satisfacción con la vida, sensación de seguridad y la felicidad. El gobierno ecuatoriano para generar las políticas necesarias creó el Plan Nacional Del Buen Vivir.

El principio rector del Plan Nacional del Buen Vivir (2013) fue el de privilegiar al ser humano sobre el capital y agilizar el pago de la deuda social por sobre el de la deuda externa. La inversión pública se orientó a la construcción de escuelas, hospitales y carreteras; es un factor de crecimiento económico por el incremento de la deuda agregada de la economía, acrecienta el capital y a la par la producción; mejora las capacidades y el talento humano.

La Constitución del 2007, otorga los derechos sociales y económicos completos a todos, y el estado se obliga a pagar la deuda social, como antecedente del plan se cita la reducción de la pobreza (1.050.000 personas dejaron de ser pobres por ingresos) y de las desigualdades sociales.

El buen vivir no se limita a tomar como meta el desarrollo, integra la redistribución y la solidaridad, se piensa en el progreso, en una opción social liberadora, prioriza la organización social. La propuesta del Sumak Kawsai fue traducida a los términos de la racionalidad occidental, se tomó la idea del Buen Vivir, Sumak Kawsay, elemento básico de la filosofía andina y de la convivencia en comunidad inmersos en la Madre Tierra (Pachamama). De esta idea nace la defensa de los derechos de la naturaleza (Buen Vivir, 2013).

La propuesta vincula la planificación con la construcción de los derechos de los ciudadanos, impulsa la participación y el desarrollo de los gobiernos autónomos, mantiene la centralización de políticas básicas referidas, entre otras, a la salud y la educación. El nuevo sistema del Buen Vivir está regido por “...la Constitución del 2008, el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, COPFP (2010), la Ley Orgánica de Participación Ciudadana (2010) y el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomías y Descentralización” COOTAD (2010, p. 9)

El Plan Nacional del Buen Vivir (2013) menciona que las agendas sectoriales para la igualdad incluyen a los Pueblos y las Nacionalidades Indígenas, niños, mujeres, discapacitados, adultos mayores, personas en situación de movilidad. Fue también referente el Atlas de Desigualdades, que pretendió identificar y dar seguimiento “...a los atrasos y las exclusiones en el ejercicio de los derechos económicos y sociales, identificar las causas y usa dimensiones como las de pobreza, educación, salud, nutrición, empleo, vivienda, seguridad social, tenencia de la tierra, violencia de género y uso del tiempo” (p.10). La consigna de “Sembrar el petróleo y cosechar una matriz productiva para la sociedad del conocimiento” se usó como guía de la planificación y la acción en la búsqueda de privilegiar el trabajo sobre el capital (Buen Vivir, 2013, pág. 12).

Los indicadores del Plan Nacional Del Buen Vivir se refieren a los criterios de calidad, estos son precisos y relevantes en el sentido de establecer relaciones relevantes entre los cambios propuestos y las políticas públicas; confiables y transparentes, distintos evaluadores obtienen resultados similares; periódicos, para evaluar las tendencias; de impacto porque se visualizan en los cambios en el bienestar de la población.

El Plan Nacional del Buen Vivir pretendió ir más allá de los Objetivos del Milenio (2011): pensar en los máximos no en los mínimos. Las rupturas y ejes programáticos siguieron los siguientes ejes: (Buen Vivir, 2013)

- *Equidad*, para erradicar la pobreza, se pone especial énfasis en la inversión en los niños.

- *La revolución cultural*, para generar nuevas formas de ver la vida y la convivencia, desarrollar nuevos valores y construir una sociedad crítica, creativa y, sobre todo, solidaria. Incluye una revolución educativa tendiente a lograr una sólida confianza colectiva.
- *El territorio y la revolución urbana*, integra equidad, cohesión y ordenamiento territorial.
- *La revolución agraria*, busca la redistribución de la tierra, impulso al crédito, asistencia técnica, acceso al manejo del agua y riego, comercio justo.
- *La revolución del conocimiento*, innovación, ciencia y tecnología como sustento del cambio de la matriz productiva, una forma nueva de consumir y producir.
- *La excelencia*: procesos eficientes para cambiar las estructuras del poder.

II.2.1. El Socialismo del Buen Vivir

La construcción de una sociedad más justa que tenga como centro al ser humano y la vida fue uno de los grandes cambios consagrados en los procesos políticos que se suscitaron en Ecuador en los últimos 10 años, en el país la inequidad social fue la norma, la riqueza en manos de pocos y la pobreza en las mesas de muchos. Los frutos del crecimiento sirvieron para aumentar las brechas entre ricos y pobres. La inequidad en los hogares es más severa, la mitad de la población vive en la pobreza, recibe el 8% del ingreso total y el coeficiente de Gini mundial llegaba al 0.68 (Buen Vivir, 2013). El crecimiento beneficia a un sector reducido de la sociedad. No hay relación entre el crecimiento y la mejora en la calidad de vida medida con indicadores de bienestar (Stiglitz, 2013).

El Buen Vivir, según los proponentes, es el objetivo central de la política pública, es una idea *movilizadora* y aporta ideas que tienden a resolver los críticos problemas que enfrenta el planeta. El respeto a la equidad, los valores comunitarios, la diversidad cultural y la participación son estrategias relevantes. El objetivo fundamental es la universalización de los derechos y las oportunidades para lograr una vida en plenitud (Buen Vivir, 2013).

El Socialismo del Buen Vivir, se sustenta en una democracia profunda en la que la participación permanente es indispensable. La formación de un estado laico, plurinacional, megadiverso y plural tiene su asidero en la descolonización, la interculturalidad plena; plantea el irrestricto respeto y el reconocimiento a la diversidad cultural, étnica, de género, religiosa y sexual. El reconocimiento de la diversidad de costumbres, lenguas, conocimientos y saberes es el nicho en el que crece la vida armónica entre la vida y la naturaleza, el diálogo entre de saberes es indispensable, ineludible (Buen Vivir, 2013).

El Buen Vivir (2013), toma en cuenta las propuestas de Amartya Sen: “ un conjunto de un conjunto de indicadores sociales y económicos que integran varias dimensiones de desarrollo social, satisfacción de las necesidades básicas y equidad. Estos indicadores conforman una base más adecuada para medir la dimensión social del desarrollo, pero todavía tienen limitaciones” (Buen Vivir, 2013, p. 23).

En Buen Vivir, establece lineamientos de políticas públicas para lograr sus objetivos, toma aspectos fundamentales como la instauración de un Estado constitucional de derechos y justicia, una profunda transformación institucional, la configuración de un sistema económico social y solidario, la estructuración de una organización territorial que procura eliminar las asimetrías locales, la recuperación de la noción de soberanía popular, económica, territorial, alimentaria, energética, y en las relaciones internacionales. Y para cumplir con sus metas se aplicarán los siguientes criterios:

- Sectorialidad, aplicación de las políticas nacionales por medio de entidades rectoras de la política pública; la territorialidad, el territorio como espacio privilegiado de la aplicación de políticas; funcionalidad, criterios operativos para la aplicación de la política pública.
- Recuperar el estado rector y planificador, gestor, distribuidor y redistribuidor es una propuesta crucial, implementada antes del plan.
- La crisis internacional ha sido producida por los que detentan el poder económico y político, ser periferia en el mundo globalizado es un reto muchas veces no superable. El nuevo regionalismo latinoamericano es una vía de solución: el banco del Sur, el fortalecimiento de la unidad regional, la constitución de bienes públicos regionales, la gestión estratégica del manejo de los recursos naturales.
- La implementación de políticas con tendencia universalista propugna la eliminación de las limitaciones del acceso a la educación y a la salud públicas, en la perspectiva de la universalización de la cobertura.

Fueron propuestas importantes, la eliminación del pago de matrículas en escuelas y colegios, la distribución de textos escolares en forma gratuita al igual que la entrega de uniformes para los alumnos de las escuelas rurales; la eliminación de los costos de las consultas médicas, el acceso a los medicamentos esenciales, la extensión de la atención profesional a ocho horas. La gratuidad en la educación universitaria pública fue un hecho relevante.

La mejora de la calidad de vida fue un complejo reto del Buen Vivir, se implementaron estrategias como la diversificación productiva, el crecimiento de la economía, el cumplimiento de los derechos a la educación y la salud, empleo, vivienda, reducción de la inequidad social, ampliación de las capacidades humanas en un ambiente participativo y de cohesión social en crecimiento , con el indispensable respeto a la diversidad cultural.

Se planteó para el 2030 la erradicación de la pobreza y la reducción de la actual incidencia de la pobreza en un 80% y en el campo de la salud se propuso impulsar las prácticas de calidad de vida, la medicina preventiva e integral, a más de la curación de las enfermedades. Acceso universal a la atención primaria de salud y expansión de su calidad y cobertura. La promoción de una dieta equilibrada, con la ingesta adecuada de proteínas y micronutrientes. El combate a la desnutrición crónica y el embarazo adolescente (Buen Vivir, 2013).

II.3. México y Ecuador. Dos direcciones de un mismo sistema.

México y Ecuador son países de habla hispana, que han participado de manera activa en los temas de salud desde la declaración de Alma Ata, hasta los Objetivos del Desarrollo Sostenible y adoptaron desde 1978 el modelo de Atención Primaria en Salud.

Tabla 1. Indicadores Generales

Indicador	México	Ecuador
PIB dólares	1295 billones	100,9 billones
PIB per cápita	9281.101 dólares	6213.501 dólares
Índice de Gini	43.4	44.7
Personas bajo la línea de pobreza	53.2%	22.5%
Esperanza de vida	76 años	77 años
Gasto en salud	7.5% del PIB	6.3% PIB
Gasto en salud por habitante	1061 dólares	789 dólares

Fuente: Base de datos Banco Mundial; Estadísticas mundiales OMS

II.3.1. Estados Unidos Mexicanos

Los Estados Unidos Mexicanos, es un país de América del Norte y cuenta con 119 530 753 habitantes para el año 2015 (INEGI, 2017); es miembro de la Organización Mundial de la Salud, ha participado en los consejos de salud, además fue partícipe de la

reunión de Alma Ata, y desde 1978 se comprometió a generar un modelo de atención primaria en salud.

En la Constitución Política de 1917 en el artículo segundo inciso B, párrafo III se menciona que

“Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017).

Además, en el artículo cuarto se establece:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2017).

La Ley Orgánica de Salud, en el artículo primero, reglamenta los derechos que poseen los ciudadanos mexicanos en los términos del artículo 4to de la constitución política, se instituye:

- I. “El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social (MAI no la incluye) que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud”

En la reforma constitucional de 1943 con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y en 1958 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (ISSSTE), con el fin de llegar a una cobertura universal, en el año 2012, luego de casi una década de reformas, 52.6 millones de mexicanos se incorporaron al Sistema de Protección Social en Salud o también llamado Seguro Popular, de esta manera se ha alcanzado la cobertura universal (MAI, 2015).

En el plan de desarrollo 2013-2018, el gobierno, definió tres prioridades en salud:

1. Acceso efectivo, con el propósito de asegurar los servicios de salud a toda la población.
2. Calidad en el servicio, busca modernizar la infraestructura en el sector publico además del fortalecimiento del personal que labora.
3. Prevención, con el que se desarrollará un modelo de atención que permita integrar los esfuerzos de todos los actores para avanzar hacia el acceso efectivo, a partir de la vinculación del trabajo comunitario con el institucional.

Los Estados Unidos Mexicanos han implementado y han institucionalizado el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) basado en una renovación de la APS que inicialmente se definió en Alma Ata, en 1978.

El financiamiento es federal y estatal, cubre bienes y servicios públicos para el desempeño de las funciones esenciales. Con el modelo de doble financiamiento se intenta disminuir el gasto de bolsillo o pagos directos en salud, por el gran tamaño de este monto se estima que aproximadamente entre 2 y 3 millones de familias incurren en gastos catastróficos en salud y 1.2 millones cruzan la barrera de la pobreza por la misma causa (OMS, 2008; MAI, 2015).

“El modelo de atención integral de salud (MAI) es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las redes de atención de salud, articulando de

forma singular las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por riesgos” (MAI, 2015).

La estrategia de APS, es el fundamento del MAI promueve la atención y participación de personas, familias y comunidades, incorpora un enfoque intercultural, de esta manera se podrán homogenizar la prestación de servicios de salud que ofrece el Sistema Nacional de Salud (SNS), permitiendo el acceso integral y universal a servicios esenciales y de calidad sin discriminación para toda la población (MAI, 2015).

II.3.2. Sistema de salud y aseguramiento en salud en los Estados Unidos Mexicanos

Los primeros pasos del sistema de salud mexicano se dieron aproximadamente en 1841 cuando se instituyó el Consejo Superior de Salubridad compuesto por 6 miembros y pertenecía a la beneficencia pública, esta no era la única institución dedicada a la salud, se encontraba la Academia Nacional de Medicina, la Escuela Nacional de Medicina que al fin y al cabo no lograban tener un papel fundamental en la salud general ya que su desempeño fue intermitente y marcado por los conflictos políticos y falta de recursos, para 1880 el Consejo Superior de Salubridad logra consolidarse en sus funciones técnicas, normativas, consultivas y ejecutivas (Fierros, 2014).

En el gobierno de Porfirio Díaz se logró destinar dinero de impuestos de juegos de azar y multas para el consejo Superior de salubridad, y a partir de 1880 se crearon 15 sociedades científicas, y en 1882 se celebró en Congreso Higiénico Pedagógico con el fin de enseñar a los mexicanos mantenerse limpios y sanos y además mantener su medio de desarrollo limpio para evitar enfermedades. Para términos de 1890 se comenzó la construcción del Hospital general, que abrió sus puertas en 1905. Además, en 1885 se creó un reglamento de 20 artículos que fomentaba la vacuna de la viruela y de estar prevenidos contra esta enfermedad mortal y considerar a la vacuna como un elemento de vital importancia; además, en 1903 se realizó una campaña en todo el territorio para hacer frente a la fiebre amarilla y paludismo. Asimismo, en 1907 se comenzó una campaña permanente contra la tuberculosis y la sífilis (Fierros, 2014).

Como consecuencia de la revolución mexicana una de las instituciones en salud que logró aparecer fue el Instituto Mexicano del Seguro Social, quedó establecido en la Constitución política de 1917, el artículo 123 fracción XXIX que menciona “Se

considera de utilidad pública la expedición de la ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria del trabajo, de enfermedad y accidentes, y otras con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada estado, deberán fomentar la organización de Instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión social”, esto se dio para lograr favorecer a millones de familias proletarias (Lozada, 2018).

En el gobierno del General Obregón en 1925, se elaboró el primer proyecto de ley del seguro social, que no logró progresar, pero se logró establecer la Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro para los empleados federales. Entre 1932 y 1940 se elaboran nuevos proyectos en la Secretaría de Gobernación y de Hacienda y en la Comisión de Estudios de la Presidencia de la República, pero no lograron prosperar (Lozada, 2018).

Para 1941 se crea la comisión técnica para la elaboración del Proyecto de Ley de Seguros Sociales, siendo este uno de los mayores propósitos de la Revolución Mexicana, y así proteger a los trabajadores, asegurando su salario, capacidad productiva y la tranquilidad de su familia. Las ventajas de este proyecto fueron: elevar las condiciones de vida de un gran número de la población mexicana, aumentar el poder adquisitivo, mantener las relaciones obrero-patronales estables eliminando intermediarios en el pago de sus prestaciones, uniformar las prestaciones sociales y aprovechar los ahorros con fines de crédito productivo. En 1942 la ley del Seguro Social fue aprobada por el congreso y fue un cambio definitivo para las relaciones laborales en México, ya que, aunque los trabajadores estaban protegidos por la Ley Federal del Trabajo los accidentes laborales o enfermedad del trabajador no podían atenderse debidamente (Lozada, 2018).

En 1943 el IMSS se preparó para abrir servicios en la república para realizar las inscripciones de patronos y empleados además comenzó el primer servicio médico para sus empleados el cual contaba con consultorios y una farmacia. Para mediados de la década de 1940 solamente existían 5 sanatorios para todos los afiliados que fueron insuficientes, en esa década en el sexenio del presidente Ávila Camacho el IMSS construye nuevos centros médicos para dar abasto a la gran cantidad de obreros

afiliados, para finales de 1945 se contó con 18 sanatorios, 24 clínicas, 27 laboratorios y 9 farmacias (Lozada, 2018).

En la Administración del IMSS de Don Benito Coquet en la década de 1960 se da una gran expansión con la creación de Unidades Médicas, departamentos de Urgencias entre otras innovaciones; además, se da origen al Centro Médico Nacional Siglo XXI, para 1973 se da otra reforma en la ley de seguro social con la iniciativa de dar servicios de solidaridad social para los que no tienen suficiente capacidad para incorporarse al IMSS y con estas nuevas directrices se hizo llegar la seguridad social a ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados y también se aseguró obligatoriamente a los trabajadores de industrias familiares y demás trabajadores no asalariados, para los trabajadores urbanos se extendió el ramo de guarderías para hijos de todos que laboran en los municipios de la república siendo el primer país en latino América en tener una red nacional de guarderías (Ortega, 2017).

El IMSS continúa creciendo, pero con grandes dificultades hasta que en 1995 surge la nueva ley de Seguro Social para lograr recuperar la viabilidad financiera y eliminar la inequidad que se presentaron a lo largo del tiempo. Entre las innovaciones de la nueva ley se crean las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores y su manejo se da por las Administradoras de Fondos para el retiro (AFORES). En el 2001 se dan reformas relativas a la gestión del instituto y a las pensiones (Gonzalez & Mendez, 2006).

Mientras tanto la Secretaría de Salud de México tiene sus inicios en las décadas inmediatas a la Revolución de 1910, donde se configuró un sistema de salud, para 1928 existía el departamento de salubridad Pública que contaba con un instituto de investigación y producción de vacunas. En 1937 se crea la secretaría de asistencia que cumplía funciones similares y en 1943 se juntan y configuran la secretaría de Salubridad y Asistencia cuyas funciones fueron dar asistencia médica, control de enfermedades epidémicas y regulaciones sanitarias de todo tipo (Viesca, 2018).

La Secretaría de Salubridad y Asistencia se encargaba de atender a los grupos no afiliados al seguro social como grupos de campesinos y trabajadores urbanos, pero para finales de 1960 el servicio no dio abasto y llegó a sus límites ya que el sistema tenía

prestaciones de universalidad y no lograba dar cabida a toda la población necesitada de atención. En el mismo año se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), luego el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI). Para 1973 se creó el Plan Nacional de Salud que logró disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad general (Rodríguez & Rodríguez, 1998).

En 1979 nace el programa IMSS-COPLAMAR que estaba dirigido a la población campesina y así aminorar la carga de esta secretaría. En 1983 existen grandes reformas como el reconocimiento constitucional de derecho a la protección en salud y la promulgación de la ley General de Salud (Viesca, 2018). En 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) se transforma en la Secretaría de Salud y lanza el Plan Nacional de Salud, sus objetivos fueron incrementar la atención médica, la salud pública y la asistencia social, con todas estas reformas las responsabilidades aumentaron, pero fue difícil de realizar todo lo encomendado ya que no se logró normar todo el presupuesto federal dificultando la descentralización de los servicios de salud. (Rodríguez & Rodríguez, 1998)

Para el año 2003 se crea el Sistema de Protección Social en Salud Garantizada, que cuenta con una oferta de servicios médicos a las familias que no pertenecen a ningún sistema de seguridad social. La atención médica se otorga según tres elementos:

1. Catálogo de servicios disponibles en las unidades
2. Libre elección de los usuarios
3. Convenios interinstitucionales para el intercambio de servicios

En el año 2015, el Sistema de Protección Social en Salud contaba con 51.1 millones de asegurados. El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) contaba con 43.4 millones derechohabientes. 8.3 millones de habitantes afiliados al ISSSTE, 1.2 millones en SEDENA, SEMAR y 800 mil en PEMEX, con estas cifras solamente 9 millones (8%) de mexicanos no contaban con protección en salud (Gómez et al, 2011; García-Junco, 2012).

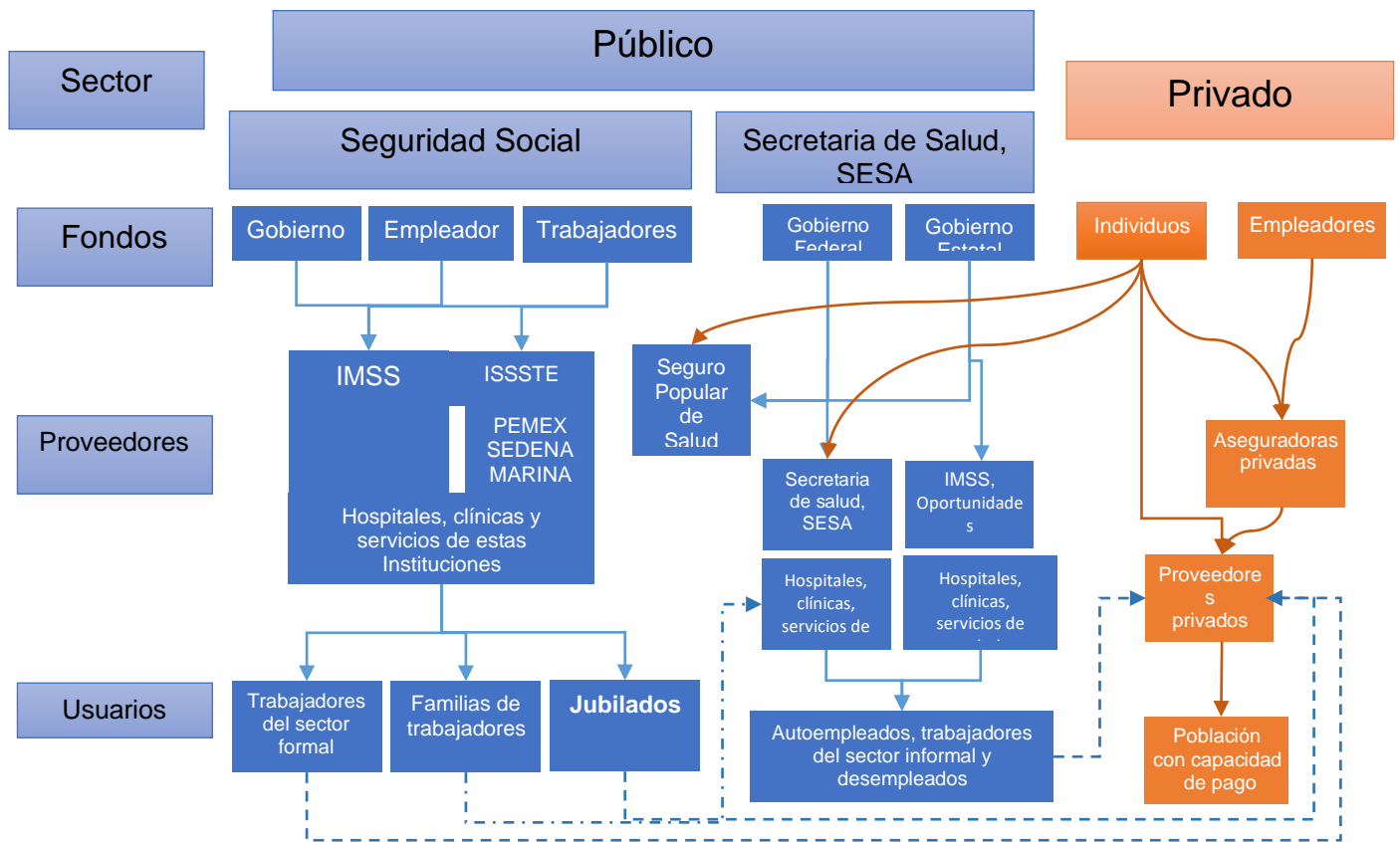
Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) cerca de 30 millones de mexicanos (25.43%) no cuentan con protección en salud, esta cifra

disminuyó considerablemente en comparación con la ENSANUT del 2006 que estimó que la población sin protección llegaba al 48.5% (INSP, 2012).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para el año 2015 existen alrededor de 60 millones de afiliados al IMSS y en el programa del Seguro Popular alrededor de 57 millones de mexicanos siendo un servicio deficiente y con una cobertura estrecha (Gómez *et al*, 2011).

En México entre “...2012 y 2014 el porcentaje de la población en pobreza aumentó de 45.5% a 46.2%; en el mismo periodo, el porcentaje de pobreza extrema se redujo de 9.8% a 9.5%”, para el año 2014 la pobreza en el área rural fue del 40.5% y la pobreza extrema a 20.6%, en el área urbana la pobreza fue de 35.4% y la pobreza extrema de 6.7% (CONEVAL, 2015).

II.3.3. Organización del sistema de salud mexicano en la actualidad



Fuente: Gómez, *et al*, (2011) Sistemas de salud de México, recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

En México el sistema de salud está integrado por el sector público y el privado. En el sector público constan las instituciones de seguridad social como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y su financiamiento proviene de tres fuentes: los trabajadores, los empleadores y el gobierno. En este sector también se encuentran los servicios que dan atención a las personas que no están dentro de la seguridad social como Seguro Popular, Secretaria de Salud, Servicios Estatales de Salud y el programa IMSS oportunidades estas están financiadas por los gobiernos federales y estatales, el programa de seguro popular también recibe dinero de cuotas familiares. El Sector privado presta servicio a las personas con capacidad de pago, el cual se financia por parte de los pagos que hacen los usuarios y primas de los seguros salud privados. (Gómez, *et al*, 2011)

II.3.4. República del Ecuador

La República del Ecuador es un país ubicado en la parte noroccidental de América del Sur, cuenta con 16,491,510 habitantes (INEC, 2017). Ecuador ha participado activamente en los Consejos de Salud de la OMS, y en la Constitución Política de la República del Ecuador promulgada en el año 2008 en la sección cuarta, de la salud se establece que:

“Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.”

“Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social. Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías”.

“Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.”

“Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.”

“Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.”

En la Constitución Política de la República del Ecuador, se garantiza que los programas y acciones en salud serán gratuitos para todos y el financiamiento provendrá del Presupuesto general del Estado.

La organización del sistema de salud es bipartida, con organizaciones públicas y privadas; el órgano rector del Sistema Nacional de Salud y la Red Pública es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. En el año 2012 se lanza el nuevo modelo de atención integral del sistema nacional de salud, donde se determina que el eje articulador será la atención primaria con un fortalecimiento de la red pública. (MSP, 2012)

*“El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS), Comunitario e Intercultural, tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia *resultados de impacto social*” (MSP, 2012).*

La política de gratuidad y la inversión en salud que en 5 años pasó de menos de 600 millones de dólares en el 2006 a 14,000 millones en el 2011, ha incrementado la cobertura de atención; además, esta inversión ha logrado fortalecer el modelo de atención integral de salud incluyendo el modelo de Atención Primaria en Salud renovada (MSP, 2012).

El MAIS tiene objetivos, políticas y metas prioritarias en salud que son un eje para el gobierno y para el plan del Buen Vivir, estuvo dirigido a todos los niveles de atención

del Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar el derecho a la salud, en donde tiene como principios de las y los ciudadanos, la universalidad, integralidad, equidad, continuidad y participación social (Jiménez-Barbosa *et al*, 2017).

El gran objetivo de todas las reformas en salud es lograr consolidar las estrategias de atención primaria en salud con la renovación de los tres niveles de atención en salud, “orientando los servicios hacia la promoción de salud y la prevención de enfermedades, fortalecer el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral de calidad y profundo respeto a las personas por su diversidad y entorno con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales” (Jimenez-Barbosa, y otros, 2017, p. 132).

El nuevo modelo planteado también tiene el fin de descentralizar la atención en salud, para lograr facilitar el acceso a la población en general, mejorando los servicios de consulta externa y exámenes de laboratorio en los centros de salud y de esta manera descongestionar el segundo nivel de atención en salud. Además, se implementaron programas de salud preventiva, familiar y comunitaria prestando servicios unificados universales.

Con el mismo fin de mejorar el sistema de salud en el 2012 el gobierno de turno crea el “plan retorno para profesionales de salud”, que está dirigido a profesionales de la salud residentes en el extranjero, el objetivo primordial de este fue contrarrestar o eliminar el déficit de médicos y especialistas generada por la vigencia de la gratuidad en salud para la población (Jimenez-Barbosa, y otros, 2017).

Con las reformas constitucionales en gratuidad de la salud el Estado es responsable garantizar la disponibilidad y acceso a los medicamentos, el ministerio de salud pública se encarga regular la producción y comercialización de medicamentos genéricos, esto se da a través del decreto ministerial en el 2013 en donde se revisa el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, con el fin de lograr garantizar la existencia de medicamentos a nivel nacional (Vance-Mafla, 2013; MSP, 2017)

II.3.5. Sistema de Salud y aseguramiento en salud en la República del Ecuador.

El origen de sistema de salud ecuatoriano data de inicios del siglo XX con la promulgación de leyes en el 1905, 1915 y 1918 para amparar a los empleados públicos, telegrafistas, educadores y dependientes del poder judicial. En 1928 se creó la Caja de Pensiones que daba beneficios de jubilación, montepío civil y fondo mortuario para los empleados públicos, civiles, bancarios y militares (Sasso, 10). En 1935 mediante un decreto supremo se crea el Instituto Nacional de Previsión cuya finalidad fue crear la práctica de seguro social obligatorio, fomentar el seguro voluntario y ejercer el patronato del indio y del Montubio (IESS, 2017).

En 1937 se reforman las leyes del Seguro Social Obligatorio incorporando el seguro por enfermedad para sus afiliados y en ese año se crea el departamento médico. En ese mismo año se crea la Caja del Seguro Social para empleados privados y obreros, por acuerdo del Instituto Nacional de Previsión. Para 1949 se da autonomía financiera y administrativa al departamento médico, pero se mantiene bajo la dirección del Consejo de administración de la Caja del Seguro (IESS, 2017).

Para 1963 se da la fusión de la Caja de Pensiones con la Caja del Seguro, con el fin de formar la Caja Nacional del Seguro Social, para el siguiente año con esta fusión se establece el seguro de riesgos del trabajo, seguro artesanal, seguro de profesionales, seguro de trabajadores domésticos. En 1968 gracias al apoyo de la Organización Iberoamericana de Seguridad social se inicia el programa piloto del Seguro Social Campesino. El 1970, un año clave para la seguridad social en Ecuador, mediante Decreto Supremo N40, se elimina el Instituto Nacional de Previsión, y se transforma la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Nacional de Seguridad Social (IESS, 2017).

El Congreso Nacional en 1987 integró el Consejo Superior de forma tripartita, con representación de los empleadores, asegurados y el ejecutivo; además, estableció la obligación en el presupuesto general del estado consten las partidas correspondientes para el pago de las obligaciones del estado. Entre 1991-1995 el Banco Interamericano gracias a un informe sobre la Seguridad Social propuso la separación del seguro de salud y pensiones para el manejo privado de cada uno, pero en 1995 luego de los resultados de la Consulta Popular se negó la participación del sector privado o de

cualquier otra institución para la administración de recursos; en 1998, luego de la reforma de la Constitución Política de la República, se consagra al IESS como la única institución autónoma y responsable de la aplicación del seguro general obligatorio (IESS, 2017).

Por otro lado, en el Ecuador la población que no se encontraba cubierta por el IESS hasta antes de 1967 acudía a los servicios prestados por la Subsecretaría de Salud, que estuvo adjunta al Ministerio de Provisión Social y Trabajo. El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador fue creado el 16 de junio de 1967. El MSP se encargó de la sanidad y la asistencia social relacionadas con la salud, la formulación y la ejecución de las políticas de salud provenientes del gobierno. Se estructuró en tres niveles: el directivo, el operativo y el asesor (MSP, 2017).

En 1968 el Congreso de la República aprueba el Código de Salud y el Programa de Medicina Rural. En este programa los egresados de las facultades de Medicina debían servir por un año calendario, en forma obligatoria, en zonas rurales y su aplicación comenzó en 1970. Se integró bajo el control de la Dirección Nacional de Salud al Servicio de Erradicación de la Malaria (SNEM). Las Juntas de Asistencia Social (encargadas de la provisión de salud curativa y la Liga Ecuatoriana Antituberculosa se integraron al MSP (Morocho, 2015).

En 1973 se aplicó el Plan País y se implementa el Primer Plan Quinquenal de Salud, se crearon la Subsecretarías de de Salud. En 1974 nacen la Subsecretaria de Saneamiento Ambiental, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el de control de Diarreas, el de Enfermedades Respiratorias Agudas, el Materno-infantil, La lucha operacional contra el Bocio Endémico, el de Complementación Alimentaria, entre otros (Morocho, 2015).

Con el fin de coordinar acciones, asesorías políticas y estrategias de salud en 1979 se crea el Consejo Nacional de Salud y el Primer Plan Nacional de Salud vió la luz en 1991-2000, se implementa un nuevo modelo de atención a la familia la comunidad (Morocho, 2015).

En la Actualidad en la República del Ecuador, la cobertura en salud se divide en dos grandes sectores el público y privado (Lucio, Villacres, & Henriquez, 2011; Jimenez-Barbosa, et al, 2017). El sector público esta operado por el Ministerio de Salud Pública

(MSP), servicios de salud municipales, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y las instituciones de seguridad social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Las instituciones de seguridad social prestan atención a los derechohabientes y el MSP atiende al resto de la población (Lucio, Villacres, & Henríquez, 2011).

El MSP es la autoridad sanitaria nacional siendo el rector del sistema nacional de salud y el garante del derecho a la salud: “Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud” (MSP, 2013).

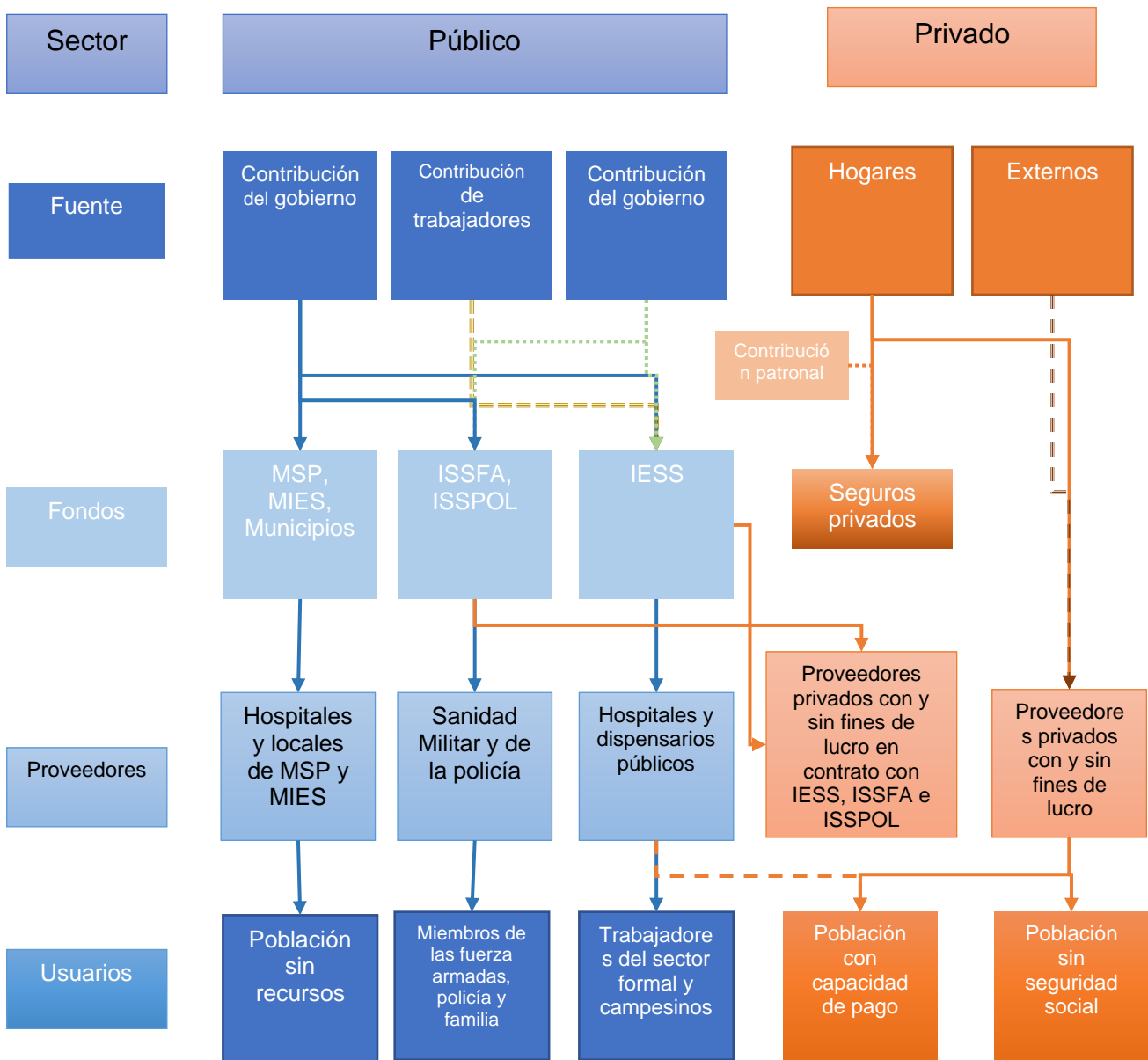
El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es un órgano de gubernamental que fue creado en 1970, encargado de brindar un sistema de salud obligatorio. En la Constitución del 2008 “El seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la Ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud”. (República del Ecuador, 2008). El IESS es una institución autónoma responsable de la prestación de un seguro universal obligatorio a todos sus afiliados en el sector urbano y en el rural con el Seguro social campesino.

Las instituciones de seguridad social atienden aproximadamente el 27% (4.036.302) de la población, siendo el IESS el que cuenta con la mayor cantidad de afiliados 18.3% (2 650 567); el MSP atiende aproximadamente al 51% (7.386.584) de la población, sus servicios son gratuitos (Lucio, Villacres, & Henríquez, 2011).

El sector privado de medicina prepagada y seguros cubre aproximadamente al 3% de la población que pertenece a estratos de ingresos medios y altos (Lucio, Villacres, & Henríquez, 2011).

Las personas que tienen menor posibilidad de acceso a los servicios de salud de calidad son los pobres, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo en “Ecuador la pobreza a nivel nacional se ubicó en 24.12% y la pobreza extrema en 8.97%. En el área rural, la pobreza alcanzó el 43.35% y la pobreza extrema el 19.74%. Finalmente, en el área urbana la pobreza llegó al 15.07% y la pobreza extrema a 3.90%” (INEC, 2015; INSP, 2012).

II.3.6. Organización del sistema de Salud ecuatoriano en la Actualidad



Fuente: Lucio, Villacres y Henríquez (2011), Sistemas de salud de Ecuador, recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013

El sistema de salud de la República del Ecuador está compuesto por dos sectores, el público y el privado. El Sector público comprende el Ministerio de Salud Pública (MSP), servicios de los municipios, las instituciones de seguridad social y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). El MSP ofrece servicios sanitarios a toda la población, el MIES y los municipios brindan atención a población no asegurada. El sector de la seguridad Social esta integrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional que brinda atención a todos sus asegurados. El sector privado son instituciones con fines de lucro como clínicas, hospitales, dispensarios, consultorio, farmacias y empresas de medicina pagada, además el sector privado cuenta con organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. El sector privado en Ecuador llega a ser aproximadamente el 3%, y en el país existen aproximadamente 10000 consultorios médicos particulares (Lucio, Villacres, & Henriquez, 2011).

II.4. Salud, desigualdad y pobreza.

“La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla”

Piédrola (2016)

La salud y el bienestar individual y colectivo han sido una preocupación desde el origen de la humanidad. El estar sano determina la manera de auto definirse, las acciones en el presente y la planificación del futuro.

Llegar a estar sano es una tarea que nos toma toda la vida, pero debemos saber en qué condiciones llegamos a este punto y para conseguir esta meta es imprescindible hablar del bienestar; Amartya Sen (1982) propone en la teoría de las capacidades de qué manera se puede alcanzar esta meta. Deaton (2013) hace referencia al bienestar como todas las cosas buenas que logran hacer que las personas tengan una buena vida tomando en cuenta el bienestar material (riqueza y los ingresos), el bienestar físico y psicológico, la educación y la capacidad de participación en sociedad. Es indispensable una buena condición de salud para tener bienestar.

Para gozar de un buen estado de salud es necesario contar con los servicios necesarios que puedan promover y prevenir las enfermedades; por tanto, es necesario que cada país disponga de un sistema de salud de cobertura universal que pueda garantizar que todos los miembros de las comunidades tengan acceso a servicios preventivos, curativos y de rehabilitación sean efectivos además de ser económicamente sustentables para las familias y los gobiernos.

El acceso a la salud es un derecho universal y los gobiernos están obligados financiar servicios de calidad y calidez; de esta manera, disminuir el riesgo de solventar gastos catastróficos en salud.

Existen grandes disyuntivas en los países sobre el financiamiento de los gastos en salud por persona, si debe ser totalmente público o privado; por ejemplo, Noruega un país de ingresos altos con un sistema de salud muy desarrollado, gastó en el 2012, 9312 dólares por persona, de esta cantidad 7919 fueron gasto público y el restante aproximadamente

el 15% fue gasto privado. Por otro lado, en países de bajos ingresos el gasto público en salud llega a ser inferior a 10 dólares con un alto porcentaje de aporte privado, muchas veces superior al 70% (OMS, 2015).

El financiamiento ha llegado a ser un problema que incrementa el riesgo de los habitantes a tener gastos catastróficos en salud o tener que pagar cuotas por los servicios de manera anual que junto a los engorrosos trámites burocráticos crean barreras para el acceso de los usuarios con menos ingresos (Sachs, 2012).

Las condiciones económicas y sociales condicionan el acceso efectivo a la atención en salud; por ejemplo, en países menos adelantados o con menor ingreso la esperanza de vida al nacer es 59 años y la mortalidad de los menores de 5 años es de 112 por cada 1000 habitantes, en comparación con los países más aventajados en los que la esperanza de vida es de 79 años y la mortalidad de menores de 5 años es menor al 8 por cada 1000 habitantes (Population Division, 2015).

Según el Banco Mundial, en el 2013, el 10.7% de la población a nivel mundial vivía con menos de 1.90 dólares americanos por día, inferior al 35% que se encontró el 1990; además, casi 1100 millones de personas han salido de la pobreza extrema desde los 90, es visible que las cifras de pobreza han disminuido, pero han sido dispares alrededor del mundo, con mayor impacto en Asia Oriental y Pacífico (71 millones menos de pobres) y entre estos la India ha tenido más impactos (BM, 2016).

Luego de hablar de la pobreza, es necesario abordar la desigualdad global que aumentó desde los 80 entre los ciudadanos del mundo sin importar su lugar de residencia. Desde los años 90 hasta el 2009 se ha observado una disminución considerable en las cifras de desigualdad global, pero estas siguen siendo mucho más amplias que en 1820, a pesar de los avances todavía en el mundo se encuentran países en donde el coeficiente de Gini es superior a 50, y en países como Haití y Sudáfrica supera los 60 (BM, 2016, p. 69).

La Organización de Naciones Unidas (ONU) en los Objetivos del Desarrollo Sostenible en el punto 10 contempla la reducción de la desigualdad al interior y entre los países. Muchos países han logrado avances en este punto, muchas familias han salido de la pobreza, pero todavía existen lugares con mayor vulnerabilidad, donde todavía existe grandes disparidades en el acceso a servicios sanitarios y educativos; si bien, la

desigualdad ha disminuido entre países, en general ha aumentado teniendo en cuenta que solamente el crecimiento económico no basta para reducir todas las brechas (Naciones Unidas, 2015).

La desigualdad en los países en desarrollo entre el 1990 y 2010 aumentó en un 11%, la gran mayoría de hogares (aproximadamente el 75%) se encuentran en países donde los ingresos se distribuyen de manera más desigual que en 1990 (Naciones Unidas, 2015).

II.4.1. Salud y desigualdad.

Según Deaton (2015), “el escape más grande de la historia es el escape de la pobreza y la muerte. Por miles de años aquellos que tuvieron la suerte de escapar de la muerte en la niñez enfrentaron años de pobreza opresiva” (p. 41), luego de la revolución industrial y al cambiar el paradigma de la génesis de las enfermedades los estándares de vida han aumentado, las personas viven el doble de lo que se vivía a principios del siglo XX, este gran escape trajo un mundo distinto para las personas que tienen mejores ingresos, son más saludables, más educados, de han creado dos mundos, uno de la opulencia y otro de los desprotegidos.

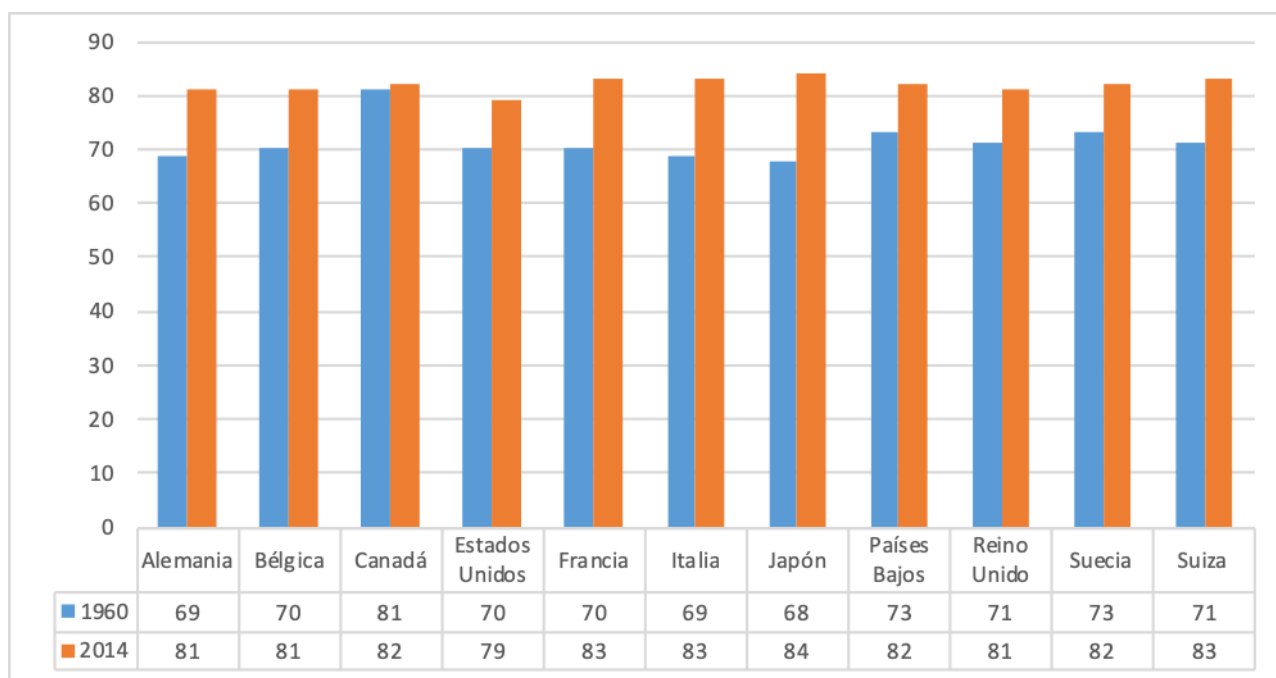
Los que no han podido estar dentro del gran escape, en gran medida los que viven en países pobres y cuanto más pobres peores son sus condiciones de salud, algunos países como Angola o la República Democrática del Congo esperanza de vida es aproximadamente 61 años siendo inferior a los datos encontrados antes de 1960 en Estados Unidos o en Islandia (BM, 2017).

Tomando en cuenta la vida, no solamente se trata de vivir o vivir muchos años, también es necesario vivir bien, tener una buena calidad de vida. Es necesario valorar otras dimensiones de la salud, identificar las diferencias entre los países ricos y países pobres.

En los países ricos las personas experimentan menos episodios de dolor, la incidencia de discapacidades ha disminuido y el coeficiente intelectual ha aumentado (Deaton, 2015).

El mejorar la calidad de vida, la esperanza de vida y los indicadores de salud no es una condición sine qua non de los países ricos; por ejemplo, los Estados Unidos un país que no cuenta con un proveedor único de salud, donde el gasto en salud es del 21.2% del PIB en el 2014, uno de los más altos de la región, sus cifras de esperanza de vida para el mismo periodo son inferiores en dos años o más en relación con cualquier país integrante del G10 (fig.1) (BM, 2017). Por tanto, la cantidad de dinero que se invierte en salud cada año no es un punto determinante para lograr mejorar la condición de vida; según Andrew Leigh (2012), no se ha encontrado información real sobre la relación entre la inequidad de ingresos y la salud ya sea mejorando o desmejorando la misma, pero si existen estudios en donde se prueba la relación entre pobreza extrema y salud, los países pobres tendrán condiciones de salud malas.

Figura 1: Esperanza de vida, Países G10



Fuente: base de datos Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

Esta condición de países pobres y tener menos salud no es una característica que se pueda probar en todos los países, por ejemplo, al comparar Cuba y los Estados Unidos, la esperanza de vida en Cuba es mayor a pesar de ser considerado un país de bajos recursos, aunque el segundo tiene un PIB 20 veces mayor y un gasto en salud anual mayor.

¿Cuál es la gran diferencia entre estos dos países? Las diferencias entre estos dos países son abismales (tabla 2), el modelo económico social en Cuba a pesar del embargo económico, de las dificultades comerciales en todos los ámbitos ha logrado construir un sistema de salud de prestador único regido por el Ministerio de Salud, a través del Sistema Nacional de Salud en donde se garantiza el acceso a salud a todos los habitantes sin restricción, dispone de un modelo de atención primaria en salud que abarca el 80% de las atenciones en salud y un 20% de atención curativa (Domínguez-Alonso & Zacca, 2011). Cuba ha logrado reducir los niveles de mortalidad infantil, mortalidad materna y aumentar la esperanza de vida. La pobreza y la desigualdad influyen en gran medida sobre el estado de salud, pero también el ámbito institucional y dentro de este el sistema de salud y acceso a los servicios sanitarios juegan un papel cardinal sobre el estado de salud de habitantes, es determinante como los gobiernos invierten el dinero y cómo se organizan los servicios. La creación de políticas públicas en salud que logren subsistir los cambios de dirección ideológica del gobierno de turno es uno de los grandes desafíos de los procesos políticos de nuestra época, Cuba es el gran ejemplo de lograr avances en salud a bajo costo y con resultados excepcionales, la aplicación de políticas públicas duraderas ha logrado ubicar al sistema de salud cubano como un referente a nivel mundial.

Tabla 2. Esperanza de Vida y porcentaje de PIB gastado en salud, años 1995-2014

País	1995		2014	
	Esp. Vida	gasto salud	Es. Vida	gasto salud
Estados Unidos	75.62	15.92%	78.74	21.29%
Cuba	75.4	8.02%	79.39	18.011%

Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

II.5. Estados Unidos Mexicanos

II.5.1. Acceso a servicios de salud y desigualdad en México

La desigualdad ha marcado la historia de México y ha modulado las mentalidades de los mexicanos; esta desigualdad es profunda y arraigada y no respeta las poblaciones, recursos ni capitales; la desigualdad se manifiesta en el ingreso de las familias, la educación, la salud y el género; define las asimetrías tanto en la forma de vivir o de morir; es un fenómeno de largo plazo, ha existido en México más de dos siglos y en el

último tiempo se ha acelerado, por lo tanto la desigualdad es un fenómeno total que marca el conjunto de la estructura y el carácter social (Cordera, 2017).

El Banco Mundial cataloga a México como un país de ingresos medios a altos, su economía ha sufrido desaceleración con respecto al 2015, mitigado con el impulso privado, baja inflación y remesas de trabajadores. Pero en el 2017-2018 se espera una nueva desaceleración por la incertidumbre generada por la renegociación del tratado de libre comercio de América del Norte (TLCAN), lo que ha logrado frenar la inversión bruta de las actividades relacionadas con el comercio de la industria manufacturera. Todos estos problemas de financiamiento y el déficit del PIB han reducido la capacidad del sector público para contribuir al crecimiento ya que los esfuerzos del gobierno se ven encaminados a consolidar las acciones fiscales y a estabilizar la relación entre la deuda y el PIB (BM, 2017).

México, para el año 2014 tenía un coeficiente de Gini de 48.21, el más alto en América del Norte, se muestra un panorama de desigualdad que ha dividido al país en dos partes, los pobres, pobres extremos y personas ricas. Para ese mismo año en el país el 53.2% de la población vivía en condiciones de pobreza (BM, 2014).

Según Moreno Brid (2009), en las últimas tres décadas en México, los ingresos solo han aumentado en los hogares más ricos, dejando al resto de la población en condiciones de pobreza, sin tener la posibilidad de nutrirse, escapar de enfermedades curables y protegerse del medio ambiente (Sen, Poor, Relatively Speaking, 1983).

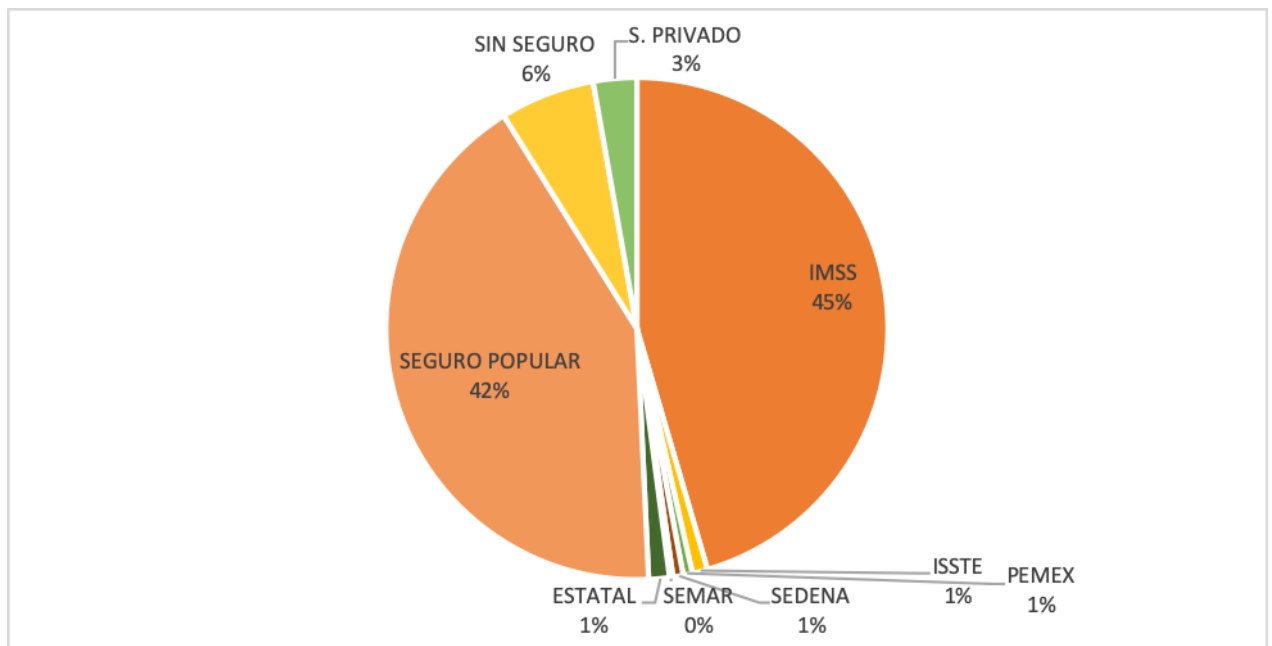
Cordera (2017) habla sobre los ingresos de los mexicanos y comenta que:

“Los mexicanos más pobres (del I al IV) en 1977 obtuvieron el 9.9% del ingreso total, mientras que en el 2010 llegaron a 12.3% y en el 2012 a 14.1%. En 2012 los grupos más ricos (20%) tuvieron ingresos equivalentes a 50.9% del total, mientras que para el 2014 esta cifra aumento en 51.1%; esto quiere decir que los ingresos de 40% de los mexicanos más pobres representaban menos de una quinta parte de la proporción que beneficiaba a los más pudientes” (p. 62)

El instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2015, en la sección de salud y servicios de salud, entrega las cifras de aseguramiento en salud, en donde el 91.1% de la población total en el año 2013 contaba con un seguro de salud público (figura 2), dividido en dos grandes

prestadores de salud, el Instituto Mexicano de Seguridad Social con el 45% y el Seguro Popular el 42%; otras instituciones de salud pública (servicios estatales, ISSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA) menos del 4% y un 9% de la población sin seguridad pública (INEGI, 2015; Laurell, 2013).

Figura 2: Porcentaje de población con seguro de salud públicos en México en el año 2013

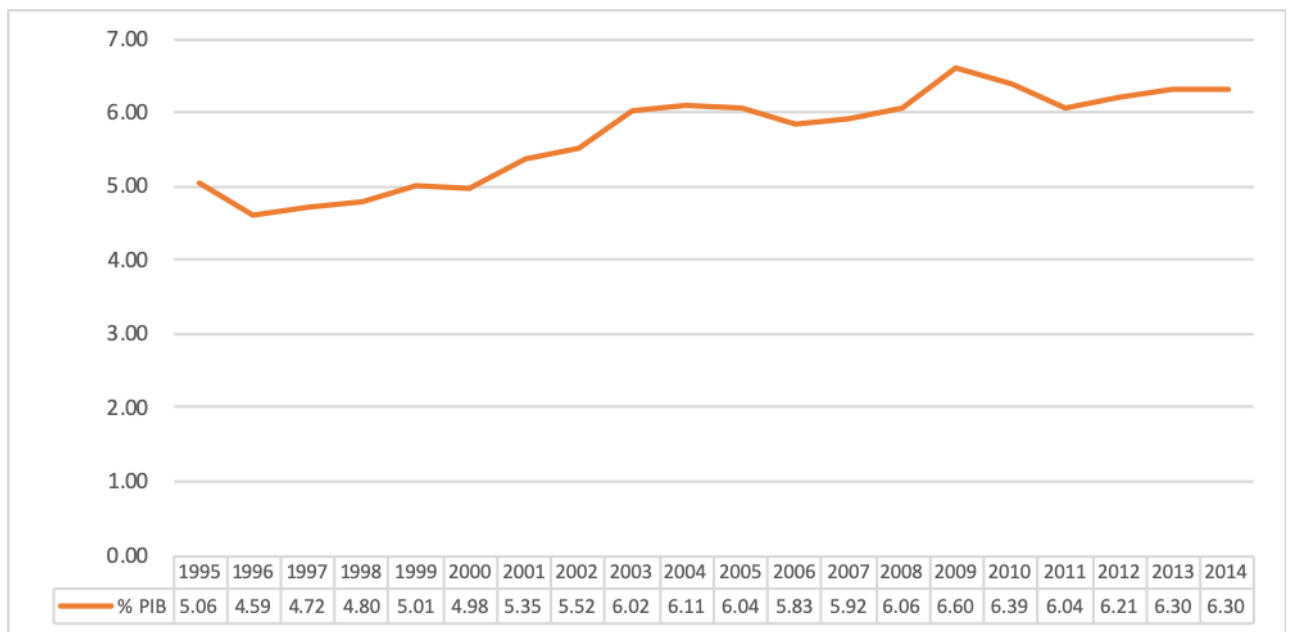


Fuente: INEGI,
Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano (CLACSO), 2013

México desde el año 2002 con los intentos de llegar a una cobertura universal en salud ha mejorado sus estadísticas nacionales aumentando la esperanza de vida al nacer, disminuyendo las muertes maternas y en cierto modo mejorando la calidad de vida, siendo dependientes de las asignaciones en salud que el gobierno otorga cada año.

En este sentido, en este país se ha tenido grandes fluctuaciones en el aporte del gobierno al sector salud, (figura 3), desde 1995 se ha encontrado como aporte máximo 6.39% del PIB en el año 2010 y como mínimo 4.59% en 1995.

Figura 3: porcentaje del Producto Interno Bruto invertido en salud en México 1995-2014



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

Comparando el aporte de México al sector salud con otros países de ingreso bajos y de ingresos altos se nota una gran diferencia, Ruanda aportó aproximadamente el 19.5% de su gasto anual a salud, pero esto no quiere decir que con un mayor gasto las desigualdades en salud disminuyan (OMS, 2010). Si bien México ha luchado contra la pobreza, el incremento del gasto público no ha alterado sustancialmente la dinámica de la pobreza que no ha disminuido desde 2007, es más ha aumentado desde ese año (Cordera, 2017).

Según Deaton (2015) desafortunadamente los gobiernos de ciertos países no actúan por el bien de sus habitantes, para mejorar su salud y bienestar, aun en países democráticos los políticos tienen un amplio margen de maniobra para perseguir sus fines personales y con frecuencia existen grandes desacuerdos de que se necesita mejorar en el sector salud, aunque exista acuerdo sobre la necesidad de mejorar. Las preocupaciones en salud no son primordiales, los gobiernos están encaminados a la creación de empleos o la estabilización de la economía. (p. 142-143)

Otro problema por el que la cobertura o la inversión en salud no se ven reflejadas en una mejora de la condición de vida de los habitantes es el ausentismo del personal de salud en sus áreas de trabajo; en el sector salud puede llegar a ser hasta del 35% en promedio, diferenciando el personal de salud el 39% de los médicos y 31% del personal no médico no se encontraba en sus lugares de trabajo, esto se puede deber por el gran impacto de las ganancias que pueden percibir estos servidores en el sector privado (Chaudhury & Hammer, 2006).

El sector privado creciente en los países que el sistema sanitario público es deficiente “ganan mucho más dinero si proveen más cuidados o más atenciones rentables; también tiene incentivos para ofrecer a las personas lo que estas piensan que quieren independientemente de si lo necesitan o no en realidad” (Deaton, 2015, p. 145-146).

Los gobiernos y la pobreza o desigualdad de estos no tienen toda la culpa, hemos observado el caso de Cuba antes mencionado; en otros lugares parece que las personas no atienden su salud o simplemente no les importa, para Byung-Chul Han (2010), este comportamiento social se asocia a la sociedad del cansancio, en la que los integrantes de la sociedad o de los grupos humanos al no ver una salida a sus problemas, en este caso los asociados a la salud, simplemente dejan de importar o de ser considerados como problemas. Existe otro grupo en las que, si existen los recursos económicos, estas tienden a estar mejor informadas y tienen sus incentivos propios para llegar a un servicio de salud.

Los países en desarrollo o países pobres realmente no podrán tener un mejor sistema y acceso a salud si es que no se invierte más y de mejor manera de lo que lo hacen en la actualidad. Según Deaton (2015) “sin una población educada y sin capacidad de gobierno – una estructura administrativa efectiva, núcleos de burócratas educados, un sistema estadístico y un marco legal bien definido y aplicado --, es difícil o imposible que los países suministren un sistema de salud apropiado” (p. 149)

II.5.2. Cobertura y acceso universal de Salud.

II.5.3. El Seguro popular para llegar a una cobertura Universal.

Garantizar el acceso y la cobertura en salud para toda la población ha sido uno de los grandes esfuerzos de todos los gobiernos desde 1978, en la conferencia de Alma Ata se señaló que es necesario que los países garanticen servicios de salud de calidad basados en la prevención adoptando un modelo de atención primaria en salud (OPS, 2012).

Es real que muchos gobiernos intentaron adoptar el modelo, pero ninguno hasta el año 2010 ha sido capaz de garantizar servicios sanitarios para mejorar la salud de las personas, casi todos los países del mundo se enfrentan a limitaciones grandes de recursos o de otro tipo, esto es mucho más notorio en los de bajos ingresos (OMS, 2010).

En México, antes del año 2000 existieron esfuerzos de los gobiernos para supuestamente fortalecer el sistema de salud, pero fue hasta que el presidente Fox y el Secretario de Salud Julio Frenk (Secretaría de Salud, 2001) con su Programa Nacional de Salud 2001-2006 fue llamado “La Democratización de la salud en México” realmente parecía tener buenas intenciones porque tocaba temas realmente álgidos para esa época y la actual como:

- La necesidad de mejores servicios de salud.
- Las personas pobres y desprotegidas siguen enfermando por padecimientos sencillos y no todos alcanzan servicios seguros y confiables.
- Enfocar el sistema de salud en las personas y que de la buena salud de la población depende la prosperidad económica el bienestar social y la estabilidad política.
- Saber que sin un sistema de salud y de seguridad social no puede haber desarrollo humano.

Con esta nueva visión de los servicios de salud para México, se intentó crear un sistema en donde existan estímulos para el prepago de la atención en salud, siendo este el primer paso para la privatización de los servicios de salud; o como el gobierno lo mencionaba,

que la inversión privada aporte a los servicios de salud pública. La creación de este sistema de salud paralelo a la seguridad social es parte de la aplicación en salud de los parámetros del consenso de Washington (Martinez & Soto, 2012).

En el 2001, el Banco Mundial propone medidas en el ámbito social y económico para México, donde uno de los puntos fue enfatizar que el sistema de salud estaba duplicando esfuerzos y que la fragmentación del sistema es la causa primordial para que no exista eficiencia en los recursos y la atención en salud, siendo necesario que los sectores público y privado trabajen en conjunto por un bien común, todo esto tenía que ir de la mano de un sistema financiero sólido para estimular la inversión privada (Giugale, Lafourcade, & Nguyen, 2001).

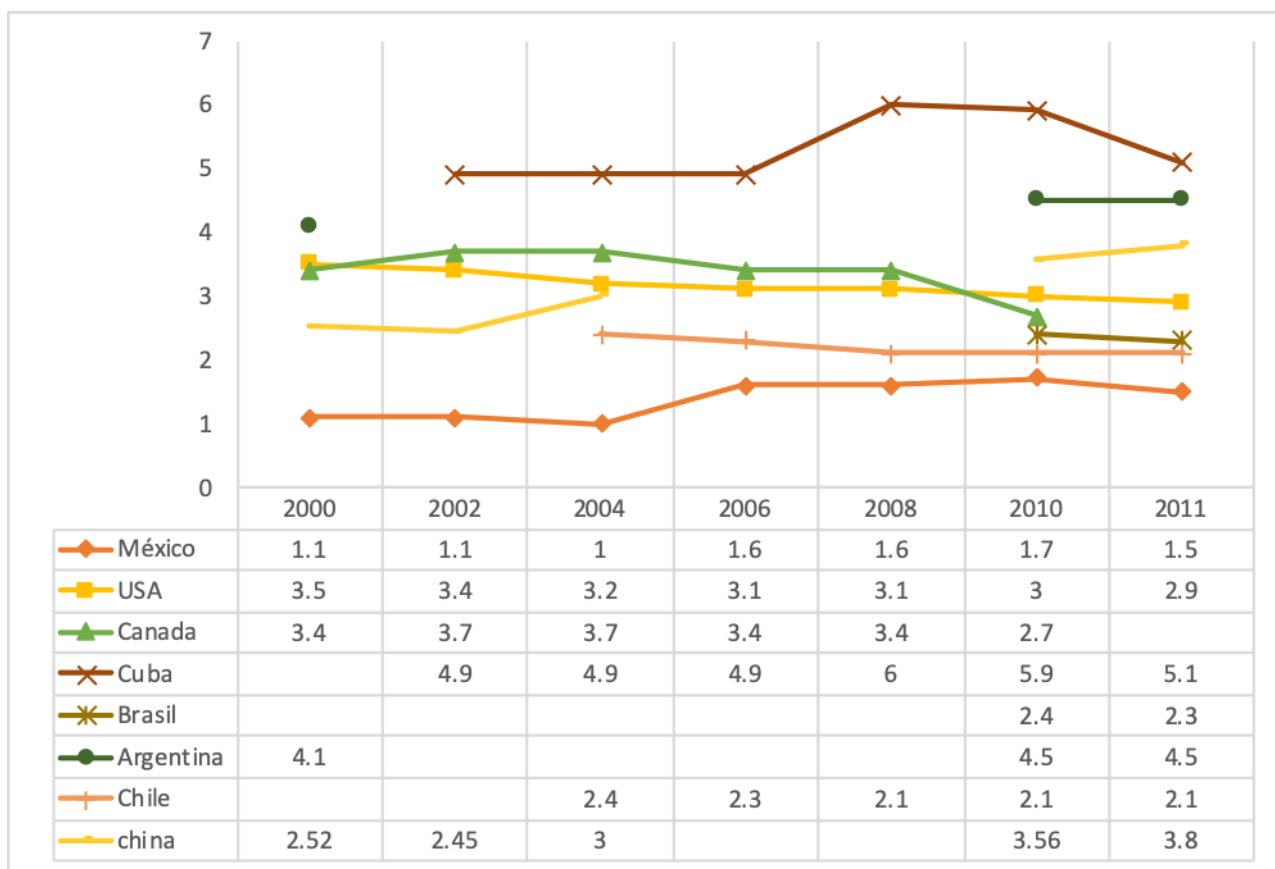
La gran razón para estas acciones fue aumentar la cobertura, mejorar el acceso ya que los servicios del IMSS se veían abarrotados sin poder ni siquiera cumplir con los derechohabientes; con el Seguro Popular, según el gobierno, se garantizaba la expansión y la mezcla de lo público-privado para la atención médica (Tamez & Eibenschutz, 2008),

En el 2001 se crea el Seguro Popular médico público y voluntario que fomenta la atención oportuna en salud, con mecanismos de protección del patrimonio familiar; además, ofrece estudios de gabinete, medicamentos y atención médica sin costo, al principio 154 enfermedades y los medicamentos necesarios para su tratamiento. En el 2006 se crea el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), en donde se ofertan atención, estudios y tratamiento para 249 padecimientos (Tamez & Eibenschutz, 2008).

El financiamiento del Seguro Popular fue presentado, según el modelo de la seguridad social, con un aporte tripartito; de la federación, de los estados y las familias; el aporte del gobierno ya sea el federal y estatal son porcentajes fijos, y el aporte de la familia puede variar según la condición socioeconómica (Laurell, 2013).

Cuando se piensa que la entrada del Seguro Popular fue una acción para dar cabida a toda la población que supuestamente atenderá debe disponer de un aumento de los recursos en salud.

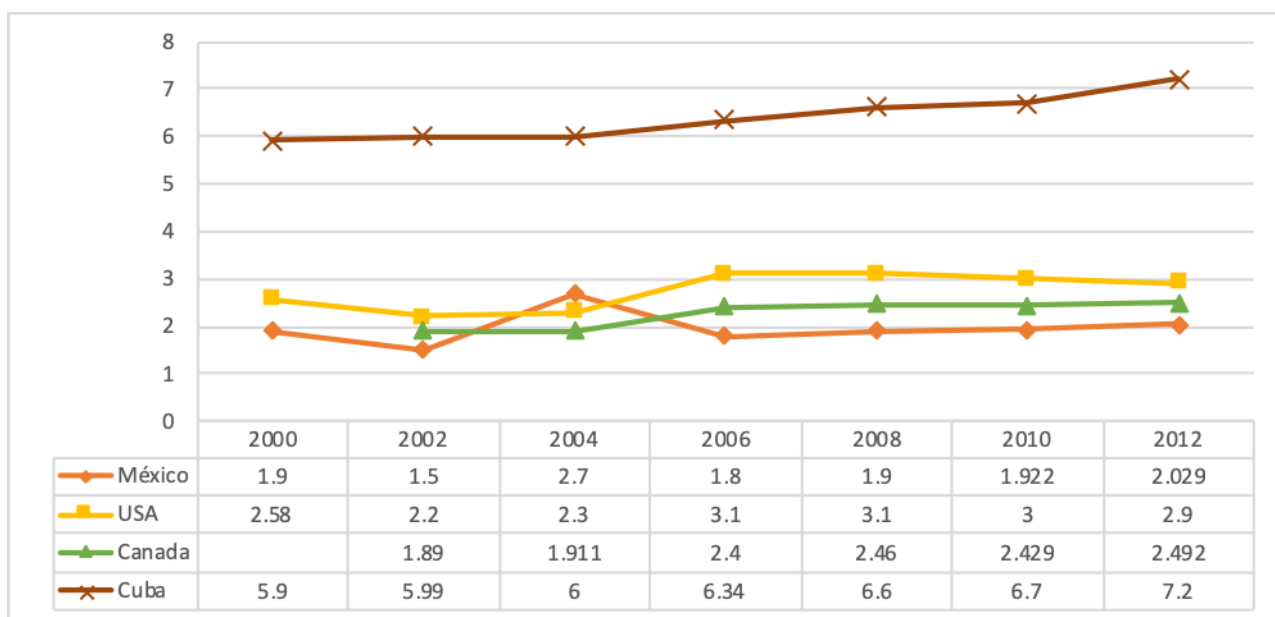
Figura 4. Número de camas de hospitalarias por cada 1000 personas en México desde año 2000 hasta el 2011



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

¿Antes y después del seguro popular el número de camas hospitalarias en México tuvo algún incremento? Por la lógica de creación del Seguro Popular debía esperarse que con los aportes se pueda aumentar la capacidad hospitalaria para la atención en el segundo nivel en toda la república. México desde el año 2002 y antes es el país que menos camas de hospital tiene en Norte América; comparándolo con países de bajos recursos como Cuba, observamos que tiene 4 o 5 veces mayor capacidad hospitalaria; y si se compara con países de ingresos altos como Estados Unidos, se duplica la capacidad (figura 4,5).

Figura 5: Número de Médicos por cada 1000 habitantes en México desde el año 2000 al 2012



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

En cuanto al personal de salud (figura 5), al analizar la cantidad de médicos por cada mil habitantes se encuentra un panorama muy parecido a las camas de hospital en donde México está por debajo del promedio general y muy por debajo de Cuba, que a pesar de ser uno de los países más pobres de América y el Caribe ha logrado con políticas responsables e innovadoras de salud cubrir las necesidades básicas de su población.

Por otra parte, la esperanza de vida (figura 6) es un indicador muy usado para valorar el funcionamiento y calidad de los servicios de salud, según la Organización Mundial de la Salud, la esperanza de vida ha registrado avances espectaculares, desde el 2000 hasta el 2015 creció en 5 años, el crecimiento más rápido registrado en los últimos 60 años; todos estos avances se dan a pesar de las desigualdades existentes entre los países y dentro de cada país.

Figura 6. Esperanza de vida países de América y el Caribe desde el 1990 hasta el 2015



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

Antes del Seguro Popular y sin los esfuerzos de llegar a la cobertura universal en salud teniendo solamente sistemas paliativos para el acceso a salud, la esperanza de vida en México fue de 70.7 años siendo aproximada a la encontrada cerca de 1970 en países de la región como Estados Unidos o Canadá.

En la década subsiguiente entre 1990 y 2000 México, logró aumentar su esperanza de vida en 3.6 años llegando a 74.3, de hecho, un gran avance para el país y mayor que todos los de la región. Luego de la incursión del Seguro Popular y la supuesta universalización de los servicios de salud México entre el 2000 al 2015 logró aumentar solamente 2.5 años su esperanza de vida, con este último avance se logró igualar las cifras obtenidas 15 años antes por los países desarrollados como Canadá, Estados Unidos o países de bajos recursos como Cuba.

Al interpretar la supuesta universalización de los servicios en México, que según los datos de aseguramiento público está sobre el 90%, esto no se ha reflejado en la población; se intenta llegar a la cobertura universal en salud, pero se debe distinguir que es la universalidad, Asa Laurell (2013), dice que es necesario pensar entre la cobertura poblacional y la cobertura médica o de servicios de salud, en los países de Latinoamérica al decir universal hace referencia a la población en general, mientras que la cobertura médica o los servicios universales están limitados a catálogos con grandes exclusiones en el acceso.

El Seguro Popular sigue directrices del universalismo básico; Molina (2006) menciona que el universalismo básico “si bien apunta a promover un conjunto de servicios de cobertura universal que cumplan con estándares de calidad para todos, se propone para un conjunto limitado de prestaciones básicas, que incluye las prestaciones esenciales de derecho universal, que variará de acuerdo con las posibilidades y definiciones propias de cada país” (p. 21). En México, existe un aseguramiento Universal de Salud, pero con servicios sanitarios excluyentes, de baja calidad, limitados en cobertura y con dificultades en el acceso oportuno, con serias deficiencias en la prevención, promoción y educación en salud.

Tabla 3. Principales Causas de Muerte en México- comparación año 2000-2015

Nro	2000	2015
1	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Tumores malignos	Diabetes mellitus
3	Diabetes mellitus	Tumores malignos
4	Accidentes	Accidentes
5	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
8	Influenza y neumonía	Agresiones
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Influenza y neumonía
10	Agresiones	Insuficiencia renal

Fuente: Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI): tabulados básicos

Al pensar en el servicio Universal del Seguro Popular lanzado por México, en el 2002, cualquier persona hubiera pensado que el servicio universal para todos los mexicanos iba a ser un punto de quiebre en las patologías, que iba a poder cambiar el perfil

epidemiológico, que México podría escaparse de las causas de muerte que se presentaban antes de la incursión del Seguro Popular en el Sistema Nacional de Salud.

Caso contrario, antes del Seguro Popular en el año 2000, entre las 10 primeras causas de muerte (tabla 3) se encontraban enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes, accidentes (tránsito), enfermedades del hígado, influenza y neumonía, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) y agresiones. Este fue el panorama antes del Seguro Popular, las principales causas de muerte son enfermedades prevenibles en el primer nivel de atención en salud a bajo costo, se observa que el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, un panorama que de continuar podría ser una bomba de tiempo para los servicios sanitarios. Según el INEGI, en el 2015 las principales causas de muerte en México fueron enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores, accidentes, enfermedades del hígado, agresiones, influencias e insuficiencia renal, casi las mismas que se encontraron en el 2000.

Es alarmante observar que luego de la incursión del Servicio de Salud Universal, “Seguro Popular”, las causas de muerte no han cambiado radicalmente; es más, se observa el aumento de las muertes por diabetes y el ascenso de las muertes por agresiones demostrando que a pesar del supuesto aseguramiento universal y de arrojar datos de tener más del 90% de la población con un seguro de salud, en las estadísticas nacionales de cada año no se refleja el impacto real de una cobertura universal en salud.

Para el año 2015, todas las causas de muerte, como en el 2000 son enfermedades o factores de riesgo prevenibles con un buen sistema de salud y un acceso garantizado a servicios sanitarios, las personas siguen muriendo por diabetes o tumores que pueden ser diagnosticados con prontitud para su tratamiento; esto demuestra que el aseguramiento universal en salud no ha logrado cumplir todos los objetivos luego de 15 años de su creación, al parecer no ha existido una correcta aplicación del sistema de atención primaria en salud, no se han creado políticas públicas que realmente enfrenten todos los problemas existentes en el acceso y la infraestructura en salud; a lo largo de 15 años de la universalización del servicio de salud en México no se ha visto un impacto real en la calidad de vida de las personas.

II.5.4. Gasto de bolsillo y atención empobrecedora

Las personas y los hogares que no cuentan con servicios de salud gratuitos o servicios de co-pagos o el servicio que poseen no logra cubrir todos los gastos ocasionados por la atención se ven en la necesidad de incurrir en gastos en salud; esto para Peticara (2008) se denomina “gastos de bolsillo en salud (GBS) y son aquellas erogaciones en ítems de salud (hospitalización, procedimientos ambulatorios, medicamentos) netas de cualquier reembolso efectuado por el sistema de salud o seguro al que se esté afiliado. Se consideran catastróficos los GBS que superan una cierta cuota o *threshold* de la capacidad de pago del hogar. La capacidad de pago del hogar se define como el ingreso total del hogar menos aquel nivel de gasto necesario para cubrir necesidades básicas de subsistencia. En la literatura, se ha tomado como cota el 40%” (pág. 18).

El GBS en salud depende de la calidad, acceso y dotación de medicinas e infraestructura de los servicios sanitarios; por tanto, cuando existe un servicio eficiente los usuarios tienen sus necesidades de salud cubiertas, pero cuando estos no funcionan de manera correcta, se ven obligados a acudir al sistema privado de salud. Según Peticara (2008) en América Latina, México se ubica junto con Argentina y Brasil entre los países en donde el gasto en salud absorbido por las familias llega a ser el 50% y solamente en Argentina y México el gasto catastrófico en salud llega a ser superior al 70% del gasto de las familias.

Desde el punto de vista Murayama y Ruesga (2016), el gasto de bolsillo de los mexicanos es uno de los más altos entre los miembros de la OCDE, las familias tienen que afrontar el 50% del gasto total en salud, esto refleja los problemas en el acceso y la inequidad en salud existente

En la Encuesta de Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares (ENIGH) realizada por el INEGI, en el año 2006, el 69.5% de las familias realizó gastos en salud, esta cifra se redujo en el 2012 llegando a ser el 50.2%, (INEGI, 2014). En el 2010 la Organización Mundial de la Salud recomendó que el gasto en salud privado o pagos directos por salud por parte de los usuarios debe ser menor al 15 o 20% del gasto total en los servicios sanitarios, ya que este es un rango en el que los gastos catastróficos y el empobrecimiento de la población desciende a niveles insignificantes; el aporte en el gasto total en salud debe ser desembolsado por el estado por lo menos en un 80%.

El gasto en salud se ve aumentado en gran medida por problemas del sistema de salud pública, existe una focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, conocida como “hospitalocentrismo”; también la encontramos en el sistema la fragmentación de los servicios, como resultado de la multiplicación de programas y proyectos prioritarios en salud y por último la mercantilización generalizada de la atención en los sistemas sanitarios no regulados (OMS, 2008).

El gasto catastrófico en salud no solamente es causado por procedimientos de alto costo sino también pueden por pagos relativamente bajos, pero estos significan una catástrofe para una persona pobre, que se ve obligada a reducir los gastos básicos como los alimentos o la educación. Por otra parte, los grandes pagos en los servicios de salud también pueden llevar a la catástrofe financiera incluso a los hogares más ricos, (Xu, y otros, 2007); los problemas de la atención sanitaria llevan a las familias, sobre todo a las de bajos recursos económicos, a costear la atención sanitaria entrando en el paradigma de la atención sanitaria empobrecedora; la población carece de un sistema de protección social o el que existe es insuficiente, esto lleva a las personas a tener que aumentar el gasto en salud, por este proceso más de 100 millones de personas en el mundo caen en condiciones de pobreza por verse obligados a costear la atención sanitaria (OMS, 2008).

México, a lo largo de las últimas tres décadas ha creado programas para la inclusión social y económica de los más desprotegidos, han evolucionado desde el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) que algunos años después pasó a llamarse “PROGRESA”, “OPORTUNIDADES” y su última transformación en el 2014 donde adopta el nombre de “PROSPERA”.

El objetivo de este programa PROSPERA, Programa de inclusión social, es contribuir al cumplimiento de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, salud y educación mejorando el acceso a otras dimensiones de bienestar (CONEVAL, 2017).

El programa Prospera, en el 2016 tenía una población objetivo de 794,107 hogares, de los cuales se pudo atender al 85%, el programa atendió a 32 millones de personas aproximadamente (CONEVAL, 2017), en términos totales PROSPERA atiende a un tercio de la población mexicana.

PROSPERA podría decirse que logra superar a todos los antecesores, pero el panorama no es favorable, desde 1988 hasta la fecha en México, se invierte en política social pero los resultados son desalentadores, según el CONEVAL, en 1993, el 53.1% de los habitantes vivía en condiciones de pobreza, luego de 3 décadas de destinar recursos a programas de asistencia social estas cifras para el año 2016, según datos de la misma institución, la pobreza pasó a ser del 43.1% (Cañedo & Ramirez, 2014), cifra que es muy distante a la expresada por el Banco Mundial o la Organización Mundial de la Salud que para el mismo año determina que existe el 50.1% de la población viviendo en condiciones de pobreza (World Bank Group, 2017).

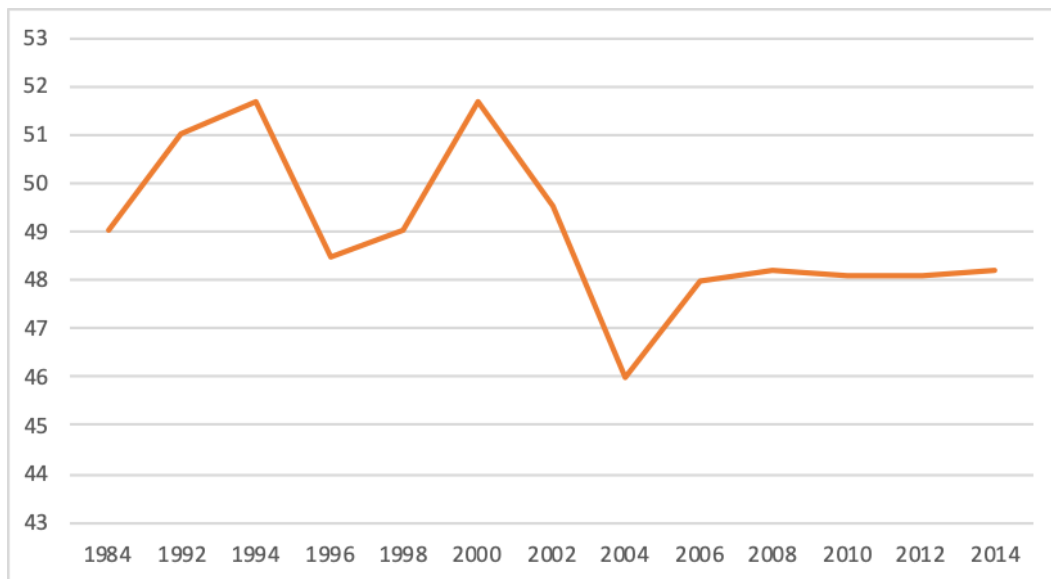
Luego de toda la inversión realizada en programas de inclusión social y económica desde 1980 las desigualdades en la década del 80 y 90 tuvieron muchas fluctuaciones encontrando valores máximos en 1994 cuando fue de 51.7 y el menor de 46 en 2004; aun así, al ser el valor menor alcanzado en tres décadas, sigue siendo alto dentro de los países de medianos ingresos como México. Desde el año 2008, no ha existido variación significativa en las cifras de desigualdad, dando por entendido que los programas de inclusión social y económica no han tenido el impacto deseado en la población.

Según Transparencia Mexicana y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el programa Prospera es exitoso, ya que en sus más de 20 años de vida ha logrado mejorar con el pasar de los años y no solo se trata de dar dinero a las familias; el sistema de apoyos económicos a las familias beneficiarias a cambio de que los miembros cumplan con asistir a la escuela y a los servicios de salud pública.

El Programa PROSPERA de México, ha logrado mejorar las tasas de escolarización y nutrición en los niños de toda la república, este modelo ha sido replicado en más de 50 países que tienen un formato similar (PNUD, 2016). La iniciativa mejoró las tasas de escolarización y la nutrición de los niños en el país, al punto tal que más de 50 países en el mundo replicaron el modelo y tienen ahora un programa similar (BM, 2014).

México con los programas de inclusión económica como prospera ha intentado disminuir las desigualdades entre su población más pobre y los de la clase media o alta, a pesar de toda la inversión de los últimos 15 años en índice de Gini (figura 7) ha presentado 46 como cifra más baja, y desde el 2006 hasta 2014 no ha sufrido cambios permaneciendo entre 48.0 a 48.2.

Figura 7. Índice de Gini México 1984-2014



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

Según Schweinhart (2005), no se puede ver como un gasto social, ya que en estudios realizados sobre la inversión en programas sociales y educación en la primera infancia se estimó que por cada dólar invertido se puede obtener una ganancia de 16.14 dólares y de 12.90 dólares por cada dólar invertido en programas de desarrollo infantil temprano; es importante la inversión social, pero esta debe realmente estar dirigida a los grupos vulnerables de la sociedad.

Es necesario que la inversión en salud y en programas sociales con el fin de romper el círculo intergeneracional de la pobreza, invirtiendo en salud y educación se podrá tener mayor probabilidad de lograr llegar a la edad adulta en óptimas condiciones y tener un lugar en el campo laboral que logre satisfacer las necesidades de la familia. Si los países logran invertir de manera efectiva en educación y salud, según Lusting (2015), se podrá disminuir la inequidad en un 69%.

La salud se ha convertido en un compromiso histórico de todos los gobiernos de México, pero la desigualdad marca la pauta de cómo, cuándo y dónde invertir; a pesar de la inversión en salud y programas sociales las tasas de mortalidad materna son cuatro veces más alta que en los grupos de personas que viven en pobreza que del grupo de mayores recursos. Realmente en México todavía existen grupos de personas que no tienen acceso a seguridad social y aproximadamente el 20% no cuenta con servicios de

salud pública. “...la marginación se asocia a la carencia de oportunidades sociales y a la ausencia de capacidad para adquirirlas o generarlas, pero también a privaciones e inaccesibilidad a bienes y servicios fundamentales para el bienestar” (Cordera, 2017, p. 71)

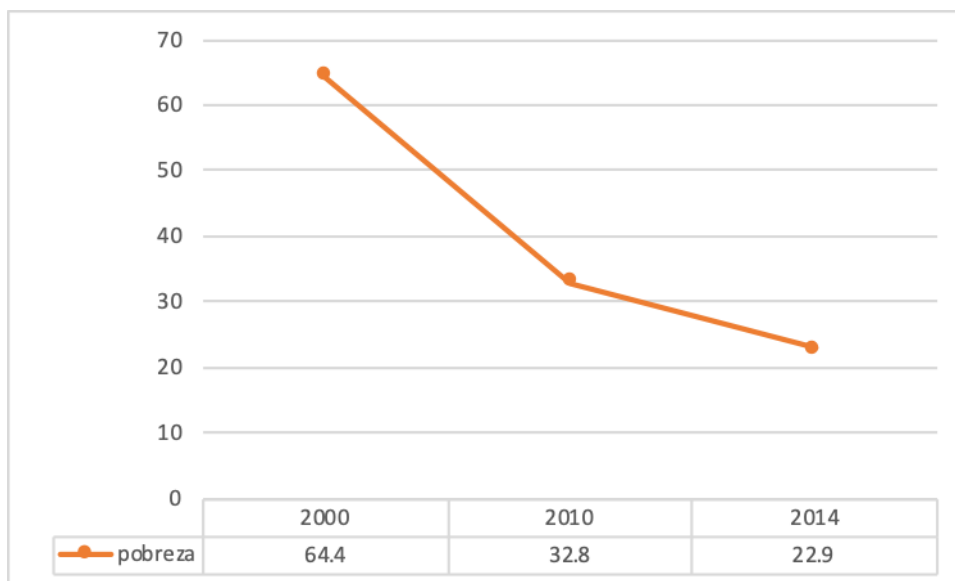
II.6. Ecuador

II.6.1. Desigualdad, pobreza y salud

Ecuador, según el Banco Mundial, es un país de ingresos mediano alto, para el año 2014 el 22.9% de la población vivía en condiciones de pobreza, esta cifra ha disminuido drásticamente en los últimos 15 años, en el 2000 el 64.4% de la población era pobre, para el año 2010 la cantidad decreció casi hasta la mitad 32.8% (figura 8).

En cuanto a la esperanza de vida en los últimos 25 años Ecuador, pudo aumentar en 7.1 años, de encontrarse en 69 años en 1990 y llegar a 76.1 años en el 2014, desde 1990 hasta el 2000 la esperanza de vida aumento 3.9 años siendo alto para toda la región, y en los últimos 15 años aumento 3.1 años luego del cambio de Constitución Política y la reforma en los sistemas de salud. En promedio el país logro aumentar 1.4 años en la esperanza de vida cada 5 años.

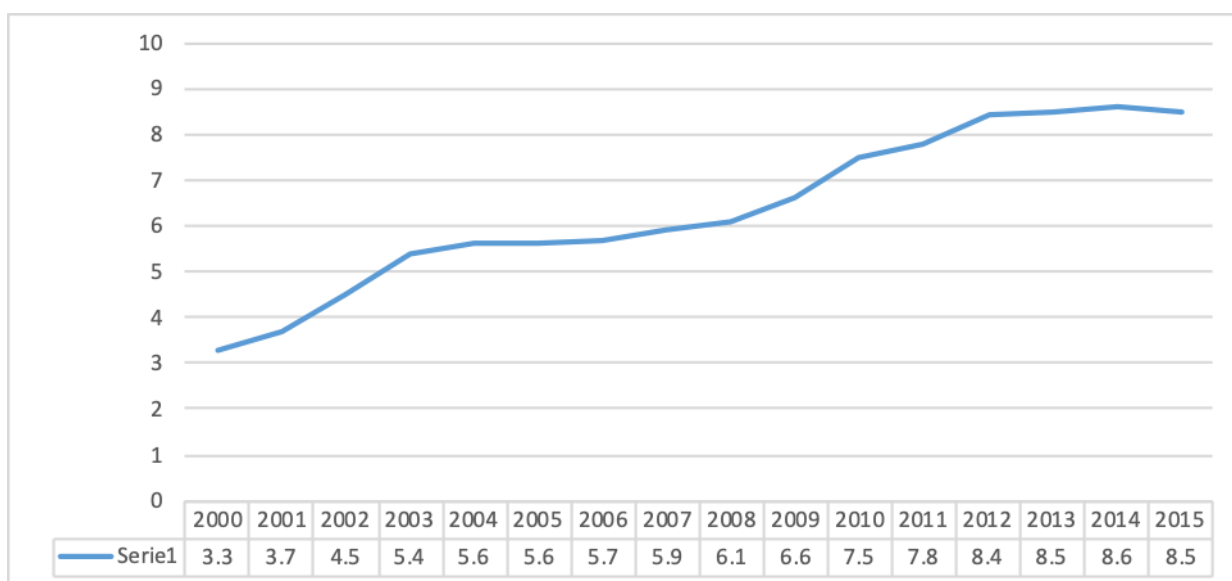
Figura 8. Porcentaje de la población que vive en condiciones de pobreza.



Fuente: Instituto nacional de estadística y censos (INEC)

La república del Ecuador desde 1996 sufrió varios cambios políticos desde derrocar a varios presidentes, el feriado bancario y el cambio de moneda de Suces a Dólares, en el año 2006-2007 llega a la presidencia una opción política progresista instaurando cambios en la estructura del país, priorizando el gasto público, la inversión en educación y salud.

Figura 9. Porcentaje del PIB para salud en Ecuador desde el año 2000 al 2015

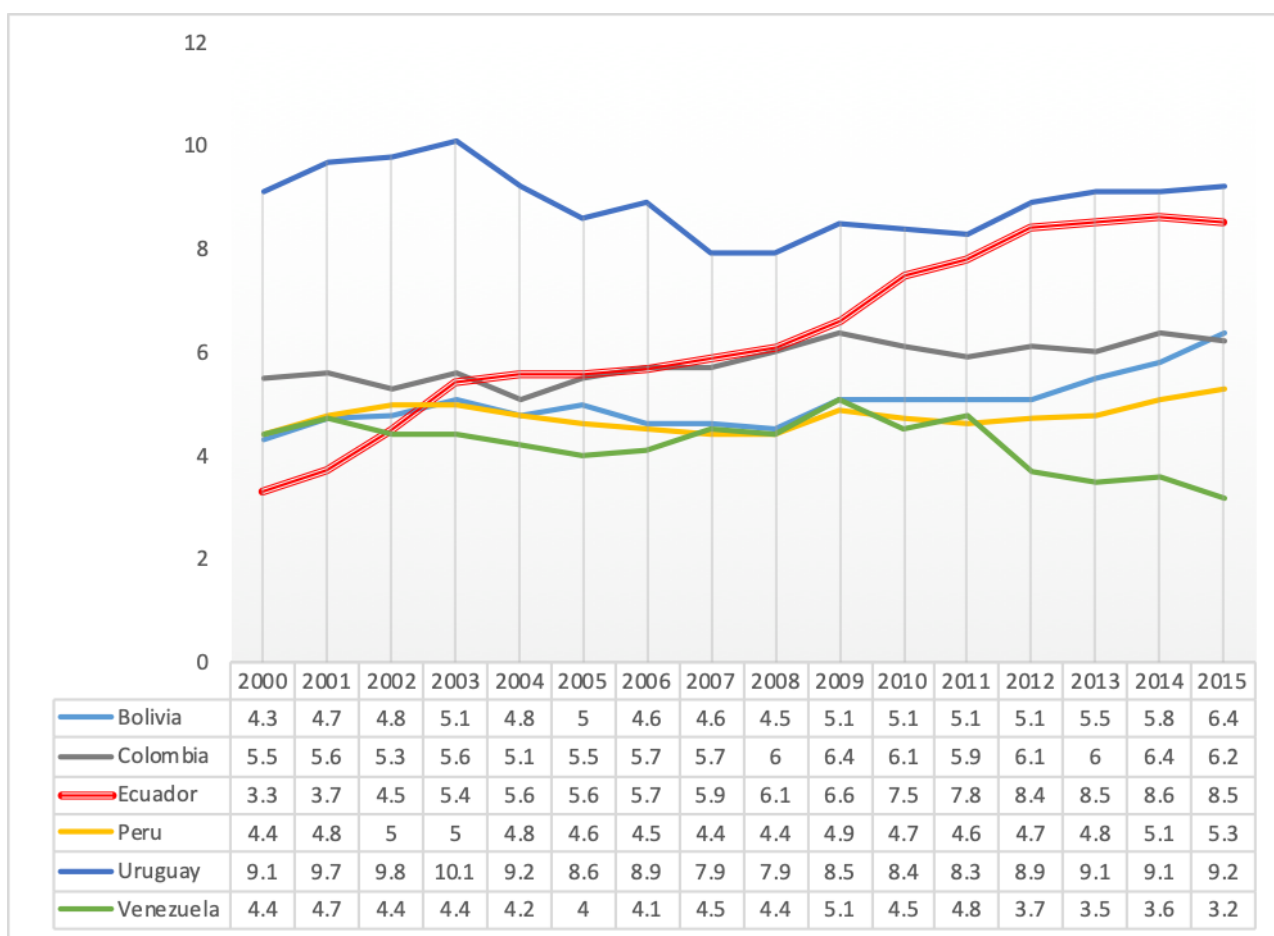


Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

En el año 2000 Ecuador, entre los países de la región fue uno de los que menos con el 3.3% del PIB, y para el 2015 llegó casi a ser el más alto de la región siendo solamente superado por Uruguay, que llegó al 9.2%, lo importante de Ecuador, es que en promedio por año logró aumentar 0.34% del aporte a salud, duplicando y muchas veces triplicando a los otros países de la región (figura 9 y 10).

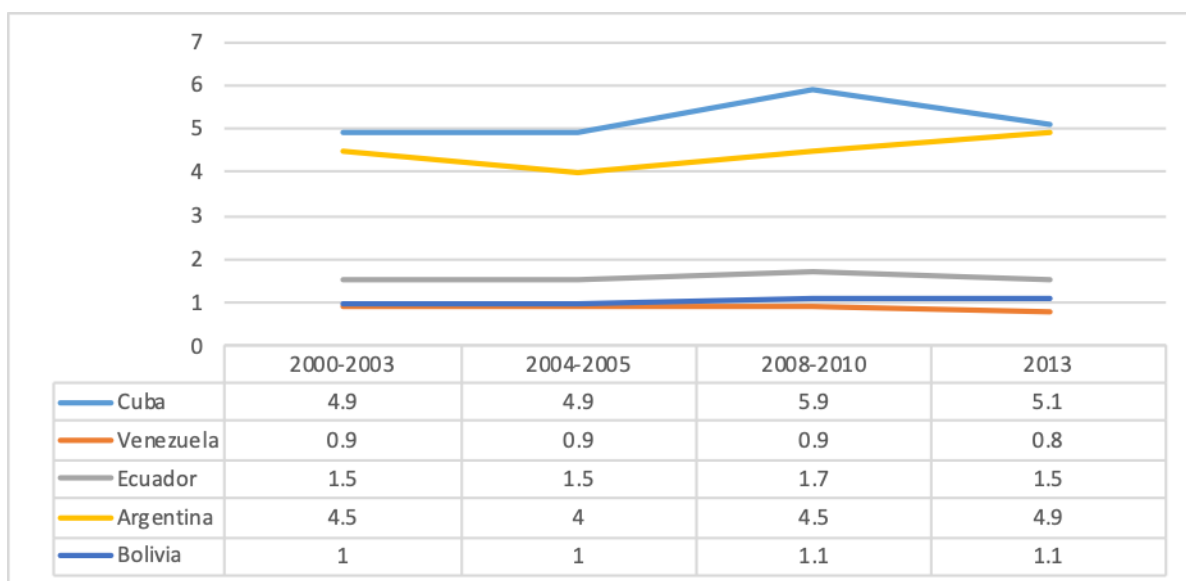
En cuanto a los recursos materiales en salud encontramos que Ecuador ha mantenido una cantidad estable de camas hospitalarias, 1.5 camas por cada 1000 habitantes, siendo lo máximo alcanzado en el año 1.7 en el 2007; con el crecimiento poblacional Ecuador, logró mantener las camas en proporción debido a la inversión en salud realizada desde el 2006. En comparación con otros países con la misma tendencia política, Cuba y Argentina en el 2013 son los países que tienen más camas por habitante 5.1 y 4.9 por cada 1000 habitantes respectivamente, siendo estos países con sistemas de salud más organizados, sobre todo el cubano que ha sido un ejemplo de administración desde la década de los 60 (figura 11).

Figura 10. Aporte a salud de países de América Latina



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

Figura 11. Camas de hospitales por cada 1000 habitantes en países de América Latina y el Caribe

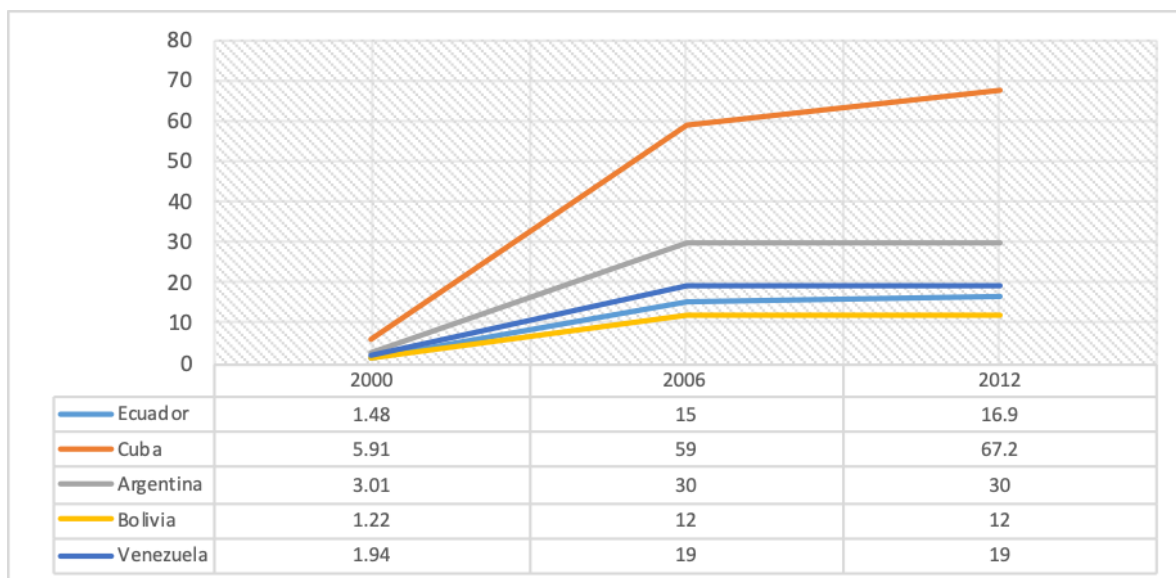


Fuente: Organización Mundial de la Salud; *Estadísticas Sanitarias Mundiales*
(https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/)

En cuanto a los recursos de médicos y enfermeras en los servicios de salud se nota un gran rezago, Ecuador para el año 2000 por cada mil habitantes tenía 1.48 médicos y para el año 2006 logró aumentar a 15 por cada habitante siendo en el 2012 donde llegó a la cifra máxima de 16.9 médicos, cantidad está relativamente parecida a países como Venezuela que en el 2012 tenía 19 médicos o como Bolivia que para el mismo año tenía 12 médicos.

En cambio, países con sistemas de salud mejor orientados en la prevención como el cubano en el año 2000 tenía 5.9 médicos y en el 2012 67.2 médicos por cada 1000 habitantes siendo casi 4 veces más de otros países de la región, Argentina también es otro país con grandes recursos en salud en el año 2012 logró llegar a tener 30 médicos por cada 1000 habitantes (figura 12). El personal de enfermería también es indispensable para el funcionamiento de los servicios de salud, en Ecuador en el año 2000 existían 1.57 enfermeras por cada 1000 habitantes, para el 2006 se incrementó a 17 y llegando al máximo de 19.2 en el 2012.

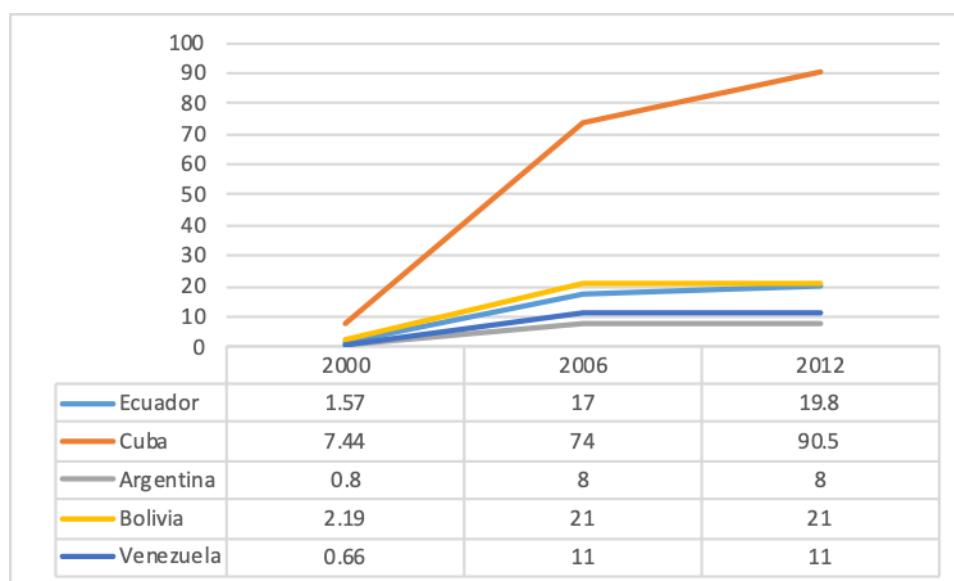
Figura 12. Médicos por 1000 habitantes en países de América Latina y el Caribe



Fuente: Organización Mundial de la Salud; *Estadísticas Sanitarias Mundiales*
(https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/)

De igual manera la cantidad de médicos en Ecuador tiene un gran rezago en estos servidores de salud, en el caso de Cuba, se cuadruplica la cantidad de enfermeras, siendo el único país en donde se observa una curva de crecimiento de cantidad de personal de salud, en otros países que en la misma época tenían corrientes políticas parecidas como Argentina, la cantidad de enfermeras en el 2012 es menor que en Ecuador siendo 8 por cada 1000 habitantes, en Bolivia fueron 21 y en Venezuela 11 (figura 13).

Figura 13. Enfermeras por 1000 habitantes en países de América Latina y el Caribe



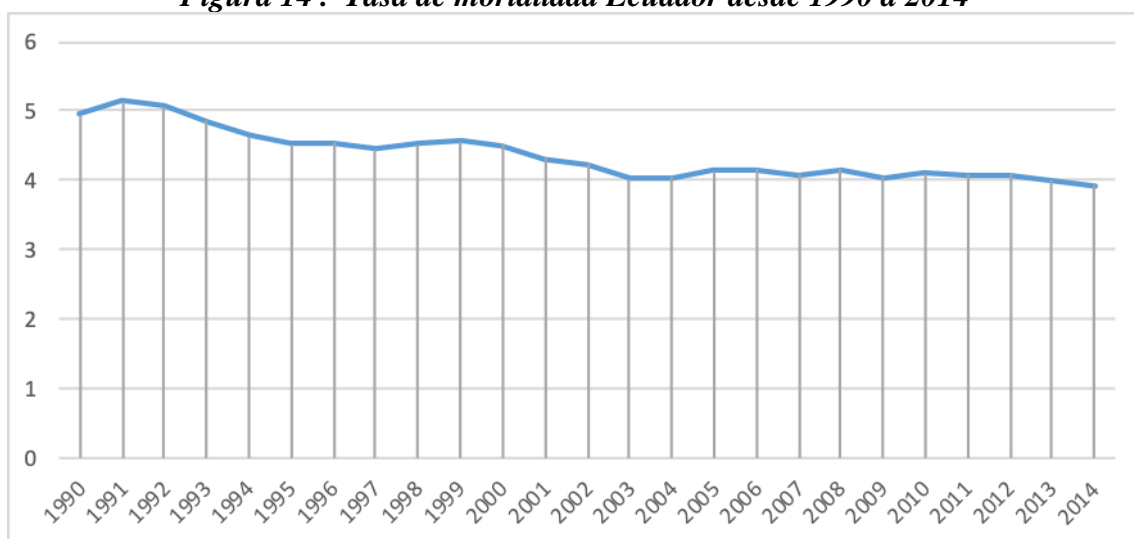
Fuente: Organización Mundial de la Salud; Estadísticas Sanitarias Mundiales (https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/)

II.6.2. Mortalidad y Causas de Muerte en Ecuador.

En Ecuador, desde el 2007 en adelante los esfuerzos en el área de la salud pública ha logrado hacer que desde el 2008 el sistema de salud público sea respaldado legalmente por la constitución aprobada ese mismo año que garantiza una red pública de salud gratuita.

La esperanza de vida y la mortalidad son indicadores que ayudan a determinar cuál es el funcionamiento de los sistemas de salud, en 1990 en Ecuador la tasa de mortalidad fue de 4.95 por cada 100000 habitantes, en el 2000 fue de 4.5 y para el 2014 fue de 3.93 demostrando una tendencia a la baja con las inversiones en el sistema de salud público (figura 14).

Figura 14 . Tasa de mortalidad Ecuador desde 1990 a 2014



Fuente: Instituto Nacional De Estadística y Censos, Ecuador (INEC)

En cuanto a las causas de muerte (tabla No 4) se puede observar que en el año 2000 las causas del sistema circulatorio ocupaba el primer lugar, seguido por causas externas y en tercer lugar causas no clasificadas; estas estadísticas sobre mortalidad muestran de manera explícita las fallas del sistema de salud en la recolección de la información, la cuarta causa de muerte son “no clasificadas”, ya para el año 2016 se observa que al igual que la gran mayoría de países de América Latina en donde las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes y enfermedades hipertensivas se encuentran dentro de las primeras causas de muerte, cabe recalcar que todas estas son enfermedades que se pueden prevenir y tratar a bajos costos en el primer nivel de atención de salud.

El gran cambio de Ecuador, desde el 2000 al 2016 es la reingeniería del sistema nacional de salud en donde se puede ver que el registro de la información es más expedito y se pueden determinar las verdaderas causas de muerte desapareciendo el rubro de no clasificadas.

Tabla 4. Causas de muerte en Ecuador 2000-2016

2000	2016
Enf. Sistema Circulatorio	Enfermedades del Corazón
Causas externas	Diabetes Mellitus
No clasificados	Enfermedades cerebro vasculares
tumores	Enfermedades hipertensivas
Enf. Sistema respiratorio	Influenza y neumonía
Enf. Nutricionales y endocrinas	Cirrosis y otras enfermedades del hígado
Enf. Infecciosas y parasitarias	Enfermedades del sistema urinario
Enf. Sistema digestivo	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
Afecciones perinatales	Neoplasias malignas del útero
Enf. Sistema genito-urinario	Afecciones originadas en el periodo prenatal

Fuente: Instituto Nacional De Estadística y Censos, Ecuador.

II.6.3. Acceso y desigual gasto en servicios de salud en Ecuador.

En Ecuador, la salud es un derecho consagrado desde hace aproximadamente 40 años; en la constitución de 1979 luego de la dictadura militar que duró 7 años se definió que los ecuatorianos gozarían de un derecho a un nivel de vida que asegure la salud, alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (República del Ecuador, 1979).

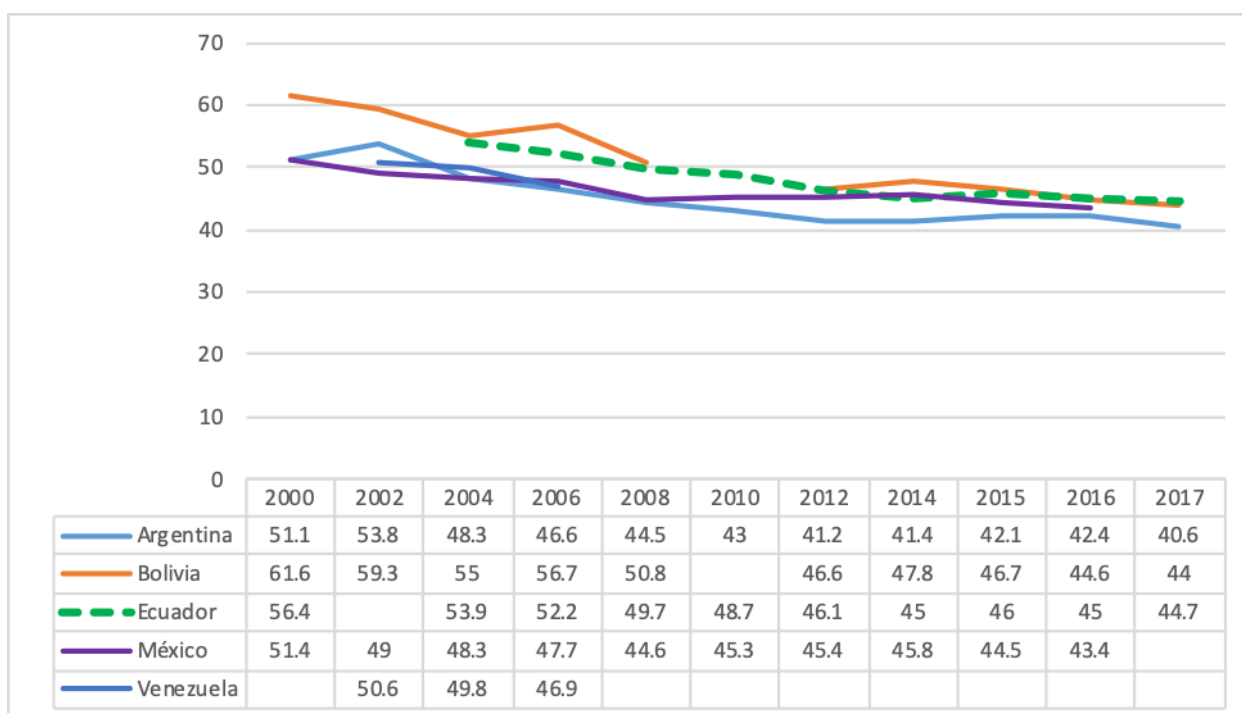
Con el pasar de los años y la evolución del sistema de salud ecuatoriano desde 1996, el país pasó por un periodo de 10 años de inestabilidad política en donde el área de la salud vio reducido su presupuesto, deterioro de la infraestructura sanitaria por la mínima inversión, mala calidad de los servicios y pérdida de la rectoría, afectando a la población más pobre porque existían pagos directos de los usuarios que estaban directamente relacionados con el modelo económico neoliberal (Jimenez-Barbosa, y otros, 2017).

En el año 2006 luego de la inestabilidad, el nuevo gobierno da una nueva directriz en cuanto a las políticas sociales en donde el estado garantiza los derechos de todos los ecuatorianos, entre ellos, el derecho a un acceso universal a la salud. Desde el 2007 la salud ha sido una prioridad para lograr garantizar los derechos consagrados en la

constitución en donde la inversión per cápita en salud pasó de 147 USD en el 2006 y para el 2011 fue 446 USD, reduciendo entre el 2006 y el 2014 el factor de GINI en un 9.8% (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014); desde el año 2006 con todas las reformas se construyeron y repararon 47 hospitales y 74 centros de atención primaria en salud incrementando el acceso a los servicios de salud en un 300% y superando en 5 veces la inversión total en salud en la década inmediata anterior (Espinosa, Acuña, De la Torre, & Tambibi, 2017).

Como se mencionó Ecuador en los últimos 18 años ha logrado reducir el coeficiente de Gini, en el año 2000 este fue de 56.4 y para el 2017 fue de 44.7 disminuyendo en 11.7 puntos, solo siendo superado por Bolivia que el índice disminuyó en 17 puntos; México hasta el año 2016 solamente logró reducir el coeficiente de GINI en 8 puntos siendo uno de los países que menos progreso tiene en la reducción de las desigualdades.

Figura 15. Índice de Gini en países de América



Fuente: base de datos del Banco Mundial (<http://bancomundial.org/>)

II.6.4. Ecuador: Gasto de bolsillo en salud

El gasto de bolsillo puede ser devastador ya sea como pagos fraccionados en el sistema de salud públicos o privados, ya sean a corto o largo plazo, este gasto puede en el futuro reducir las posibilidades de ingreso a los servicios de salud curativos o preventivos (Gonzalez M. , 2017); este gasto varía mucho en países de Latinoamérica, el menor registrado fue en Bolivia en el 2008 con un 4% de gasto de bolsillo en salud, en Ecuador en el mismo año fue de 7.5% en promedio, pero existen condiciones de los hogares en donde el gasto de bolsillo puede aumentar drásticamente cuando existen personas mayores de 65 años, en Argentina, Ecuador, Uruguay el gasto de bolsillo del hogar puede llegar a ser entre el 45-55%; en Ecuador cuando las familias en donde el jefe del hogar tiene más de 65 años el gasto puede ascender al 80%, todos estos gastos están relacionados con episodios de hospitalización (Hinostroza, 2008).

En el 2007 en Ecuador para lograr garantizar el acceso a los servicios de salud a su población creó el Programa de Cobertura de Enfermedades Catastróficas que es articulado por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES); este programa financia todos los costos relacionados con el tratamiento de enfermedades de alto costo (Jimenez-Barbosa, *et al*, 2017).

A pesar de los esfuerzos del gobierno en mejorar los planes de salud al inicio de las nuevas políticas públicas, se observó que en Ecuador este gasto de bolsillo esta más relacionado en la adquisición de medicinas y puede ser mayor al 40% de los ingresos de las familias; además de que en el Ecuador existe un sistema de salud gratuito, se reporta que en el año 2008 los gastos en salud que asume el jefe de familia por hospitalización en el sector público podía ir desde 125 a 1200 dólares, mientras que en el sector privado los gastos pueden ser muy variables, por ejemplo en casos de hospitalización teniendo en cuenta solamente gastos hospitalarios puede variar de 500-6000 dólares americanos y a esto se suma los gastos realizados al grupo de médicos que puede variar desde 85-900 dólares (Hinostroza, 2008).

El gasto de bolsillo en salud va de la mano con el aseguramiento en salud, desde 1998 hasta el 2006 los niveles de aseguramiento se mantuvieron cercanos al 20% de la población, entre el 2006 y el 2014 se logró duplicar esta cifra llegando a ser casi el doble al cabo de 8 años de cambios en las políticas públicas, también es necesario

mencionar que el aumento en la población asegurada ha sido homogéneo excepto en el quintil más pobre en donde para el 2014 solamente el 23% de esta población estaba asegurada (INEC, 2014).

En la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares urbanos y rurales 2011-2012, el gasto de bolsillo de los ecuatorianos llegó a ser solamente del 7.5%, lo importante reportado es que el gasto de bolsillo en el quintil más pobre fue de 5.5% y en el quintil mayor fue de 8.4% (INEC, 2012). Los hogares que más dinero tienen invierten más en salud, pero este gasto en ninguno de los quintiles llega a ser superior al 40% del ingreso familiar por tanto no es un gasto catastrófico.

II.7. Calidad de atención en salud

La calidad es la satisfacción de los requisitos de los consumidores del producto o servicio, y para la valoración existe un esquema básico, en donde se analiza el proveedor, servicio o producto que se ofrece y el receptor del producto, y para esta cuantificación es necesario tener en cuenta las expectativas del consumidor o receptor y moldear el servicio a sus necesidades (Donabedian, 1990). Cuando hay desconocimiento de las expectativas y necesidades de los usuarios existen fallas en la calidad; por tanto, la calidad de un servicio o producto dependerá de la posibilidad de interpretar de manera correcta las necesidades de los usuarios (Ishikawa, 1987).

Según Donabedian (1993), la calidad vista desde la lógica industrial no logra encajar completamente en la calidad de los servicios de salud, sin embargo, presentan similitudes como el enfoque de la satisfacción del cliente, paciente o usuario, podría decirse que en la salud no se busca la calidad por el simple hecho de satisfacer a un consumidor. En el campo de la salud existen distintos tipos de responsabilidades que se deben cumplir como la responsabilidad con los individuos pensando en que todos y cada uno se merecen la mejor calidad posible, tomando en cuenta que muchas veces los usuarios no tienen o no están capacitados para distinguir entre una buena o mala atención, se debe tener en cuenta que la calidad de atención médica es el producto del esfuerzo de un conjunto de médicos y el personal de salud.

Otra responsabilidad es con la sociedad, ya que el personal de salud está al cuidado de los individuos y por tanto del bienestar social y las acciones que se realicen deben ser equitativas en distribución de beneficios de la atención en salud. Y por último, se tiene una responsabilidad en la gestión de las relaciones entre el costo y el beneficio, esta responsabilidad será uno de los pilares de la calidad de atención y es determinante, ya que en los procesos de salud y enfermedad el aumento de inversión no es directamente proporcional al beneficio y aun cuando se aumente atención se obtienen pocos beneficios de manera individual, es necesario comprender que la salud es un bien público y los beneficios que se obtienen van más allá de los intereses individuales.

Siempre han existido disyuntivas sobre cómo observar la calidad de la salud, o de la atención en salud; existen varias aproximaciones sobre el concepto de calidad de

atención en salud, antes de la definición exacta se debe tener en cuenta que una buena calidad no es un sinónimo de lujo y que no es un término absoluto si no un proceso en cambio continuo que depende de todo el personal de salud (Forrellat , 2014). Donabedian (1990) logró definir a la calidad como el apego a las normas, teniendo en cuenta que las normas son dependientes de la época y de cada lugar, de esta manera la apreciación de calidad podrá variar dependiendo la zona, pero sin importar el lugar o la época se deben evaluar tres componentes que son la atención técnica, el ambiente físico y las relaciones interpersonales. Otros autores también han logrado definir la calidad en salud como, por ejemplo, Saturno (2005) que dice que es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

La calidad de atención en salud para ser medida puede ser separada en una parte dedicada a la técnica y otra dedicada a las percepciones de los usuarios, la primera se dedica a protocolos, procedimientos de la atención y la segunda tiene como objetivo centrarse en las percepciones, experiencias, satisfacción con los procesos de los prestadores de los servicios de salud (Saturno, 2005).

Las dimensiones de la calidad de atención pueden ser: calidad científico-técnica que hace relación a la capacidad de los servicios y de los prestadores de brindar una atención con los mejores conocimientos disponibles; la efectividad es cuando un evento o acción sanitaria logra mejorar la condición de salud de una o varias personas; la eficiencia definida en la relación costo y el producto obtenido, obtener un buen producto a costos costeados por los usuarios; la accesibilidad es la facilidad con la que la atención puede obtenerse, este parámetro también engloba a la equidad del servicio que entendido en términos sanitarios es cuando la atención llega a quien lo necesita cuando la necesita; la satisfacción se comprende como la atención brindada cumple con las expectativas y la seguridad que se define como a la ausencia de lesiones por la atención recibida (Kaba, y otros, 2014).

Al estudiar estas dimensiones de la calidad es necesario pensar que la calidad de atención percibida entre los usuarios y no usuarios; los no usuarios son los que opinan que los costos parecen ser la barrera más importante para el uso de los servicios, mientras tanto los usuarios son los que califican la accesibilidad financiera de manera

positiva, posiblemente estos tienen una mayor capacidad de pago y pueden costear la atención. (Baltussen & Ye, 2006)

La Organización Mundial de la Salud menciona que existen muchos enfoques para la medición de la calidad de atención, pero estas no han logrado evaluar de manera sustancial. Se han determinado desafíos para la medición de la calidad de los sistemas de salud, el primero la calidad clínica que hace relación entre los proveedores de la atención y los pacientes y la forma en que los aportes del sistema de salud se transforman en resultados en el usuario, es necesario que esta atención deba ser efectiva, pero no es el único parámetro para determinar la calidad. Este enfoque proporcional al comportamiento de los proveedores de la atención y la medición de este da un punto crítico de inicio para mejorar la calidad de atención (Hanefeld, Powell-Jackson, & Balabaanova, 2017).

Según Camarena (2007,) la calidad en México también es dividida en una parte técnica entendiéndose a esta como clínica y una parte organizacional en donde se puede valorar las citas y los servicios técnicos como ultrasonidos realizados; además, se menciona que aspectos como la infraestructura, medicamentos o equipos son aspectos que están fuera de la influencia de los prestadores del servicio pero los aspectos relacionados con la organización del trabajo y los recursos humanos son parámetros valorables con posibilidades de mejora (Camarena & Von Glascoe, 2007).

El segundo desafío es la medición de la calidad percibida, que generalmente está relacionada con una comprensión biomédica de la calidad que termina siendo un enfoque limitado. En esta se puede observar una disociación en la apreciación de la atención ya sea que por expectativas altas de los usuarios o por que el personal no tiene la experiencia o la capacitación necesitada. En general la apreciación de la calidad se basa en una combinación de experiencia individual, información procesada y por rumores. Algunas veces las percepciones de la calidad son determinadas por factores ajenos a los clínicos como las experiencias individuales que a su vez están moldeadas por las creencias colectivas y tradiciones, para mejorar la calidad es necesario cerrar la distancia que existe entre la calidad percibida y la calidad real del servicio (Hanefeld, Powell-Jackson, & Balabaanova, 2017).

El tercer desafío es entender la calidad como un proceso en el cual existe una dimensión temporal en la que se evalúa a la calidad con un solo evento a pesar de que el tratamiento de una enfermedad no se realice en una sola visita. Se debe tener en cuenta que las percepciones de calidad pueden cambiar con el tiempo y también pueden variar cuando el evaluado ha usado los servicios de salud, como por ejemplo, los tiempos de espera o la calidez de la atención pueden ser percibidas rápidamente pero para la valoración de la calidad clínica del tratamiento es necesario el uso constante de un servicio para sensibilizar al usuario el cual apreciará la calidad cuando experimente la falta del servicio antes ya brindado (Hanefeld, Powell-Jackson, & Balabaanova, 2017).

El cuarto desafío es la capacidad de respuesta del servicio de salud, muchas ocasiones la valoración de la calidad solamente se hace con las expectativas clínicas de los usuarios por lo que es necesario evaluar las capacidades del sistema para reservar una cita, la confidencialidad, privacidad, respeto mostrado por el personal y los tiempos de espera para la atención los que no son valorados cuando se observa solamente la calidad clínica de los servicios de salud; estas condiciones antes mencionadas también son parte de la calidad de atención y muchas veces no son valoradas (Hanefeld, Powell-Jackson, & Balabaanova, 2017).

El quinto desafío son los factores políticos que se asocian a la interpretación y acciones de la calidad de la atención en salud, el cual se ve directamente relacionado con las prácticas y gestión de los gobiernos en turno; en el Reino Unido, Irlanda del Norte y los estados Unidos se demostró la importancia de la gobernanza para garantizar una buena calidad en los servicios sanitarios; también se determinó que en los países de ingresos bajos y medios el papel del gobierno y las acciones no se ven reflejadas de manera directa, especialmente con las acciones realizadas por los niveles intermedios de gobierno. Se ha reconocido que los profesionales de la salud no actúan de manera aislada y que factores como la gobernanza, gestión y de estructura del sistema determina su desempeño en el servicio de salud (Topp, Chipukuma, & Hanefeld, 2015; Tsai *et al*, 2015).

El último desafío para la valoración es la calidad como un constructo social, si es real que la valoración de la calidad se hace a partir entrevistas a usuarios, observaciones directas, registros médicos y herramientas que evalúan la calidad clínica y la del

servicio por igual, pero es necesario pensar que la apreciación como antes se mencionó puede ser valorada por los no usuarios y las comunidades, aquí en esta esfera comunitaria las redes sociales juegan un papel primordial en las percepciones de la calidad de los servicios (Hanefeld, Powell-Jackson, & Balabaanova, 2017). En muchas ocasiones es posible que los pacientes respondan de igual manera a ciertas acciones de los proveedores de salud que previamente se han adaptado a las opiniones sociales.

Además de lo antes mencionado sobre los desafíos y las dimensiones de la calidad de atención, es necesario comprender que el garantizarla lleva a generar seguridad y confianza en los usuarios o pacientes. Pero es necesario que para llegar a este servicio de calidad, el mismo cumpla con brindar una atención segura; es decir, que no dañen a los pacientes o aumenten los problemas luego de acudir para su atención, que la atención sea oportuna reduciendo tiempos de espera para citas y para atención, otro punto es garantizar una atención efectiva y eficiente logrando que todos actos realizados por el personal sean basados en conocimientos científicos con el fin de beneficiar a los usuarios y que se disminuya el desperdicio de todo tipo de insumos, equipos, tiempo y energía de los prestadores.

La equidad en la atención y en la calidad, es decir brindar igual calidad de atención a todas las personas que lo necesiten; por último, es necesario que todo el sistema de salud se centre en mejorar las condiciones de los pacientes, brindando un servicio médico que responda a las necesidades y que respete e incluya al usuario en las decisiones que se toman a lo largo de paso por el servicio de salud (Gonzalez & Gallardo , 2012).

Lograr satisfacer las necesidades y las expectativas de los pacientes también es otra gran tarea de la calidad de atención y se lo realiza por medio de los conocimientos de los servidores de salud, la tecnología y la estructura disponible, en general son los recursos disponibles y la forma en la que se logra organizar y generar procesos que garanticen una atención adecuada. Según González y Gallardo (2012) la mayor cantidad de problemas de la calidad no siempre se dan por la falta de recursos sino por problemas en el proceso pudiendo llegar a ser hasta el 75% de fallos dependientes del proceso.

Para la OMS es imprescindible, para poder tener una atención de calidad, que los países tengan políticas y estrategias de calidad y así tener un esfuerzo planificado para una mejora continua. Países como Canadá, Australia o Chile han creado las estrategias de calidad y mejora de calidad han logrado definir líneas de responsabilidad para trabajar hacia servicios de salud más centrados en las personas y en la calidad del sistema. Si bien las políticas y estrategias de calidad son importantes es necesario mencionar que la calidad de la atención se expresa de manera predominante a nivel de proveedor y receptor, aunque esta esté inmersa en un sistema de salud que es mucho más amplio y complejo, que no solamente depende de la relación médico paciente, sino que además dependerá de un acceso confiable a medicamentos, infraestructura, productos básicos esenciales, etc. (OMS, 2018).

II.7.1. Tiempos de espera y calidad de atención

Para valorar la atención de salud es imprescindible valorar el acceso al servicio, por tanto, los tiempos de espera para obtener una cita o para un procedimiento y los tiempos de espera para ser atendido, son cardinales para valorar la atención según los usuarios, las listas de espera para procedimientos sobre todo los electivos son un problema de salud pública mayor casi en la mitad de los países miembros de la OCDE, y en algunos países los tiempos de espera pueden ser hasta de 1 año.

Los tiempos de espera y las listas para ser atendidos son parte del interés público como consecuencia de un desajuste entre la oferta, la demanda y la capacidad de los servicios de salud; si la espera es larga, podría disminuir el estado de salud de las personas, causando ansiedad, estrés y puede aumentar el dolor sufrido por los usuarios y también puede disminuir la confianza en los servicios de salud pública (De Belvis, y otros, 2013).

Siciliani (2013) menciona que “los largos tiempos de espera son políticamente impopulares, y es fundamental abordar la cola de los que esperan durante mucho tiempo. Sin embargo, se podría argumentar que a los pacientes que están por debajo de cierto nivel de necesidad no se les debe ofrecer el servicio en lugar de ponerlos en una lista de espera” (pág. 24), esto se da porque muchos de estos pacientes que tienen que esperar largo tiempo pueden tener una relación costo/beneficio no favorable y su tratamiento no estaría justificado y se podrían usar esos recursos en otros pacientes. La

salida a los largos tiempos de espera es optar por un tiempo máximo como garantía de atención y así lograr redirigir fondos para, si es posible, aumentar horas de trabajo y como resultado los tiempos de espera pueden reducirse sin exceder los límites garantizados (Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013).

El financiamiento de los hospitales es primordial para lograr tener tiempos de espera aceptables para la comunidad que usa los servicios de salud; en muchos países de la OCDE el financiamiento depende de la productividad del servicio, los prestadores que tienen mayor volumen de pacientes tienen mayores ingresos siendo esta estrategia mejor comparada con los financiamientos con presupuestos fijos; además el pago de los médicos también juega un papel importante ya que el sistema de pago por servicios da al servidor más incentivos que el pago por salarios fijos (Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013).

En algunos países de la OCDE los tiempos de espera largos pueden reducir los tiempos de la demanda de los servicios públicos ya que usuarios podrían costear un servicio privado o abandonar el tratamiento (Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013; OMS, 2008), también podría suceder que cuando existen tiempos de espera largos, los proveedores públicos podrían trabajar arduamente para reducir estos tiempos o inducir a los gobiernos en turno para asignar más recursos al sector salud (Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013).

Stravrunova (2011) sugiere que los tiempos de atención son elásticos en relación 1 a 7, si los tiempos de espera aumentan en un 10% existirá una reducción de los mismos tiempos en un 17%; por tanto, la forma en que la demanda responde a los tiempos de espera depende del entorno institucional específico.

En la OCDE hay un grupo de países como Luxemburgo, Estados Unidos, Suiza, Alemania, Francia, Bélgica, Japón y Corea en donde los tiempos de espera no son parte de sus políticas sanitarias y estos excepto Corea, tienen un aporte mayor a salud mayor al promedio de la OCDE; sin embargo, en otros países como Noruega, Dinamarca, Canadá, el Reino Unido las políticas sobre las listas de espera son un problema de política sanitaria también gastan por encima del promedio, por tanto el gasto en salud elevado no es una garantía de tiempos de espera bajos (Siciliani & Hurst, 2003).

Los tiempos de espera pueden generar desigualdad en el acceso a los servicios de salud, esta estrategia es usada para otorgar acceso a los usuarios y que este no dependa de la capacidad de pago y se contrasta con los servicios de salud en donde el acceso está determinado por los copagos o tasas de coaseguro en donde el acceso depende del aporte económico. La experiencia empírica demuestra que los servicios financiados con fondos públicos y listas de espera no garantiza la igualdad y equidad de acceso con respecto a la situación socioeconómica del paciente, los individuos con condiciones socioeconómicas favorables o altas tienden a esperar menos en los servicios públicos mientras que las personas con un estatus socioeconómico menor tienden a esperar más; la explicación a este suceso es que las personas favorecidas pueden involucrarse activamente con el sistema de salud y ejercer presión cuando experimentan tiempos largos de espera, también pueden tener mejores redes sociales (conocidos dentro del sistema) y así lograr prioridad sobre otros pacientes (Siciliani & Verzulli, 2009); Siciliani (2013) menciona que “Este gradiente negativo entre el tiempo de espera y el estatus socioeconómico puede interpretarse como evidencia de inequidad dentro de los sistemas financiados con fondos públicos y sugiere que las listas de espera pueden ser menos equitativas de lo que parecen” (pág. 29).

Suecia fue el primer país europeo en introducir los tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria, donde establecieron 3 meses como máximo para procedimientos como artroplastia de cadera, cirugía cardíaca y cirugía por hiperplasia prostática benigna entre otros. En Finlandia un país con un sistema basado en atención primaria en salud, los médicos de primer nivel solamente remiten del 3 al 8% de pacientes al segundo nivel y desde 1996 se estableció un tiempo máximo de 3 días para acceder a atención primaria y de 7 a 15 días para atención especializada, en España en el 2010 el promedio de días de espera para la atención en consulta externa fue de 53 días (Cañizares & Santos, 2011).

III. Metodología

III.1 Delimitación de la población objetivo y especificación de la muestra.

Para comprobar la hipótesis, se realizó un estudio cuantitativo prospectivo de corte transversal, con muestreo probabilístico por cuotas durante los años 2017-18. El estudio se llevó a cabo en colonias de la ciudad de Tijuana, en Baja California México, y en Cuenca, Azuay en Ecuador.

La población objetivo fue 1,641,570 personas residentes en colonias de Tijuana, México, y los 603,269 personas en Cuenca Ecuador, datos que se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Ecuador.

Para calcular el tamaño de muestra, se empleó la fórmula de muestra de universos finitos:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: tamaño de muestra

N: tamaño de población

z: valor estandarizado asociado a 95% de confianza

p: porcentaje de personas que tienen el atributo deseado

q: porcentaje de personas que no tienen el atributo deseado

i: Error de estimación máximo aceptado

III.2. Procedimientos para la determinación de las personas participantes.

Los informantes que fueron considerados como parte de la muestra, cumplieron con los siguientes criterios de Inclusión: Personas residentes en las ciudades participantes; que no tuvieron planes de cambio de domicilio dentro de los 12 meses siguientes al inicio del estudio; que aceptaron y firmaron el consentimiento informado y que fueron usuarias de cualquier tipo de sistema de salud.

No se consideraron parte de la muestra a aquellos individuos que tuvieron planes de cambiar de domicilio dentro de los 12 meses siguientes al inicio del estudio, que no desearon participar y que no fueron usuarias de ningún sistema de salud.

Dentro de los criterios de eliminación se encuentran: personas que cambiaron de domicilio dentro de 12 meses luego de haber comenzado el estudio y aquellas que voluntariamente desearon abandonar el estudio

Procedimiento para la selección de colonias, barrios, manzanas, casas y personas.

Para la selección de las colonias, barrios manzanas y casas para la ubicación de las familias, se obtuvo la lista de colonias y barrios de los municipios, estos fueron organizados en orden alfabético y se les asignó un valor numérico. Una vez designado el valor a cada barrio se insertaron en una tómbola y se procedió a seleccionar el número determinado para la muestra.

Después de la selección barrios o colonias se procedió a numerar las manzanas existentes en cada uno para nuevamente utilizar el método de la tómbola para seleccionar un número representativo de manzanas de cada colonia.

Ya determinadas las manzanas seleccionadas se numeraron las casas desde la esquina noroeste, siendo la casa 1 la ubicada en dicha esquina, se numeraron hacia la derecha el resto de las casas hasta llegar nuevamente a la esquina noroeste. Tras la numeración de las casas, se obtuvo un número estadísticamente representativo de casas.

La selección de personas participantes fue al azar y se obtuvo el 20% más de sujetos para aumentar el poder estadístico de los datos.

Se diseñó una encuesta que se compone por 60 preguntas divididas en 12 secciones con la finalidad de recopilar información en torno a la percepción de la calidad de servicios de salud y el bienestar de los individuos (Anexo 1. Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador-BLITE).

Procedimiento la recopilación de datos.

Para la recolección de datos el protocolo sometido a revisión por el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud / COBIAS-Ucuenca, se usó luego de la aprobación un cuestionario de 62 preguntas, con la referencia 2018-011EO, en donde se exenta la revisión y la presentación de un consentimiento informado en razón de que durante la investigación se tomarán datos de forma anónima y porque cumple con los siguientes parámetros que constan el numeral 4.2.1 del Manual Normalizado de Procesos de Trabajo del COBIAS:

Proyectos eximidos de revisión:

- *Situaciones en las cuales los datos recogidos no permitan la vinculación o la identificación de los participantes.*
- *Cuando los riesgos no causan más que un daño o malestar mínimo, y*
- *Cuando el proceso de investigación no difiere de situaciones de la vida cotidiana del participante.*

Recolección de datos en Tijuana, México

Para la recolección de datos en Tijuana se contó con el apoyo de 50 alumnos de la materia de epidemiología de 8^{vo} semestre de la facultad de odontología de la Universidad Autónoma de Baja California, los que recibieron capacitaciones para el llenado desde febrero hasta marzo de 2018. Se realizaron dos pruebas piloto una correspondiente a cada mes. En los meses de abril y mayo del mismo año se llevó a cabo la recolección de datos en las distintas colonias de Tijuana en donde cada alumno recolectó aproximadamente 150 encuestas.

Los alumnos no recibieron una compensación económica ya que su ayuda fue voluntaria y como parte del laboratorio de epidemiología.

Recolección de datos en Cuenca, Ecuador

Para la recolección de datos en Cuenca se contó con el apoyo de 20 alumnos de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca quienes cumplieron el programa de 60 horas de labor universitaria. En el año 2018 en

el mes de junio se realizó una semana de capacitación intensiva con los alumnos. Se aplicaron dos pruebas piloto en la segunda semana del mismo mes.

La recolección de datos se realizó en el mes de julio, cada alumno recolectó aproximadamente 100 encuestas.

Los alumnos como parte de su labor en la recolección de datos la Universidad de Cuenca y la Escuela de Medicina liberaron sus horas de servicio académico.

III.3. Estadística descriptiva del bienestar y la calidad de vida.

Se procedió a realizar el análisis descriptivo uni-variado en la totalidad de la muestra mediante la estimación de proporciones para las variables categóricas, media y desviación estándar para variables numéricas que sigan una distribución normal o mediana y rango intercuartilo para los datos numéricos con distribución diferente a la normal, lo anterior con la finalidad de tener un panorama general en torno a la percepción de la calidad de los servicios de salud y una aproximación al bienestar referidos por los informantes.

También se realizó análisis bi-variado de los resultados obtenidos por medio de tablas de contingencia entre las distintas variables independientes con las variables dependientes, obteniendo Odds Ratio, el valor de significación de $p < 0.05$ con intervalos de confianza al 95%.

III.4. Construcción de un indicador de bienestar: Índice para una vida Mejor (Better life Index)

Para Martha Nussbaum es necesario contar con capacidades mínimas exigibles que estén o no presentes y que pueden aumentar o disminuir la posibilidad de llegar al bienestar. (Nussbaum, 2012, págs. 53-55); para aplicar esta teoría y obtener una medida del bienestar más objetiva se toman los parámetros del índice de bienestar de la OCDE y para determinar la presencia o ausencia de los factores que puedan aumentar o disminuir el bienestar se toman los estándares de la línea del bienestar, canasta básica y medición de la pobreza propuestos por el CONEVAL en la informe medición de la pobreza 2008-2016.

En aras de establecer la relación entre bienestar y calidad de los servicios de salud se construyó un índice de bienestar, partiendo de la metodología de la OCDE, con 11 dimensiones de bienestar; El índice de bienestar de la OECD aproxima su cuantificación tomando en cuenta a las personas como el centro y las circunstancias de su vida que le llevan al bienestar; los datos para la aproximación del índice son tanto objetivas como subjetivas, teniendo en cuenta como vive la gente y la experiencia de las personas en su vida. (OCDE, 2017)

El índice está encaminado a dar una visión objetiva de cómo va la vida y el bienestar en los países miembros, en estos la desigualdad ha afectado en todos los aspectos de la vida de las personas, existiendo disparidad en la distribución de recursos o ingreso a bienes y servicios; por ejemplo las personas situadas en el 20% superior de la escala de ingresos tienen el doble de probabilidad de reportar satisfacción alta en la vida, este mismo grupo frente al 20% rezagado tienen 4 veces más probabilidad de reportar que gozan de buena salud. Comúnmente la inequidad es solamente media en los ingresos personales y del hogar, con el índice además se logra tomar en cuenta el estado de salud, educación, otros ingresos. (OCDE, 2017)

Los factores que construyen el indicador de bienestar están basados en los parámetros propuestos por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE, 2017), y en la presente investigación se consideraron los siguientes: vivienda, empleo, ingresos, comunidad, educación, medio ambiente, compromiso cívico, seguridad, satisfacción en la vida y balance vida-trabajo.

Para la construcción del Índice de Bienestar se otorgó valores a cada uno de los parámetros, si la persona tiene una deficiencia el valor 0, si no tiene deficiencias 1 dando un valor máximo de 11 y un valor mínimo de 0.

De esta manera, el indicador está compuesto como sigue:

$$\begin{aligned} & \textit{vivienda} + \textit{empleo} + \textit{educación} + \textit{compromiso cívico} + \textit{satisfacción} \\ & \quad + \textit{balance vida trabajo} + \textit{ingresos} + \textit{comunidad} \\ & \quad + \textit{medio ambiente} + \textit{salud} + \textit{seguridad} = \textit{BIENESTAR} \end{aligned}$$

III.4.1 Descripción de las categorías del Indicador de bienestar.

III.4.1.1. Variables demográficas.

Variable dicotómica sexo: Condición genotípica de los seres humanos, catalogada en hombre y mujer. En la construcción del indicador se le asocia 0 a hombre y 1 a mujer

Estado civil: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece

ciertos derechos y deberes. Esta variable categórica se considera en la construcción del índice de la siguiente manera: soltero, casado, viudo, divorciado y unión libre.

Ocupación: Actividad diaria que realiza la persona entrevistada. En esta variable se consideran las categorías: empleo, es decir, el trabajo asalariado, al servicio de un empleador; profesión, la acción o función que se desempeña para ganar el sustento,

III.4.1.2. Vivienda

Para la construcción del Índice se consideraron las siguientes categorías:

Costo de la vivienda: Porcentaje del ingreso familiar usado para pagar renta, según la OMS, en el informe Salud 2017, los gastos no deben superar el 20% de los ingresos familiares; se asigna el valor “0” a las personas que no gastan más del 20% de sus ingresos a la renta, y “1” a las personas que gastan más del 20%

Personas por habitación: Número de personas que duermen en cada habitación de la casa; existe hacinamiento cuando en el hogar viven más de 2.5 personas por habitación, excluyendo pasillos y baños (CONEVAL, 2013), se asigna el valor “0” a las personas que tienen hogares con más de 2.5 personas por habitación y “1” a las personas que en sus hogares se encuentran menos de 2.5 personas por habitación

Servicios Básicos: son las obras de infraestructura necesarias para una vida saludable. Según la OMS, todas las personas tienen derecho a disponer de forma continuada de agua suficiente, salubre, físicamente accesible, asequible y de una calidad aceptable, para uso personal y doméstico. (OMS, 2017)

III.4.1.3 .Ingresos

Contar con recursos económicos más altos también puede mejorar el acceso a la educación, servicios de salud y vivienda de calidad (OCDE, 2017). El índice de bienestar propuesto toma en cuenta las siguientes categorías:

Ingreso familiar: Cantidad de dinero con la que cuenta la familia sumando los ingresos de todos los integrantes que trabajen en el hogar.

Salario en México: cantidad de dinero que recibe por su trabajo o actividad realizada de manera quincenal. Según el CONEVAL, la línea del bienestar mínima para el sector urbano en México para los primeros 6 meses del año 2018 fue de 161.08 dólares americanos mes, equivalentes a 2980 pesos mexicanos (CONEVAL, 2018).

Sueldo Mensual: para el 2018 en Ecuador el salario básico unificado es de 386 dólares americanos (Ministerio del Trabajo, 2017).

Las categorías consideradas en el índice de bienestar son:

En México: tener más o menos de 161.08 dólares americanos (2,980 pesos mexicanos) de ingresos por mes, mientras que Ecuador: tener más o menos de 386 dólares americanos por mes. Si el informante cumple con estas especificaciones, se le asigna un valor de “1”, pues implica que se encuentra por encima de la línea de bienestar y si no cumple el valor “0”

III.4.1.4. Empleo

El trabajo aporta obvios beneficios económicos, pero tener empleo también ayuda al ser humano a permanecer conectado con la sociedad, fortalecer su autoestima y desarrollar capacidades y competencias. Las sociedades con altos niveles de empleo son también más ricas, más sanas y estables políticamente. (OCDE, 2017)

Tiempo en el trabajo actual: cuántos años lleva trabajando en el lugar antes mencionado; se cataloga en años totales trabajados sin contar meses o días, si es menor a un año solo se colocará menor a un año.

Condición de empleo: tipo de contratación que tiene la persona en la ocupación que realiza a diario.

Como parte del índice de bienestar, se asignará un valor de “1” si el informante tiene un negocio propio, o trabajo con estabilidad, contrato, base o nombramiento según sea el país; en tanto que “0” si es el caso contrario.

III.4.1.5. Comunidad

La frecuencia de nuestro contacto con la gente que nos rodea y la calidad de nuestras relaciones personales definen nuestro bienestar de manera determinante.

Núcleo social de apoyo, son aquellas personas a las cuales el individuo entrevistado acude cuando tiene algún percance o problema; las personas de apoyo están consideradas por la OMS como un determinante de salud. Se asigna el valor “0” a las personas que no tiene personas para acudir cuando tiene un problema, y “1” a las personas que tienen con quien acudir cuando tienen un problema

III.4.1.6. Educación

La educación desempeña un papel clave para proporcionar a las personas los conocimientos, las capacidades y las competencias necesarias para participar de manera efectiva en la sociedad y en la economía.

Nivel educativo: años de estudio formal realizados por los participantes, años obligatorios de cada país.

México: según la Secretaría de Educación Pública el nivel medio superior es obligatorio

Ecuador: Según la constitución de la Republica del Ecuador, son obligatorios los niveles inicial, básico y bachillerato o su equivalente.

Para construir el Indicador de bienestar se delimita una variable dicotómica en donde se le asigna “1” si el informante cumple con los niveles obligatorios de cada país y “0” en caso contrario.

III.4.1.7. Medio ambiente:

Las categorías que se toman en cuenta en el índice son:

Calidad del aire que respira: apreciación subjetiva de la calidad del aire que respira la persona entrevistada, escala de 1 a 10, en donde 10 es lo máximo y 1 lo mínimo, escala 1-5, baja calidad y 6-10 alta calidad aire.

Calidad del agua que toma: apreciación subjetiva de la calidad del agua que toma la persona entrevistada, escala de 1 a 10, en donde 10 es lo máximo y 1 lo mínimo, escala 1-5, baja calidad y 6-10 alta calidad agua.

III.4.1.8. Compromiso Cívico

En la construcción del índice de bienestar se consideran las siguientes categorías:

Participación en creación o revisión de leyes, reglamentos o normas: cuando la persona ha participado de alguna manera en la creación o enmienda o revisión de leyes

normas o reglamentos, otorgando el valor “0” a la persona que no ha participado y “1” a la que si ha participado.

Participación electoral: personas que hayan acudido a votar en elecciones organizadas por el gobierno. Otorgando el valor 0 a la persona que no ha votado en las elecciones y 1 a la que si ha votado.

III.4.1.9. Seguridad:

Seguridad al caminar por la noche en las calles de su barrio: sensación subjetiva que la persona tiene del riesgo de caminar por la noche en las calles de su barrio, escala de 1 a 10, en donde 10 es lo máximo y 1 lo mínimo, escala 1-5, baja seguridad y 6-10 alta seguridad.

se asigna el valor “0” a las personas que tienen una sensación de seguridad de 0 a 6 , y “1” a las personas que tienen una sensación de seguridad de 7 a 10.

III.4.1.10. Satisfacción en la vida:

Medir los sentimientos puede ser muy subjetivo, pero es un complemento útil de datos más objetivos a la hora de comparar la calidad de vida en diferentes países. Estos datos subjetivos permiten incorporar una evaluación personal de la salud, la educación, los ingresos, la satisfacción personal y las condiciones sociales de un individuo. Las encuestas son el instrumento más utilizado para medir la satisfacción ante la vida y la felicidad. (OCDE, 2017)

Indicadores

Satisfacción con la vida: sensación subjetiva de realización con la vida que ha tenido hasta el momento de la entrevista; escala de 1 a 10, en donde 10 es lo máximo y 1 lo mínimo, escala 1-5, baja satisfacción se asigno el valor 0 y 6-10 alta satisfacción se asigno el valor 1

Felicidad: sensación de felicidad que tiene la persona en su vida escala de 1 a 10, en donde 10 es lo máximo y 1 lo mínimo, escala 1-5, baja felicidad se asigno el valor 0 y 6-10 alta felicidad se asigno el valor 1.

III.4.1.11. Balance vida Trabajo

Encontrar el equilibrio adecuado entre el trabajo y la vida diaria es un desafío que afrontan todos los trabajadores. Las familias son las más afectadas. La capacidad de combinar con éxito el trabajo, los compromisos familiares y la vida personal es importante para el bienestar de todos los miembros de una familia. Los gobiernos pueden ayudar a resolver este asunto al estimular prácticas laborales solidarias y flexibles, que faciliten a los padres de familia el logro de un mejor equilibrio entre el trabajo y la vida personal.

Indicadores

- **Horas de trabajo por semana:** cantidad de horas que el entrevistado trabaja por semana. Se asigna 0 al que trabaja más de 40 horas semanales, y 1 al que trabaja 40 horas o menos.
- **Horas de esparcimiento por semana:** cantidad de horas que dedica el entrevistado para actividades de esparcimiento u ocio. No dedicar mínimo de 10 horas por semana para esparcimiento. 0 al que no dedica 10 horas de su semana, y 1 al que dedica 10 o más horas

III.4.1.12. Indicador de Calidad subjetiva de Servicios de salud.

Para la construcción del indicador de los servicios de salud se tomaron en cuenta los siguientes parámetros: calidad subjetiva de infraestructura; calidad subjetiva de atención recibida; tiempo para obtener una cita; tiempo para ser atendido; condición de salud luego de la atención; estado de ánimo luego de ser atendido; gasto en salud y tener un seguro de salud

El indicador del servicio de salud queda compuesto de la siguiente manera:

$$\begin{aligned} & \text{calidad infraestructura} + \text{calidad subjetiva de atención} \\ & + \text{tiempo para obtener una cita} + \text{tiempo para ser atendido} \\ & + \text{condición de salud luego de la atención} \\ & + \text{estado de ánimo luego de la atención} + \text{gasto en salud} \\ & + \text{seguro de salud} = \text{CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD} \end{aligned}$$

III.4.1.13. Estado de Salud

Para las personas es muy importante gozar de una buena salud, así como de los beneficios que esta aporta, entre ellos un mayor acceso a la educación y al mercado laboral, un aumento en la productividad y el patrimonio, la disminución en los costos de atención a la salud, buenas relaciones sociales y, por supuesto, una vida más larga. (OCDE, 2017)

Se consideran como indicadores del estado de salud los siguientes:

Esperanza de vida: Es la media de cantidad de años que puede vivir una persona según el lugar y el año de nacimiento. Según la OMS en el Informe de Salud de las Américas 2017, menciona que morir antes de los 70 años por cualquier causa es una muerte prematura. Se le asigna un valor de 0 si el indicador la esperanza de vida es baja (menor o igual 70 años) y 1 si a esperanza de vida alta (mayor a 70 años).

Estado de salud actual: percepción subjetiva de su estado de salud, escala de 1 a 10, en donde 10 es lo máximo y 1 lo mínimo, escala 1-5, baja estado de salud se asignó el valor 0 y 6-10 alto estado de salud se asignó el valor 1.

III.4.1.14. Calidad de servicios de salud

Se considera la variable seguro de salud, si la persona cuenta con un seguro de gastos médicos o de salud ya sea público o privado, se asignó el valor 0 a las personas que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud y 1 a las que si cuentan con un seguro.

Otra categoría considerada es Calidad de infraestructura: calidad subjetiva de la infraestructura percibida por el entrevistado en sus visitas. Escala de 1 a 10, en donde 10 es lo máximo y 1 lo mínimo, escala 1-5, baja calidad se asignó el valor 0 y 6-10 alta calidad se asignó el valor 1.

Tiempo para cita: tiempo que transcurre para que el usuario obtenga una cita en su servicio de salud. Catalogado en semanas, se asignó el valor 0 a las personas que esperaron más de 1 semana y 1 a las que esperaron menos de 1 semana.

Tiempo de espera para atención: tiempo que transcurre desde que la persona llega al servicio de salud hasta que pasa a su consulta, para este estudio se tomó tomando en cuenta la posibilidad de tener primeras consultas y consultas subsecuentes y como

parámetro esperar más o menos de 40 minutos de espera para ser entendidos. Se asignó el valor 0 a los que esperan más de 40 minutos y 1 a los que esperaron menos.

Calidad de atención: apreciación subjetiva de la calidad de la atención recibida. Escala de 1 a 10, en donde 10 es lo máximo y 1 lo mínimo, escala 1-5, baja calidad se asignó 0 y 6-10 alta calidad se asignó 1.

Mejora con la atención: sensación subjetiva de sanación luego de atención recibida. Si mejoró la persona atendida se asignó el valor 1 o no mejoró en su estado de ánimo 0.

Costo de servicios de salud: cantidad mensual de dinero que destina la persona para salud. Se asignó el valor 0 cuando las personas gastan más del 20% de sus ingresos en salud y 1 cuando gastan menos del 20% de los ingresos.

III.4.1.15. Relación entre bienestar y calidad del servicio de salud: un análisis de regresión.

Una vez calculados los índices antes descritos, se realizó un análisis multivariado mediante regresión lineal múltiple con las variables que tengan una diferencia estadísticamente significativa en el análisis bivariado.

Se propone estimar el siguiente modelo:

$$\text{bienestar} = \text{calidez} + \text{prontitud} + \text{resultado} + \text{seguridad} \\ + \text{apreciación de estado de salud.}$$

Teóricamente, se espera que todas tengan un impacto positivo sobre el bienestar.

III.5. Operacionalización de Variables

Nombre Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Instrumento
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	18-99	Sección 2, pregunta 2	Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)
Sexo	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en hombre y mujer y que hacen posible una reproducción caracterizada por una diversificación genética	Hombre (1) Mujer (2)	Sección 2, pregunta 3	BLITE
Año de nacimiento	Año de nacimiento registrado en una identificación oficial	1900-2000	Sección 2, pregunta 4	BLITE
Esperanza de vida al nacer	La media de la cantidad de años que vive una determinada población absoluta o total en un cierto período.	0-100		Base de datos Banco mundial
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Soltero • Unión libre • Divorciado • Viudo 	Sección 2, pregunta 5	
Nivel educativo	Niveles educativos cursados aprobados o trancos	<ul style="list-style-type: none"> • analfabeto • Nivel primario • Nivel secundario • Universitario • Postgrado 	Sección 2, pregunta 7, 8	BLITE
Años de estudio	Años de estudio formal que el encuestado curso	<ul style="list-style-type: none"> • 0-50 	Sección 2, pregunta 9	BLITE
Ocupación	Al empleo , es decir, al trabajo asalariado, al servicio de un empleador; A la profesión , la acción o función que se desempeña para ganar el sustento que generalmente requiere	Ocupación del entrevistado	Sección 2, pregunta 11	BLITE

	conocimientos			
vivienda	La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas.	<ul style="list-style-type: none"> • Propia • Rentada • Prestada • Compartida • Hipotecada 	Sección 3, pregunta 1	BLITE
Costo Vivienda	Porcentaje del ingreso familiar usado para pagar renta, hipoteca o pagos de la vivienda	1%-100%	Sección 3, pregunta 2	BLITE
Habitaciones en la vivienda	Número de habitaciones/dormitorios que se pueden usar en la vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 o más 	Sección 3, pregunta 3	BLITE
Personas que viven en la vivienda	Número de personas que viven en la vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 o mas 	Sección 3, pregunta 4	BLITE
Servicios básicos	Los servicios , en un centro poblado, barrio o ciudad son las obras de infraestructura necesarias para una vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> • agua potable • luz eléctrica • telefonía pública • alcantarillado público • alumbrado público • pozo séptico 	Sección 3, pregunta 5, 6, 7, 8, 9.	BLITE
Número de personas que aportan al hogar	Cantidad de personas que aportan dinero al hogar	1-10	Sección 4, pregunta 1	BLITE
Ingreso familiar	Cantidad de dinero aproximado que se obtiene de los aportes de los integrantes del hogar	Cantidad en dólares americanos	Sección 4, pregunta 2	BLITE
Sector en donde trabaja	Sector del campo laboral en el que trabaja la persona encuestada	Empleado público Empleado privado Jornalero Trabajador informal No tiene trabajo	Sección 5, pregunta 1	BLITE
Tiempo en el trabajo actual	Años transcurridos desde el inicio de actividades en su trabajo actual	Cantidad en años	Sección 5, pregunta 2	BLITE
Salario o sueldo mensual	Cantidad mensual percibida por las labores realizadas	Cantidad en dólares americanos	Sección 5, pregunta 3	BLITE
Condición del empleo actual	Condiciones laborales en cuanto a la contratación	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato temporal • Contrato indefinido • Nombramiento o base • Trabaja sin contrato 	Sección 5, pregunta 4	BLITE
Núcleos sociales de apoyo	Personas cercanas al encuestado que son su apoyo en momentos complicados de la vida	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo quien me ayude • Prefiero resolver mis problemas solo • Voy donde mis familiares • Voy con mis amigos 	Sección 6, pregunta 1	

		<ul style="list-style-type: none"> • Voy con mis compañeros del trabajo 		
Calidad del aire	Apreciación subjetiva de la calidad del aire que respira	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala • Muy mala 	Sección 7, pregunta 1	BLITE
Calidad del agua	Apreciación subjetiva de la calidad del agua que toma	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala • Muy mala 	Sección 7, pregunta 2	BLITE
Participación cívica	Participar en la creación, revisión o reforma de leyes, reglamentos u ordenanzas	<ul style="list-style-type: none"> • Si participa • No participa 	Sección 8, pregunta 1	BLITE
Participación en elecciones	Haber participado en las últimas elecciones	<ul style="list-style-type: none"> • Si participa • No participa 	Sección 8, pregunta 4	BLITE
Seguridad	Sensación de seguridad al caminar por la noche en las calles de su barrio de residencia	1-10	Sección 9, pregunta 1	BLITE
Satisfacción en la vida	Sensación de satisfacción con la vida que ha tenido hasta el momento de la entrevista	1-10	Sección 10, pregunta 1,2	BLITE
Felicidad	Sensación de felicidad de la persona en el momento de la entrevista	1-10	Sección 10, pregunta 4	BLITE
Horas de trabajo por semana	Horas que trabaja el entrevistado por semana	Número de horas que trabaja la persona por semana	Sección 11, pregunta 1	BLITE
Horas de ocio por semana	Horas que dedica al ocio, diversión o esparcimiento por semana	Número de horas que dedica al ocio, diversión o esparcimiento por semana	Sección 11, pregunta 2	BLITE
Beneficiario de programa social	Ser beneficiario de algún programa social del gobierno de cada país	Nombre del programa	Sección 11, pregunta 3	BLITE
Estado de salud actual	Apreciación subjetiva del estado de salud actual	<ul style="list-style-type: none"> • Muy sano • Sano • Regular • Enfermo • Muy enfermo 	Sección 12, pregunta 1	BLITE

Diagnostico de enfermedad	Haber sido diagnosticado de alguna enfermedad de la lista	<ul style="list-style-type: none"> •Diabetes Mellitus •Hipertensión arterial •Cáncer •Tuberculosis •Obesidad •Desnutrición 	Sección 12, pregunta 2	BLITE
Seguro de salud	Contar o no con cualquier tipo de seguro de salud ya sea público o privado	<ul style="list-style-type: none"> •Si •No 	Sección 12, pregunta 3	BLITE
Tipo de seguro de salud	Nombre del servicio de seguro de salud del cual es beneficiario	<ul style="list-style-type: none"> •Seguro de salud privado •Instituto Ecuatoriano de seguridad social (IESS) •Ministerio de salud Ecuador •Seguridad Social de las fuerzas armadas (ISSFA) •Instituto de seguridad social de la policía nacional •Instituto Mexicano de seguridad social (IMSS) •Seguro Popular •Otro seguro 	Sección 12, pregunta 3.1	BLITE
Calidad de infraestructura	Calidad subjetiva que aprecia el encuestado de la infraestructura del servicio de salud al cual acude	<ul style="list-style-type: none"> •1-10 	Sección 12, pregunta 4	BLITE
Sector del servicio de salud	Uso de servicio de salud público o privado	<ul style="list-style-type: none"> •Público •Privado •Público y privado 	Sección 12, pregunta 6	BLITE
Razón por la que acude al servicio de salud	Razón por la cual acude a cualquier tipo de servicio de salud	<ul style="list-style-type: none"> •Consulta Médica •Urgencia o emergencia •Hospitalización •Control médico de rutina 	Sección 12, pregunta 7	BLITE
Calidad de atención recibida	Apreciación subjetiva de la calidad de atención recibida por el médico	1-10	Sección 12, pregunta 8	BLITE
Tiempo para obtener una cita	Tiempo esperado para obtener una cita para ser atendido	<ul style="list-style-type: none"> Menos de 1 semana 1 semana 2 semanas 3 semanas 4 semanas 5 semanas Más de 5 semanas 	Sección 12, pregunta 9	BLITE
Tiempo para ser atendido	Tiempo transcurrido desde que el usuario llega a las instalaciones hasta que es atendido	Tiempo en minutos	Sección 12, pregunta 10	BLITE

Mejora de la condición de salud	Sensación de mejora luego de la atención recibida	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoró la condición de salud • No mejora la condición de salud 	Sección 12, pregunta 11	BLITE
Sensación anímica luego de la atención médica	Sensación anímica luego de la atención recibida	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse bien • Sentirse mal 	Sección 12, pregunta 12	BLITE
Uso de otro servicio de salud posterior a la atención	Uso de otro servicio de salud al no sentir mejoría luego de la primera atención	<ul style="list-style-type: none"> • Si usó otro • No usó otro 	Sección 12, pregunta 13	BLITE
Tipo de servicio al que acudió	Tipo de servicio de salud que usa luego del fallo de la primera atención	<ul style="list-style-type: none"> • Público • Privado 	Sección 12, pregunta 14	BLITE
Mejoría de salud	Sensación de mejoría luego de la segunda atención	<ul style="list-style-type: none"> • Si mejoró • No mejoró 	Sección 12, pregunta 15	BLITE
Gasto en salud	Cantidad de dinero de ingresos usada para gastos en salud, incluyendo gastos de consulta, medicinas, exámenes de laboratorio	Cantidad de dinero	Sección 12, pregunta 16	BLITE
Relación de costo y servicio	Apreciación subjetiva de la relación entre el pago del servicio de salud y la atención recibida	<ul style="list-style-type: none"> • Si tiene relación • No tiene relación 	Sección 12, pregunta 17	

IV. Discusión de Resultados

IV.1. Tijuana, Baja California, México

IV.1.1. Generalidades

Se analizaron 7206 encuestas aplicadas en la ciudad de Tijuana, en Baja California, México; la edad promedio fue de 37 años, 93 años la máxima y 18 la mínima; el 58.2% fueron mujeres y el 41.8% hombres; 42.2% solteros, 40.1% casados, 10.6% en unión libre, 4.2% divorciados y 2.9% viudos.

El promedio de los años de estudio es de 10.9 años, gran parte de la población se incluye en los que terminaron la secundaria y tienen niveles de preparatoria completa o trunca.

Tabla 5. Colonia de residencia de personas entrevistadas en Tijuana

	N	%
Villa Fontana	309	4.3
Libertad	191	2.7
Santa Fe	195	2.7
Buena Vista	180	2.5
Playas De Tijuana	179	2.5
El Rubí	165	2.3
Las Torres	150	2.1
Zona Centro	148	2.1
Campestre Murúa	147	2
Otay Universidad	136	1.9

Fuente: base de datos del investigador,
Encuesta sobre bienestar y servicios de salud
en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En cuanto a la colonia de residencia: el 4.3% de las personas viven en Villa Fontana en la zona este de la ciudad, en La Libertad con el 2.7%, en Santa Fe el 2.7% y la colonia Buena Vista el 2.5%.

Tabla 6. Ocupación en Tijuana

	N	%
Ama de casa	1337	18.6
Empleado	1022	14.2
Estudiante	754	10.5
Comerciante	489	6.8
Empleado de fábrica	280	3.9
Obrero	241	3.3
Chofer	202	2.8
Estudia/trabaja	174	2.4
Jubilado	151	2.1
Docente	119	1.7

Fuente: base de datos del investigador,
Encuesta sobre bienestar y servicios de salud
en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

Entre los encuestados, la ocupación más común es la de ama de casa con un 18.6%, seguida de empleado sin especificar la condición del empleo, con un 14.2%, luego estudiante 10.5% y en cuarto lugar comerciante informal con un 6.8%.

IV.2. Cuenca, Azuay, Ecuador.

IV.2.1. Generalidades

Se analizaron 1950 encuestas realizadas en la ciudad de Cuenca, en Azuay, Ecuador; la edad promedio fue de 35.6 años, 88 años la máxima y 18 la mínima; el 52.6% fueron mujeres y el 47.4% hombres; 39.2% solteros, 42.6% casados, 11.5% en unión libre, 3.6% divorciados y 3.1% viudos.

En promedio de los años de estudio es de 11.98 años de estudio que se refieren a terminar el nivel medio superior obligatorio. el mínimo de años de estudio fue de 1 año y el máximo de 22 años.

Tabla 7. Barrio o parroquia de Residencia en Cuenca

Barrio	%
Molinopamba	2.6
Baños	2.2
Totoracocha	2.1
Monay	1.6
Totoracocha	1.6
El Vecino	1.4
Ricaurte	1.4
Yanuncay	1.4
Barrial Blanco	1.2
El Vergel	1.1
Miraflores	1.1
San Blas	1.1
El Valle	1

Fuente: base de datos del investigador,
Encuesta sobre bienestar y servicios de salud
en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En cuanto al barrio o parroquia de residencia se observó que el 2.6% de las personas residían en Molinopamba, el 2.2% en Baños, el 2.1% en Totoracocha y el 1,6% en Monay.

Tabla 8. Ocupación en Cuenca

	N	%
Comerciante	291	14.9
Ama de casa/labores del hogar	258	13.2
Empleado privado	221	11.3
Oficiales operarios y artesanos	131	6.7
Albañil	127	6.5
Negocio propio	119	6.1
Profesionales científicos e intelectuales	114	5.8
Técnicos y profesionales de nivel medio	110	5.6
Secretaria	92	4.7
Trabajadores no calificados	92	4.7
Desocupados	76	3.9

Fuente: base de datos del investigador,
Encuesta sobre bienestar y servicios de salud
en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

La ocupación más común fue la de comerciante informal con un 14.9%, seguido de ama de casa/labores de hogar con un 13.2%, en tercer lugar, encontramos a los empleados privados con 11.3% y en cuarto y quinto lugar a los operarios, artesanos y albañiles con 6.7%.

IV.3. Datos comparados. Tijuana, Baja California, México y Cuenca, Azuay, Ecuador.

IV.3.1. Vivienda

En promedio en Tijuana las viviendas tienen 2.41 habitaciones y viven 4.09 personas por casa. El índice de hacinamiento es del 12%, mientras tanto en Cuenca en promedio las viviendas tienen 2.94 habitaciones y en residen 3.79 personas por hogar, en cuanto a la tasa de hacinamiento se encontró fue del 12.4% (tabla 9).

Tabla No 9. Habitaciones, personas y hacinamiento en Tijuana y Cuenca.

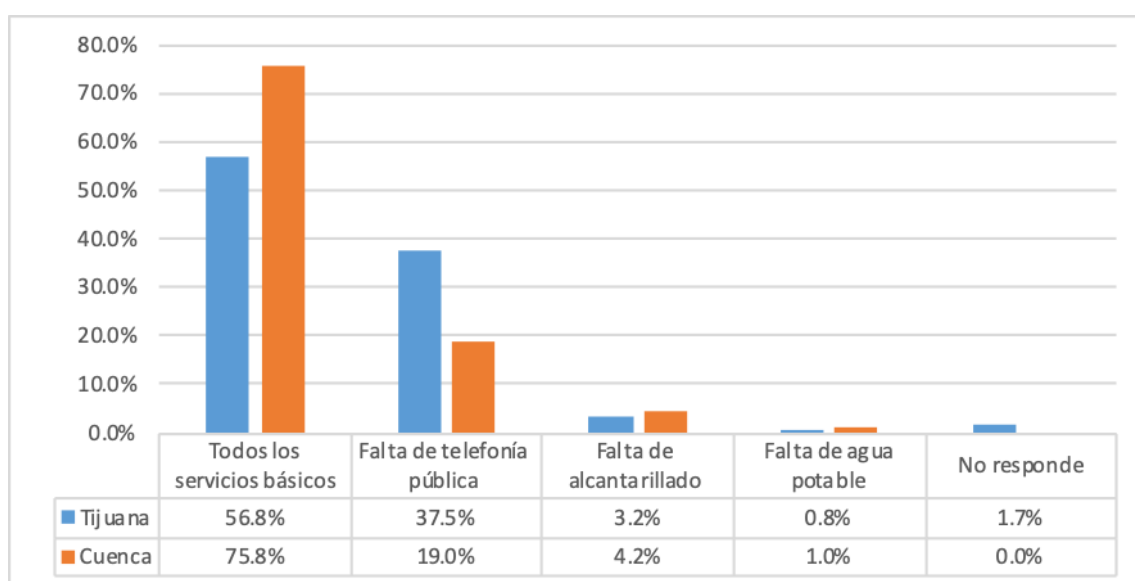
	Tijuana	Cuenca
Habitaciones	2.41	2.94
Personas por habitación	4.09	3.79
Hacinamiento	12%	12.4%
Pago por vivienda Dll	199	161.5

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En Tijuana el 56.8% cuenta con todos los servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, telefonía pública, alcantarillado o drenaje), el 37.5% tiene todos los servicios, pero no hacen uso de la telefonía pública, el 3.2% no cuenta con alcantarillado o drenaje y el 0.8% no cuenta con agua potable. El pago de renta o hipoteca de la vivienda en promedio es de 3588 pesos mexicanos (199 dólares americanos).

En Cuenca el 75.8% cuenta con todos los servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, telefonía pública, alcantarillado o drenaje), el 19% tiene todos los servicios, pero no hacen uso de la telefonía pública, el 4.2% no cuenta con alcantarillado o drenaje y el 1% no cuenta con agua potable. Del pago de renta o hipoteca de la vivienda en promedio es de 161.5 dólares americanos (figura 15).

Figura 16. Servicios Básicos en Tijuana-Cuenca



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.3.2. Trabajo.

Se indagó sobre las condiciones laborales preguntando sobre el tiempo que llevan en su trabajo actual, el salario quincenal que perciben y cuál es la condición de contratación en el empleo.

En Tijuana el tiempo promedio de años de trabajo es de 6.15 años, con un salario quincenal promedio de 3,334 pesos mexicanos (salario mensual de 370 dólares americanos) (tabla 10); en las condiciones de trabajo el 28.1% tiene un contrato indefinido, el 19.5% no tiene contrato, el 9.4% tiene una base o nombramiento y el 8.2% tiene un contrato temporal (figura 16 y tabla 10).

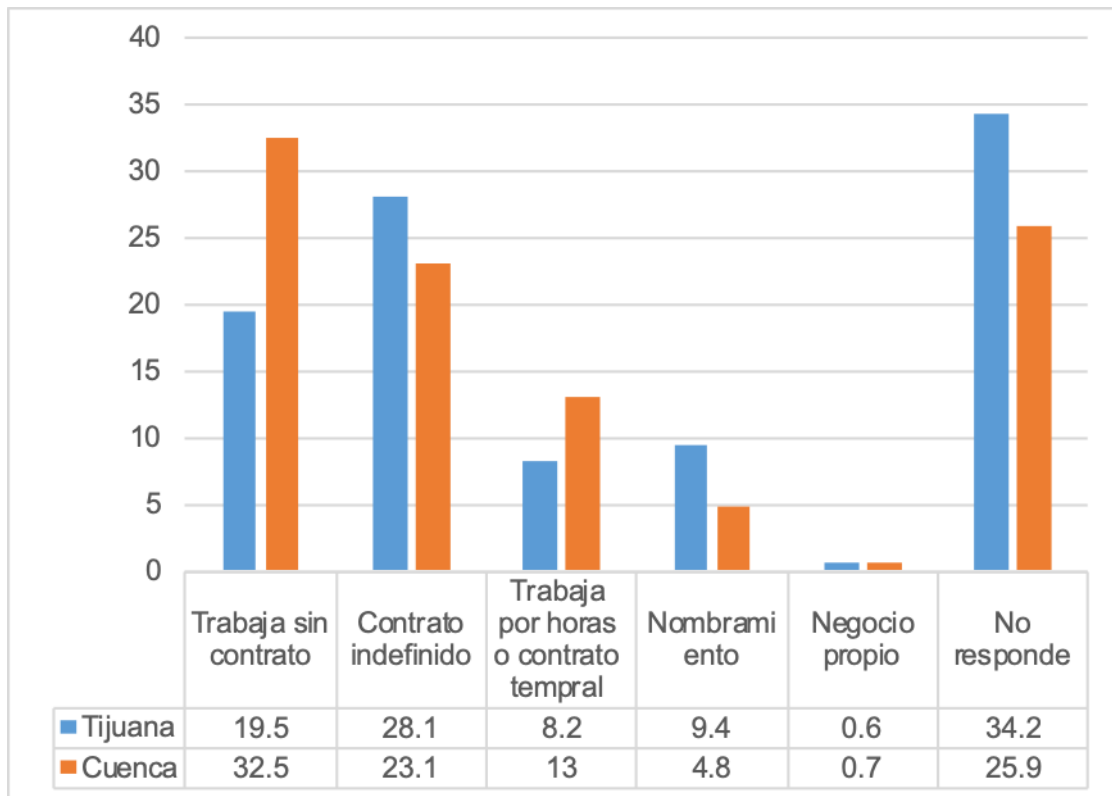
Tabla No. 10. Comparación de Salario y tiempo en el trabajo Actual

	Tijuana	Cuenca
Salario Mensual DII	\$370.00	\$420.00
Tiempo en el trabajo	6.15 años	6.4 años

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En Cuenca, en promedio se encontró que tienen 6.4 años en el trabajo actual, con un salario mensual de 420 dólares al mes. En cuanto a la condición laboral el 32.5% trabaja sin contrato, el 27.9% tiene estabilidad laboral con un contrato indefinido o un nombramiento, el 13.1% trabaja por horas, el 0.7% tiene un negocio propio y el 25.9% no responde (figura 16 y tabla 10).

Figura 17. Distribución de condiciones laborales en Tijuana-Cuenca



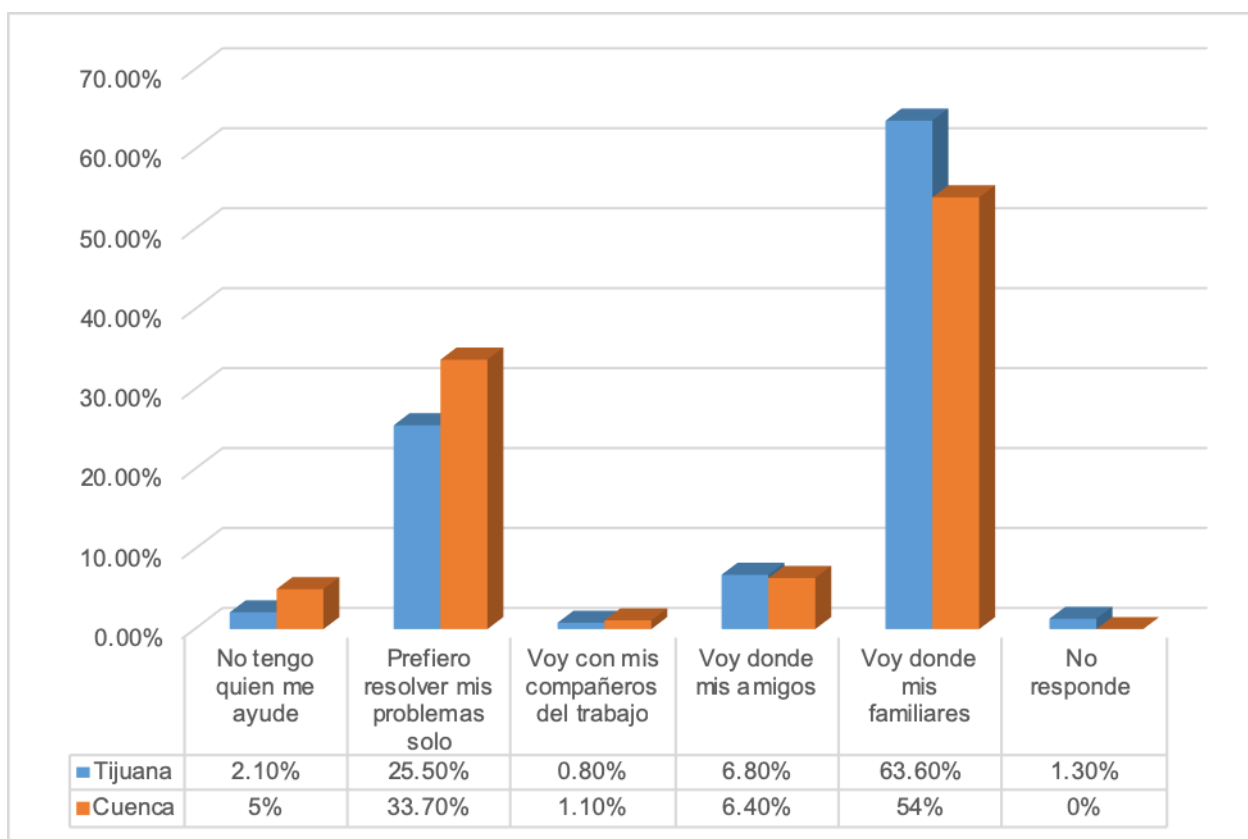
Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.3.3. Grupos sociales de apoyo

Los grupos sociales de apoyo son determinantes de la salud, vistos desde las ciencias médicas estos grupos funcionan como apoyo para las personas que sufren percances en su vida, les ayudan a superar los momentos difíciles de la vida.

En Tijuana 63.6% de las personas entrevistadas cuando tienen problemas acuden donde sus familiares, el 25.5% prefiere resolver sus problemas solos; el 6.8% acude donde sus amigos y el 2.1% no tiene personas quién les puedan ayudar cuando lo requieren (figura 17).

Figura 18. Grupos Sociales de Apoyo



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En Cuenca, el 5% de los encuestados no tiene con quien ir cuando tiene algún problema en su vida, el 33.7% prefiere resolver solo sus inconvenientes, el 54% acude con sus familiares para resolver sus problemas.

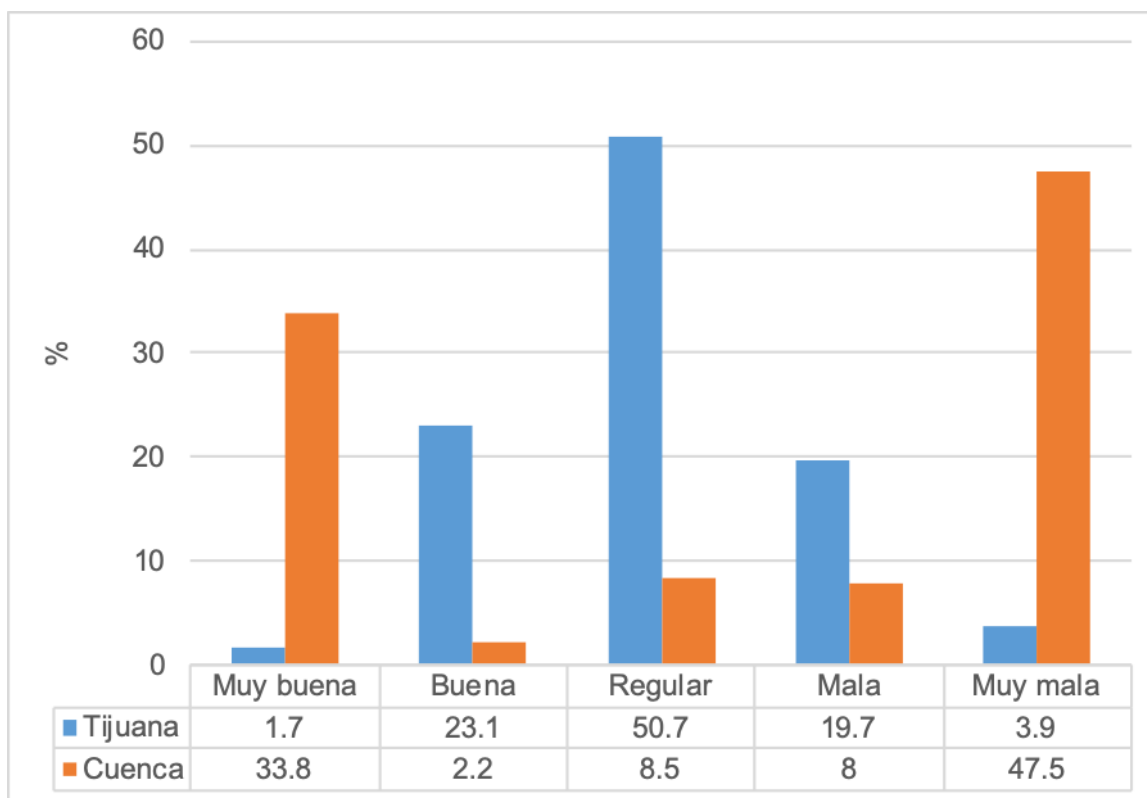
IV.3.4. Calidad del agua y el aire.

Otro indicador para conocer el bienestar de las personas según la OCDE es la calidad del agua que ingieren y el aire que respiran.

En Tijuana el 1.7% de las personas consideran que la calidad del aire es muy buena, el 23.1% que es buena, el 50.7% regular, el 19.7% mala y el 3.9% que es de muy mala calidad el aire que respiran.

Por otra parte, en Cuenca la apreciación de la calidad es negativa, el 47.5% cree que la calidad del aire es muy mala, el 8% mala y regular el 8.5%, solamente el 36% de la población piensa que la calidad es muy buena o buena (figura 19).

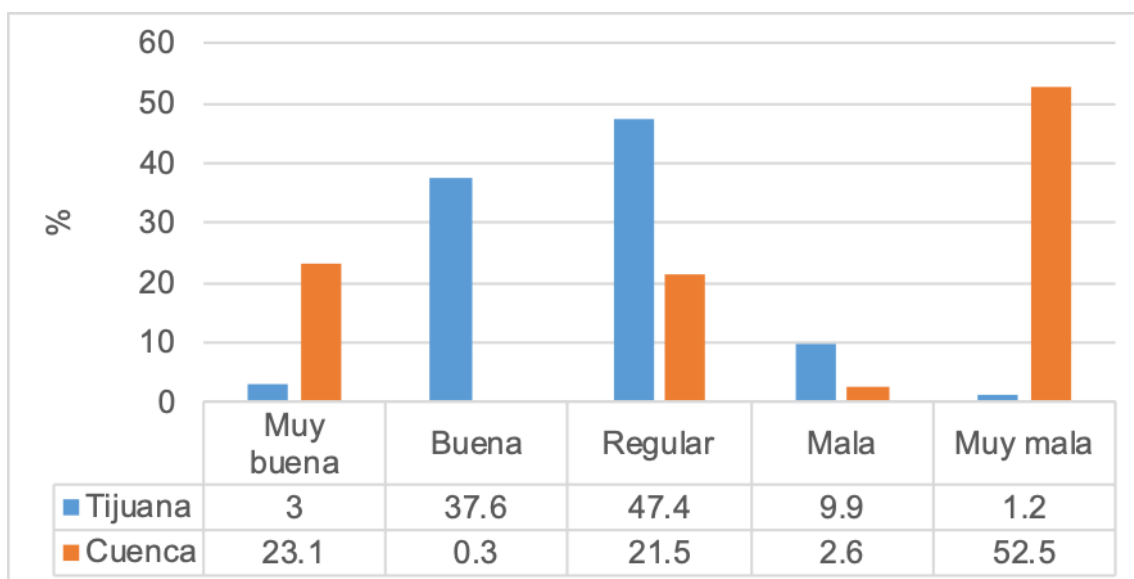
Figura 19. Calidad del aire



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En lo que a calidad del agua se refiere, en Tijuana solamente el 3% de personas entrevistadas piensan que la calidad es muy buena, el 37.6% que es buena, el 47.4% regular, mala el 9.9% y muy mala el 1.2% y en Cuenca el 52.5% de la población cree que la calidad del agua es muy mala, el 2.6% mala, y el 21.5% regular, el 23.4% piensa que es buena o muy buena (figura 20).

Figura 20. Calidad del agua.



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.3.5. Participación Cívica

Al analizar esta variable se debe recordar que en Ecuador las cifras de participación electoral son altas ya que a diferencia de México las votaciones son obligatorias.

En Tijuana la participación en hacer leyes, enmiendas o reformas es solamente del 2.5%, el 33.8% participó como funcionario de casilla, el 27.9% revisando leyes o reglamentos y el 19.5% en algún partido político. En la participación en las elecciones el 58.1% si acudió a votar y el 38.2% no fue a votar; al preguntar cuál fue la última elección que recuerdan el 39.1% menciona que la de presidente municipal, el 15.9% la de presidente de la república, el 5.6% no recuerda la última elección (tabla 11).

En Cuenca, se observa que solamente el 2.25% de la población participó en creación o revisión de leyes, reglamentos u ordenanzas en el lugar de vivienda. El 95% de las personas recuerdan que la última elección fue la consulta popular del 2017, en el 5% restante recuerda las elecciones de presidente y alcaldes. Sobre la participación en las elecciones el 94.25% de la población voto en el referéndum constitucional y consulta popular de 2018, solamente el 5.75% no participó y no especificaron las razones.

**Tabla 11. Tijuana, B.C., Mx. Participación cívica
(últimas elecciones que recuerde).**

	Frecuencia	Porcentaje
Diputados estatales	121	1.7
Gobernador	402	5.6
No ha votado	11	0.2
No recuerda	360	5
Presidente de la república	1147	15.9
Presidente municipal	2819	39.1
Senadores y diputados	226	3.1
Total	5086	70.6
No responde	2120	29.4
	7206	100

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.3.6. Seguridad.

Se preguntó cuán seguro se siente al caminar por la calle en la colonia o barrio por la noche, en una escala de 1 a 10, siendo 10 lo máximo y 1 lo mínimo, en Tijuana en promedio las personas sienten un 5.85 de seguridad y en Cuenca es de 5.9.

IV.3.7. Satisfacción ante la vida.

En Tijuana al preguntar sobre cuán satisfechos se sienten con la vida que han tenido hasta el día de la entrevista en promedio las personas obtienen un 8.45, sobre la felicidad en promedio 8.57; en el tema de poder decidir sobre su vida, tomar decisiones trascendentales el 90% menciona que si han tenido esa posibilidad; al preguntar sobre si alguna vez se han sentido limitados de decidir sobre su vida por razones de salud el 18.8% de las personas han visto truncadas sus decisiones por las condiciones de salud (tabla 12).

En Cuenca, sobre cuán satisfechos se sienten con la vida que han tenido hasta el día de la entrevista en promedio las personas obtienen un 7.6, sobre la felicidad en promedio

7.75; en el tema de poder decidir sobre su vida, tomar decisiones trascendentales el 76% menciona que si han tenido esa posibilidad; al preguntar sobre si alguna vez se han sentido limitados de decidir sobre su vida por razones de salud el 27.1% de las personas han visto limitadas sus decisiones por las condiciones de salud.

Tabla 12. Satisfacción y felicidad

	Tijuana	Cuenca
Satisfacción con la vida	8.45	7.6
Felicidad	8.57	7.75
Toma de decisiones trascendentales	90%	76%
Limitados a decidir por problemas de salud	18.8%	27.1%

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.3.8. Balance vida trabajo.

Se consultó sobre las horas de trabajo por semana, en Tijuana promedio las personas trabajan 33.83 horas por semana, con un máximo de 65 horas; en las horas que se dedican a actividades de esparcimiento o diversión por semana el promedio es de 14.4 horas y el máximo 60 horas por semana (Tabla 13)..

En Cuenca las personas trabajaban 36.9 horas por semana con un máximo de 70 horas y un mínimo de 1; dedican 11.9 horas por semana en actividades de esparcimiento, teniendo en cuenta que en estas horas no se cuenta el tiempo dedicado a aseo personal o a dormir (Tabla 13).

Tabla 13. Balance vida-Trabajo

	Tijuana	Cuenca
Horas de trabajo por semana	33.83	36.9
Máximo de horas de trabajo por semana	65	70
Horas de esparcimiento	14.4	11.9

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.3.9. Beneficiario de programas del gobierno

En Tijuana al preguntar si las personas son beneficiarias de algún programa gubernamental de ayuda se encontró que el 89.1% no son beneficiarios, el 2.1% están incluidos en el programa de pensiones para el adulto mayor, el 1.4% pertenece al Programa Prospera (Tabla 14)..

Tabla 14. Programas sociales del gobierno mexicano

	Frecuencia	Porcentaje
No soy beneficiario	6423	89.1
PROSPERA, Programa de Inclusión Social	101	1.4
Programa Pensión para Adultos Mayores	151	2.1
Beca raite	2	0
Beca escolar	5	0.1
Conacyt	1	0
Programa de Abasto Social de Leche LICONSA	40	0.6
Programa de Comedores Comunitarios	9	0.1
Programa de Fomento a la Economía Social	23	0.3
Total	6755	93.7
No responde	451	6.3
	7206	100

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En Cuenca al indagar si es o no beneficiario de algún programa del gobierno, se encontró que el 91.7% de la población no es beneficiaria, el 3.3% no responde, es parte de los programas solamente el 5% y en mayor medida del programa Creciendo con Nuestros Hijos y pensión para adultos mayores y discapacitados (Tabla 15).

Tabla 15. Beneficiario de programas del gobierno ecuatoriano

	N	Pc %
No soy beneficiario	1788	91.7
Beca escolar	10	0.5
Centro infantil del buen vivir	15	0.8
Bono de desarrollo humano	22	1.1
Pensión para adultos mayores y discapacitados	25	1.3
Creciendo con nuestros hijos	25	1.3
No responde	65	3.3

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.4. Salud y servicios de salud

IV.4.1. Autopercepción del estado de salud.

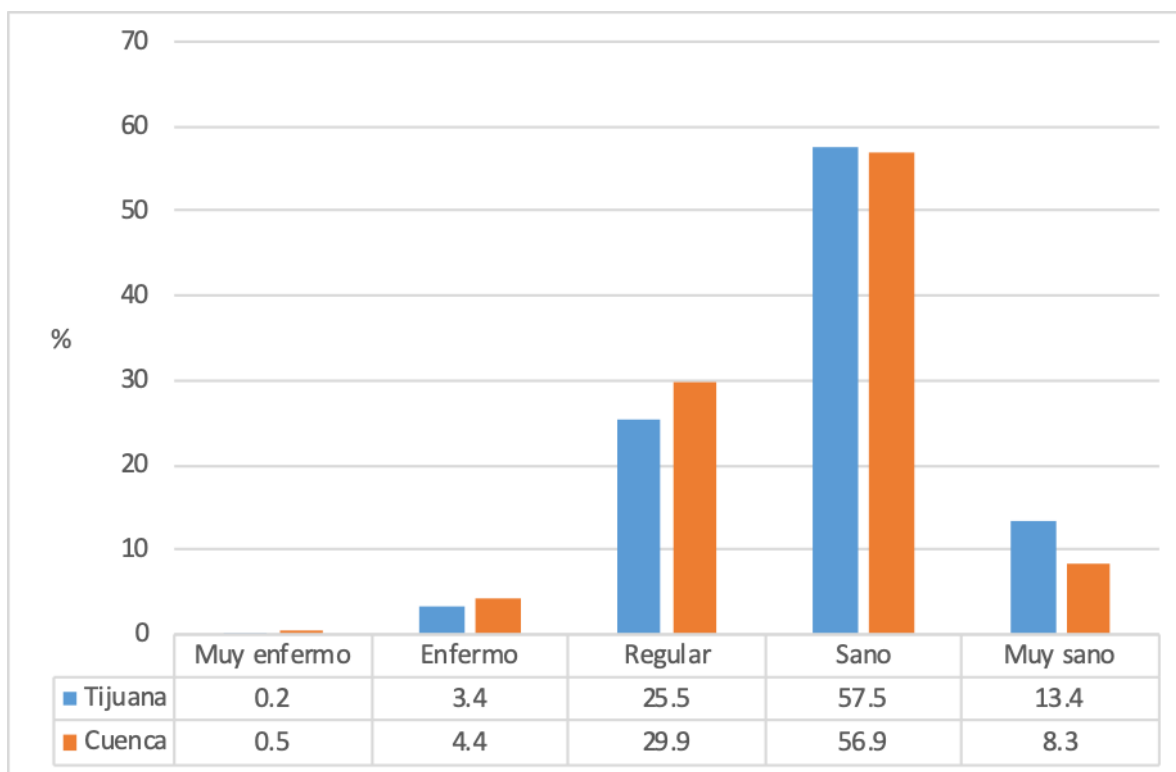
Se indagó sobre la autopercepción del estado de salud, el haber sido diagnosticado de alguna enfermedad crónico-degenerativa; sobre los servicios de salud sobre si cuentan o no con algún tipo de seguro y la calidad de éste.

En Tijuana la autopercepción del estado de salud: el 57.5% de los entrevistados consideran que se encuentran sanos, el 25.5% opinan que su estado de salud es regular, el 13.4% se encuentran muy sanos y solamente el 3.6% se encuentra enfermo o muy enfermo.

En Cuenca la percepción del estado de salud: el 56.9% de las personas creen estar sanas, el 8.3% muy sanos, el 34.8% cree que su estado de salud es regular, enfermo o muy enfermo (figura 20).

En Ecuador según la Ensanut-EC el 42.8% de la población se percibió enferma y solamente el 3% tuvo que ser hospitalizado en los últimos 12 meses; en Cuenca el 5.9% de la población entrevistada mencionó estar o sentirse enferma y el 25.5% afirma no estar ni sana ni enferma y tan solo el 2.3% del total afirma haber sido hospitalizado en los últimos 12 meses.

Figura 21. Autopercepción del estado de salud.



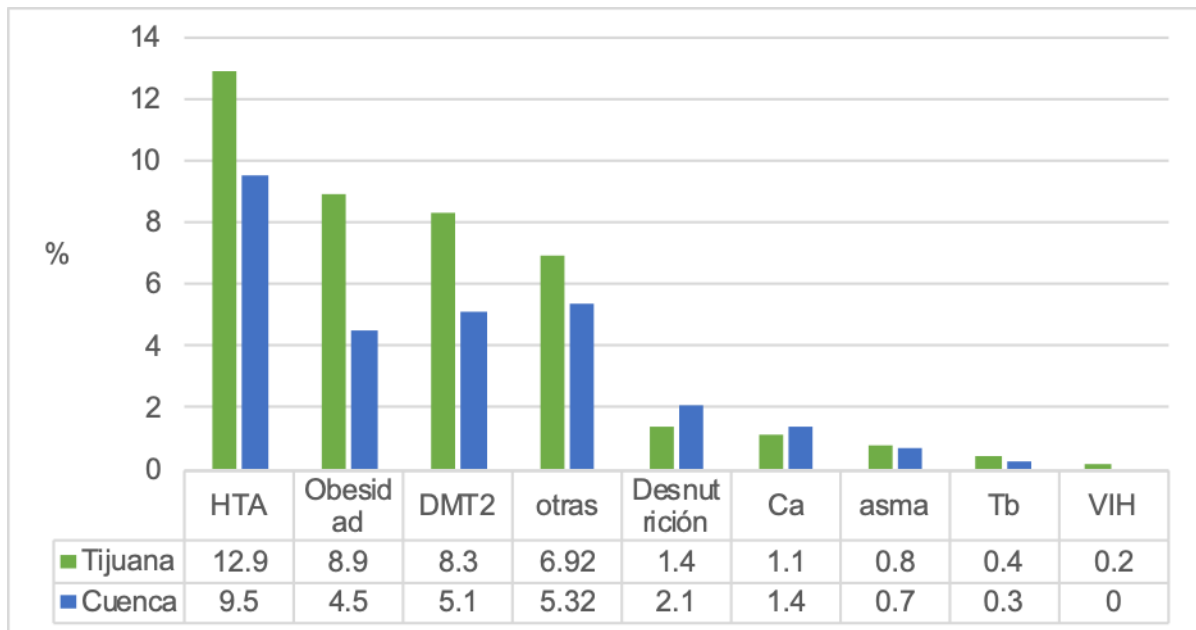
Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En Tijuana solamente el 3.6% de la población afirma estar enferma y solamente el 2.4% fue hospitalizada en el último año.

En Tijuana en cuanto al diagnóstico de alguna enfermedad encontramos que el 40.92% del total de entrevistados han sido diagnosticados de alguna enfermedad y han necesitado tratamiento. Enfermedades crónico-degenerativas: la hipertensión arterial tiene una prevalencia del 12.9%, la obesidad el 8.9%, diabetes mellitus tipo 2 un 8.3%, estas son las más comunes.

En Cuenca el diagnóstico de enfermedades crónico-degenerativas se encontró que el 9.5% de las personas tiene un diagnóstico de hipertensión arterial, el 5.1% de diabetes mellitus tipo 2 y el 4.5% de obesidad; en total el 19.1% de encuestados padece una enfermedad crónico-degenerativa que necesita tratamiento de por vida y que son prevenibles (figura 21).

Figura 22. Enfermedades crónico-degenerativas



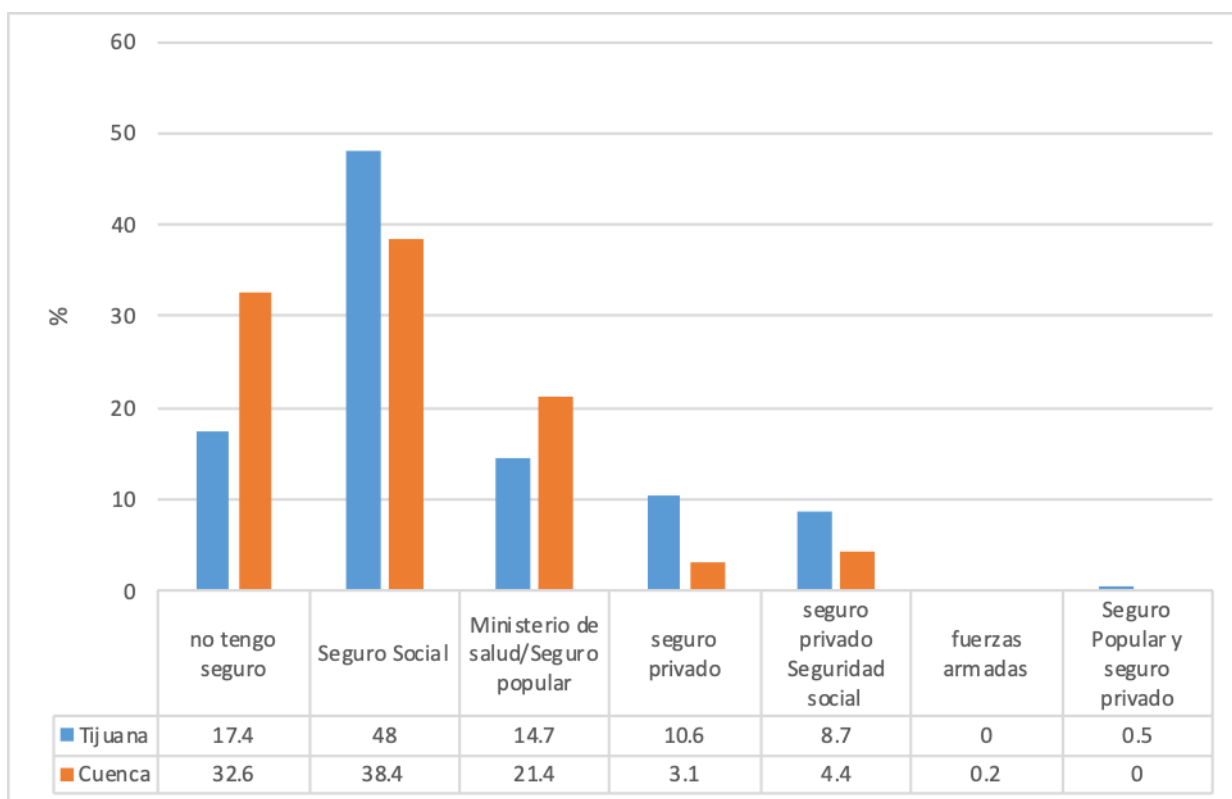
Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.4.2. Aseguramiento en salud

En Tijuana el 48% es derechohabiente del Seguro Social como único seguro, la suma de las personas que son derechohabientes y cuentan con seguro privado es del 56.7%. El 14.7% usuarios del seguro popular, el 10.6% pagan un seguro privado como única opción, el 17.4% de personas no cuentan con ningún tipo de seguro de salud que los cubra en caso de un percance de salud. Se debe tener en cuenta que el valor de personas sin seguro directo es alto, es posible que estos tengan seguros por familiares directos.

En Cuenca se encontró que el 38.4% de las personas son derechohabientes del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IEES), el 4.4% tiene seguro privado y es afiliado al IEES, el 21.4% acude a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública; cabe recalcar que de las personas que no tienen seguro el 32.6% son parte del MSP ya que en Ecuador existe un sistema de salud universal (figura 23).

Figura 23. Tipo de seguro de salud

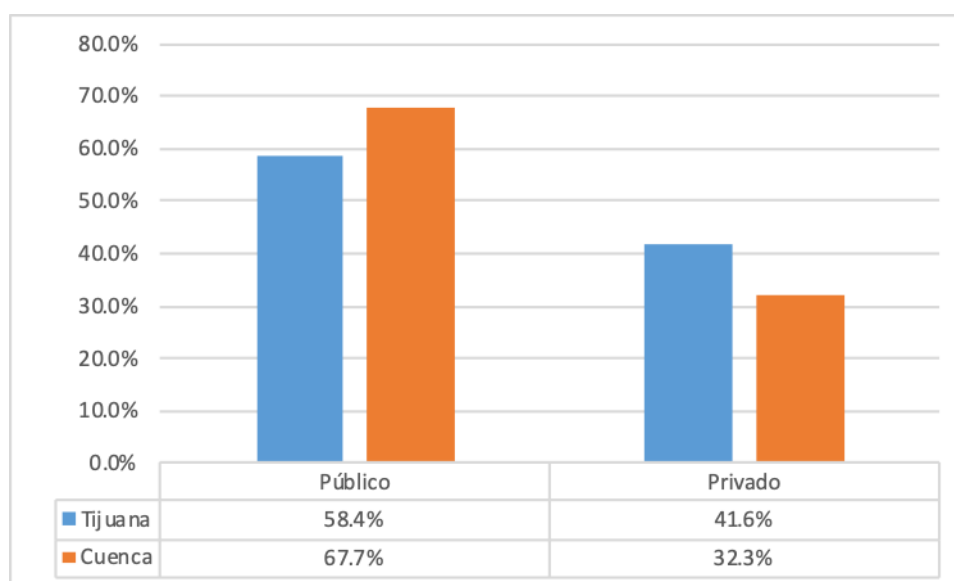


Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.4.3. Tipo de atención a la que acceden los usuarios según el tipo de seguro de salud.

En Tijuana en el año 2017 se encontró que el 0.2% usó servicios públicos y privados, el 58.4% netamente servicios públicos, el 41.6% usó servicios de salud privados; en Cuenca en el primer semestre del 2018 se encontró que el 67.7% de la población estudiada usó servicios públicos y el 32.3% servicios privados (figura 24).

Figura 24. Atención pública o privada



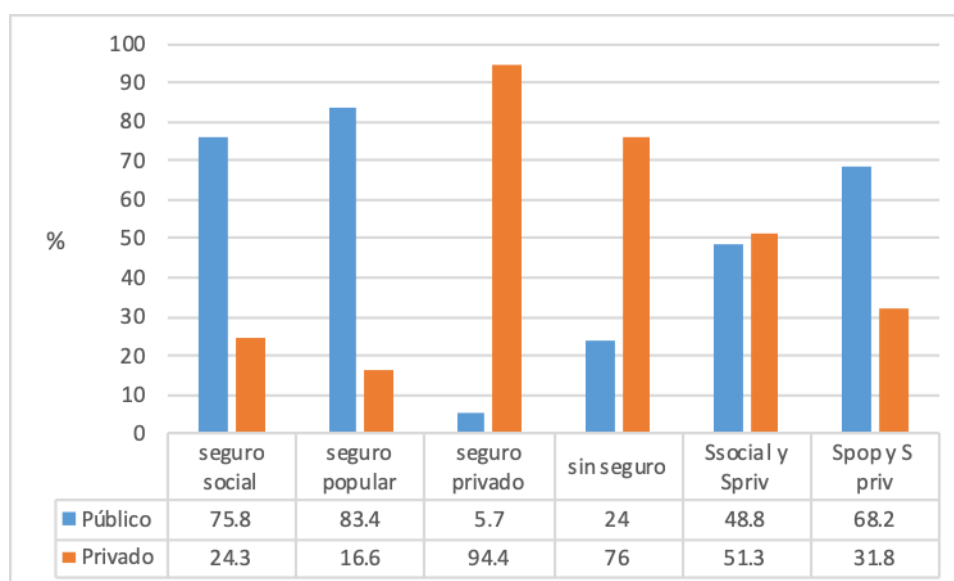
Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.4.4. Atención médica pública y privada. Según el tipo de seguro.

En Tijuana según el tipo de seguro de salud que las personas tienen se observa que del 100% de personas que tenían seguro social, el 75.8% usó ese servicio y el 24.3% usó un servicio de salud privado; sobre el seguro popular se observó que el 83.4% de personas usó el seguro que pagan y el 16.6% usó un servicio privado; de los que tienen seguro privado el 94.4% uso el servicio privado y el 5.7% un servicio público; en cuanto a las personas que tienen doble aseguramiento en salud, los que poseen seguridad social y privado el 48.8% usó el servicio público y el 51.3% usó un servicio privado (figura 25).

De los usuarios que tienen seguro popular y seguro privado el 68.2% uso el servicio público y el 31.8% el privado; por último, las personas que no tienen ningún tipo de seguro de salud en un 76% acudieron a un servicio privado y el 24% a un servicio público (figura 25).

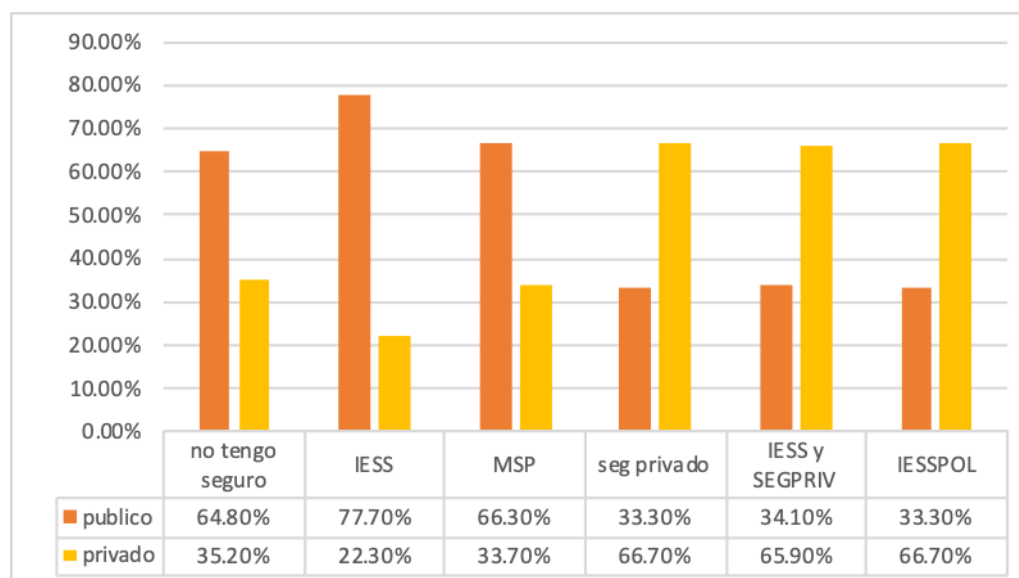
Figura 25. Atención pública y privada según tipo de seguro de salud en Tijuana



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En Cuenca personas que no tienen seguro de salud prefieren usar los servicios de salud pública sabiendo que estos son gratuitos; además, se observa que inclusive el 33.3% de las personas que tienen un seguro de salud privado usan seguros de salud pública (figura 26).

Figura 26. Atención pública y privada según tipo de seguro de salud en Cuenca



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

Para comprender el estado de salud de las personas es necesario contrastar los datos encontrados sobre el aseguramiento en salud, en este estudio se encontró que en Tijuana

la población que es derechohabiente del seguro social fue de 44.7%, el dato nacional para el 2015 fue el 45% (INEGI, 2014). En Cuenca los valores encontrados fueron 38.4%; mientras tanto los datos reportados por la Encuesta de Salud y Nutrición del 2012 (ENSANUT-EC) es el 37% del total de la población (Freire, y otros, 2014). Los datos encontrados no son distantes de la realidad expresada en los informes oficiales de cada país.

En cuanto a la población que no tiene un seguro de salud encontramos que en Tijuana la población que está afiliada al seguro popular fue de 14.8% y según la Encuesta de Salud y Nutrición del 2016 fue del 43.5% de la población total; en Cuenca no existe un análogo del seguro popular, los servicios de salud para la población no asegurada son prestados por la red de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) llegando a cubrir al 63% de la demanda según la ENSANUT-EC, en este estudio se encontró que el 54% de las personas encuestadas no tiene un seguro de salud y solamente el 21.4% es usuaria del MSP (figura 25).

El aseguramiento privado de salud en Cuenca se encontró que el 3.1% de la población solamente es usuaria de servicios privados y el 4.4% tiene doble aseguramiento de salud, siendo en total un 7.5% total de usuarios de servicios de medicina pre pagada, según la ENSANUT-EC los usuarios de estos servicios no son mayores al 1.4%; los datos encontrados son 5 veces más altos, esto puede deberse al crecimiento de los servicios de salud privados en la región y la promoción para captar más usuarios.

En México según el INEGI los servicios privados llegaban a ser el 3% del total de los prestadores de salud, en Tijuana se encontró que el 10.3% de la población encuestada tenía este tipo de aseguramiento y el 7.3% pagaba dos seguros de salud, uno público y otro privado, siendo en total el 17.6% de personas que pagan un servicio de salud privado.

La población sin ningún tipo de seguro en México según el INEGI fue del 6%, en este estudio fue del 17.4%, la diferencia tan amplia encontrada se da porque en este estudio se preguntó si tienen un seguro de salud de manera directa y si tienen un seguro de manera indirecta. En Cuenca se encontró que el 32.6% de los encuestados no tienen

ningún tipo de seguro de salud, este grupo de personas son potenciales usuarios de los servicios del MSP.

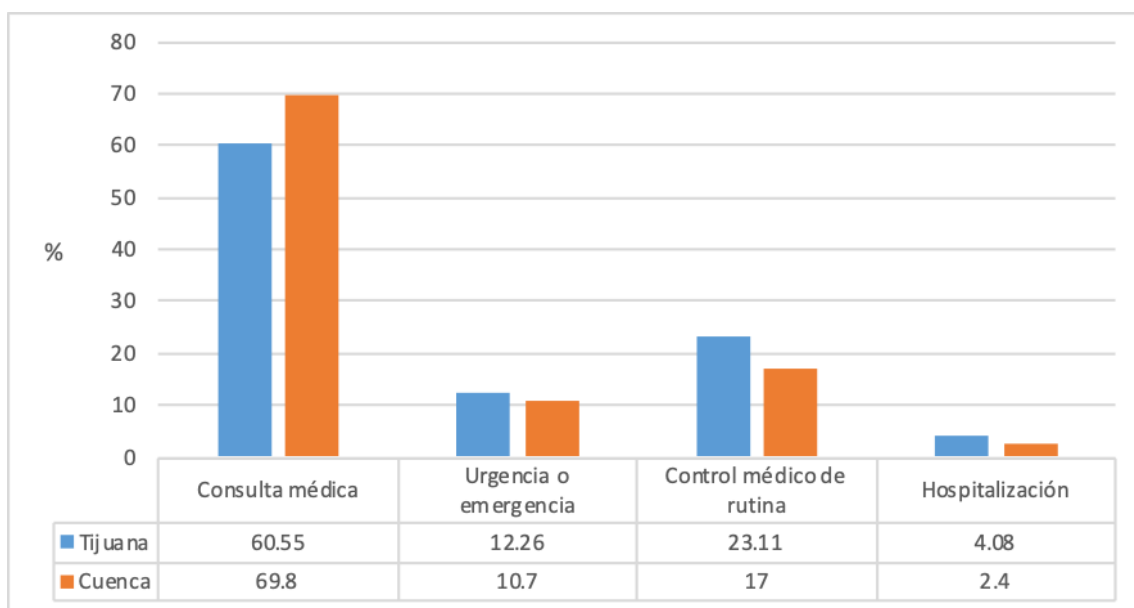
En cuanto al uso de los servicios de salud México el IMSS atendió al 40% de personas seguido por los servicios estatales con un 23.6% y las atenciones privadas fue de 19.3%(ENSANUT, 2016); en Tijuana el 48% de personas entrevistadas usó los servicios de IMSS, el 14.7% el seguro popular y el 10.6% servicios de salud privados; también cabe recalcar que existe un 17.4% de personas que no tienen aseguramiento y de estos el 10% acudió a servicios privados y el 7.4% a servicios públicos, de esta manera se encontraron datos similares a los expresados por los informes gubernamentales.

En Ecuador no se cataloga de manera específica el tipo de atención recibida, se menciona en la ENSANUT-EC 2012 que el 2004, el 55.1% fueron atenciones privadas, el 32.5% públicas y el 12.4% otro tipo de servicio, para el año 2012 luego de todas las reformas estructurales del país se encontró que el 64.6% de atenciones fueron en el sector público, el 28.1% privado y 7.3% otro tipo de servicio. En Cuenca el 67.7% de atenciones fue del sector público y el 32.3% privado, datos muy aproximados a los reportados por las encuestas nacionales y reafirman que el cambio de políticas en salud ha logrado aumentar el uso de los servicios públicos de salud.

IV.4.5. Razón para acudir a un servicio de salud

Para valorar el servicio recibido se preguntó que si se hizo uso del servicio de salud en el último año 2017-2018, para Tijuana, el 57.4% (4135) personas lo hicieron, la razón más común fue la que requerir consultas médicas con el 34.7%, 13.3% para control médico de rutina y el 7% por una urgencia o emergencia médica; en Cuenca se encontró que el motivo por el cual se usaron los servicios de salud fue para consulta médica un 69.8%, el 17% para controles rutinarios, el 10.7% para una urgencia o emergencia y solamente el 2.4% acudió para ser hospitalizado (figura 27).

Figura 27. Motivo para acudir a los servicios de salud



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.4.6. Calidad de infraestructura y atención recibida en salud

En cuanto a la calificación de los servicios de salud en Tijuana se evaluó una calidad promedio de 8.1/10, 7.8 para instituciones públicas y 8.6 para las instituciones privadas, en Tijuana se observó que en promedio la calidad fue de 6.52, para las instituciones públicas fue de 6 y para las privadas 8.96, al evaluar lo encontrado se puede observar que los datos son distantes a la realidad expuesta por la ENSANUT 2016.

Por otra parte, también se evaluó la calidad de la infraestructura, en donde el 67.9% catalogó como buena o muy buena, el 27.2% regular y 4.9% de mala o muy mala calidad; en Tijuana se encontró que el 84.8% de los usuarios de servicios de salud piensan que el servicio es bueno o muy bueno, el 11.4% regular y el 3.68% malo o muy malo.

Luego de evaluar la calidad de atención y la infraestructura del servicio de salud se interrogó sobre si su salud mejoró luego de la atención recibida, en Tijuana el 79% de las personas afirma que su salud mejoró; al diferenciar entre el servicio público y privado se encontró que el estado de salud mejoró en un 72% y 88% respectivamente. En Tijuana con relación al resultado de la atención se menciona que el 72.2% mejoró su

estado de salud y en los servicios privados el 82.2% menciona que mejoró y en los públicos fue en promedio un 67.7% que mejoró.

En Ecuador, según Fariño y colaboradores (2018), el 73% de las personas están satisfechas con la calidad de la infraestructura y un 87% está satisfecho con la atención recibida; otro estudio realizado por Hermida (2014) en donde se valora la atención en el Centro de Salud No 2, en Cuenca menciona que el 77.4% de personas se encuentran satisfechas con la atención recibida.

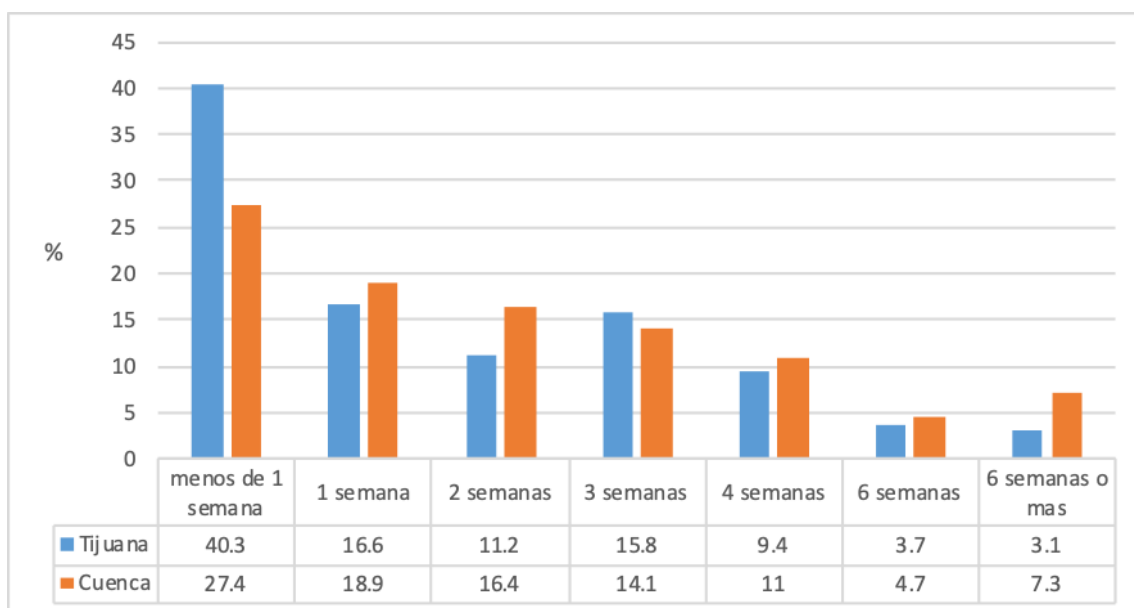
En los datos encontrados en la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud se observa que 74.76% está satisfecho con la atención recibida; cuando se divide al servicio de salud en público o privado se obtiene que la satisfacción en los servicios públicos es de 75.3% y en los privados de 91%. Al valorar la calidad de la infraestructura se obtuvo una calificación en promedio de 7.03/10 y la calidad de la atención fue de 8.3 en general, para los públicos 6.3 y para los privados 8.4, estos datos no tienen un valor de contraste oficial, pero al valorar los datos encontrados en México no distan mucho expresados en los resultados oficiales.

IV.4.7. Tiempo para obtener una cita

Cuando las personas que usaron los servicios de salud en Tijuana tuvieron que hacer una cita para ser atendidos se observó que el 40.3% esperó menos de una semana, el 59.7% tuvo que esperar más de una semana (figura 28).

En Cuenca los tiempos para obtener una cita se encontró que el 27.4% de las personas esperó menos de una semana para conseguir una cita, mientras que el 73.6% tuvo que esperar más de una semana (figura 28)

Figura 28. Tiempo para obtener una cita para atención

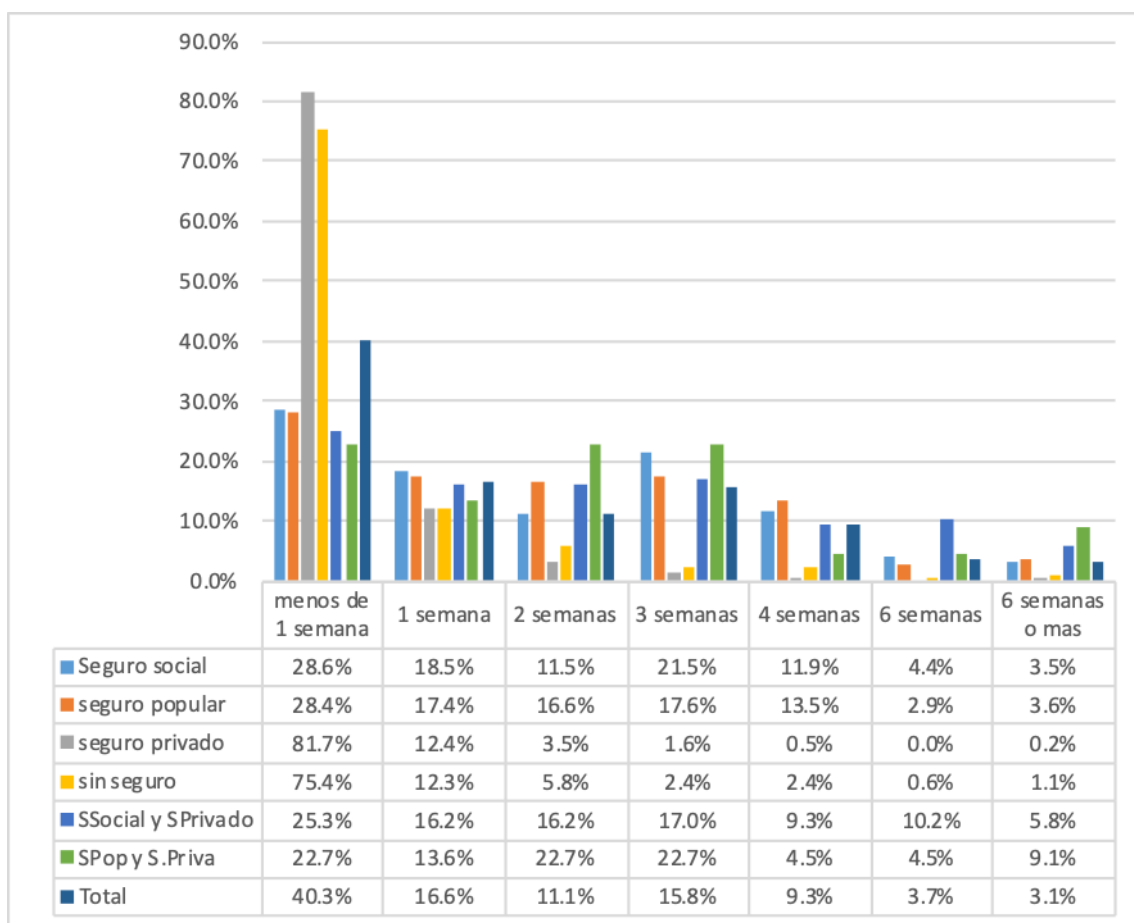


Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.4.8. Relación entre tiempo para obtener una cita y el tipo de servicio de salud

En Tijuana al relacionar el tipo de seguro y el tiempo para ser atendido se observó que los derecho habientes del seguro social solamente el 28.6% esperó menos de una semana; en el seguro popular los datos son parecidos, el 28.4% esperó menos de una semana; mientras tanto, en el seguro privado se observó que el 81.7% esperó menos de una semana y las personas que no tienen ningún tipo de aseguramiento en salud el 75.4% esperó menos de una semana (figura 29).

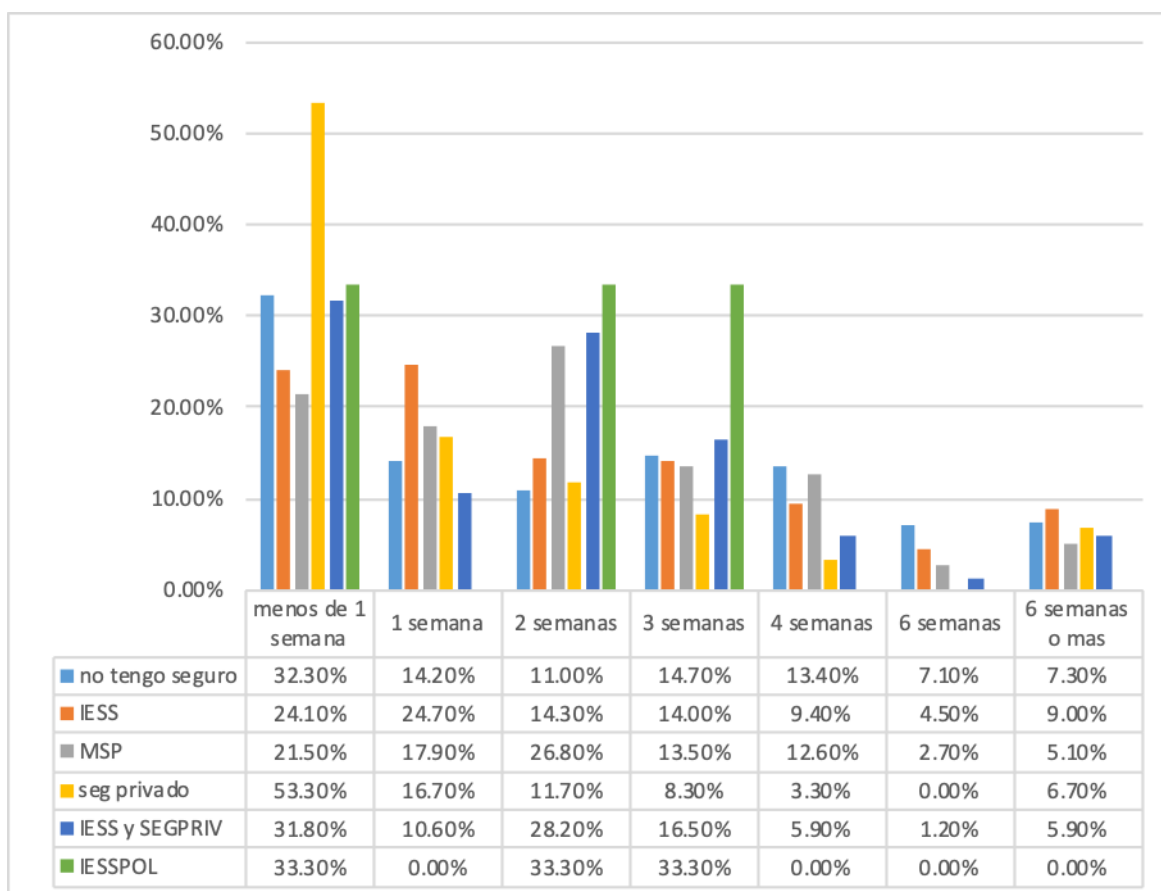
Figura 29. Tipo de seguro de salud y tiempo para obtener una cita en Tijuana



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En Cuenca, de los pacientes que no tienen un seguro de salud, el 32.30% esperó menos de una semana para ser atendido, el restante 67.7% más de una semana; en cuanto al IESS, solamente el 24.10% esperó menos de una semana y el 75.9% más de una semana, en este servicio el 9% de los usuarios tuvo que esperar más de 6 semanas para ser atendido; de los usuarios de los servicios sanitarios del Ministerio de Salud se observó que el 21.50% esperó menos de una semana y el 78.5% más de una para ser atendido, en este la cifra más alta de espera de 6 semanas llega a ser del 5.10%; de los usuarios de seguros de salud privados el 53.30% esperó menos de una semana y solamente el 46.7% espero más de una semana (figura 30).

Figura 30. Tipo de seguro de salud y tiempo para obtener una cita en Cuenca



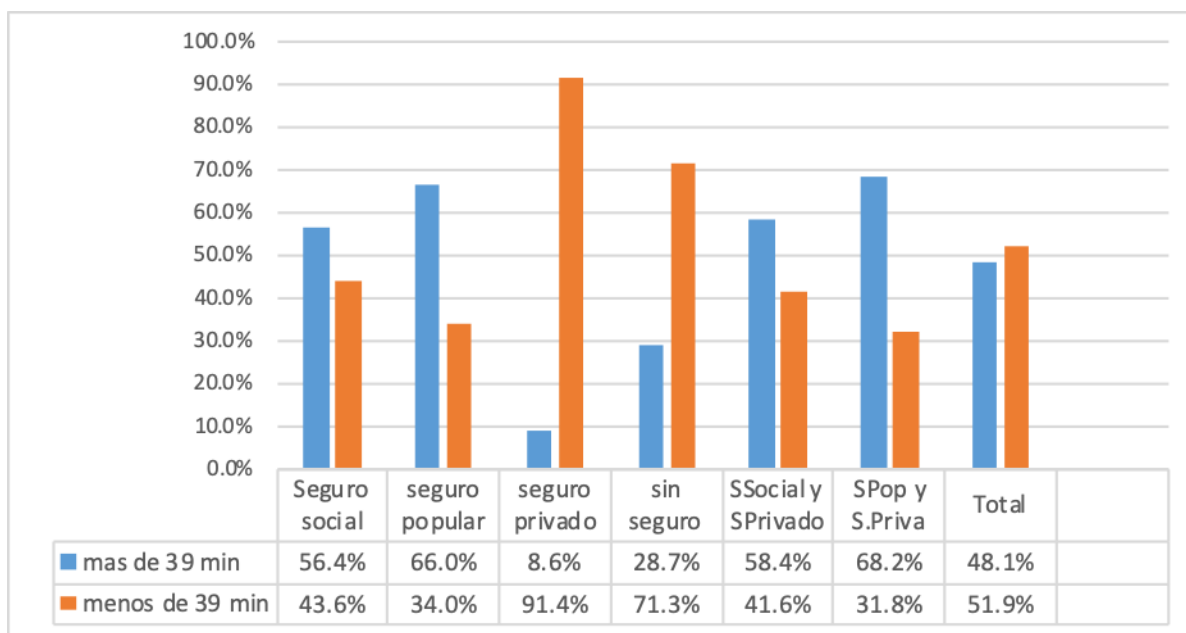
Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.4.9. Tiempo para ser atendido

Luego de llegar al servicio de salud se preguntó a las personas cuánto tiempo pasó desde su llegada hasta ser atendidos; en Tijuana, en promedio, esperaron 39.94 minutos, con un máximo de 5 horas. En Cuenca el tiempo para ser atendido fue de 30.4 minutos y como máximo 5 horas.

En Tijuana en cuanto al tiempo en ser atendidos luego de llegar a las instalaciones del servicio de salud observamos que el promedio es de 39 minutos, en el servicio privado el 91.4% espera menos de 39 min para su atención, en cambio en los servicios de atención pública aproximadamente el 60% de las personas tienen que esperar más de 39 min para su atención (figura 31).

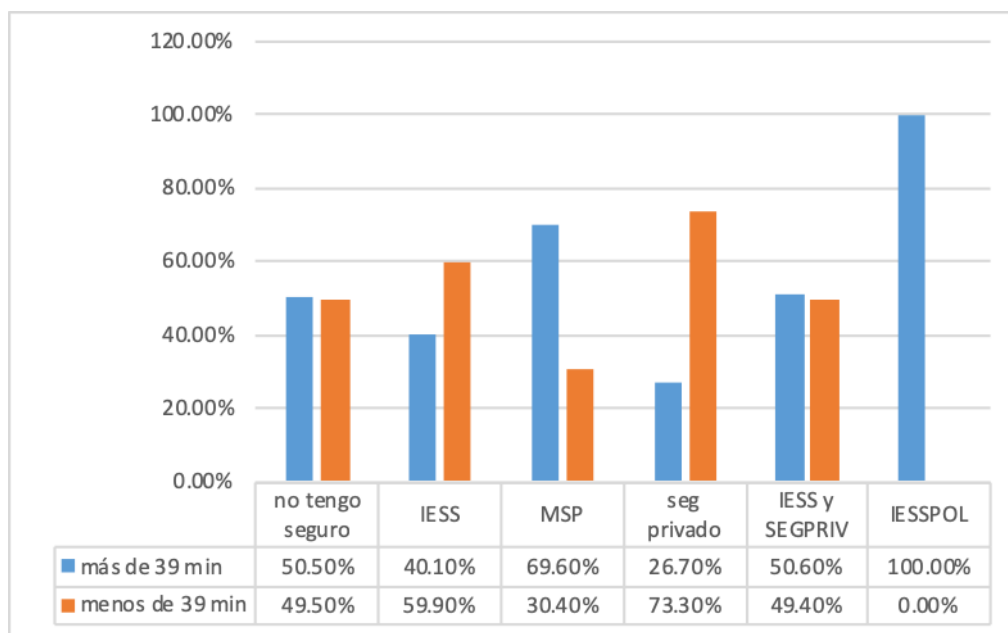
Figura 31. Tiempo para ser atendido luego de haber llegado al establecimiento en Tijuana



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En Cuenca en cuanto al tiempo para ser atendido, se encontró que en el sector privado es donde se espera menos, el 73.3% de personas que son usuarias de seguros privados esperaron menos de 39 minutos, mientras tanto en el IESS, el 59.90% menos de 39 minutos; en el Ministerio de Salud Pública se observó que el 69.60% de los usuarios tuvo que esperar más de 39 minutos para ser atendidos (figura 32).

Figura 32. Tiempo de espera para ser atendido luego de haber llegado al establecimiento en Cuenca



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

Al observar los tiempos de espera para obtener una cita en Ecuador y en México no existe una política específica sobre los tiempos de espera o listas de espera para atenciones en los servicios de salud, para algunos países de la OCDE se determinó que el tiempo máximo fue de 3 meses, teniendo como promedio mínimo de 7 a 15 días y para atención de consulta externa fue de 53 días.

Según la encuesta, en Tijuana el 26% de la población logró obtener una cita en menos de una semana y el 74% de la población en promedio tuvo que esperar más de una semana y el 30% esperó entre 3 y más de 6 semanas. En Cuenca solamente el 27.4% obtuvo una cita en menos de una semana, mientras tanto el 73.4% esperó más de una semana.

Los tiempos de espera para obtener una cita son mayores en Cuenca que en Tijuana. En los tiempos más largos se observa que en Cuenca el 7.3% esperó más de 6 semanas y en Tijuana fue de 3.1%.

El tiempo de espera para ser atendidos, comprendiéndose desde el momento en el que llegan al lugar hasta que pasan a la consulta, para Outumuro (2013) los tiempos de espera para ser considerado bien atendidos puede variar entre 7.29-20.75 minutos y en la ENSANUT 2016 se determinó como un tiempo promedio de espera para México fue de 70.9 minutos y 30 minutos como un tiempo aceptable de espera.

En Tijuana el tiempo promedio de espera fue de 39.2 minutos con un máximo de espera de 5 horas. En Cuenca, el tiempo promedio fue de 30.5 minutos con un máximo de 4 horas para la atención, comparando con los valores referenciales en las dos ciudades existe deficiencias en los tiempos de espera, esto puede deberse a la falta de personal para la atención o pacientes de revisión que acuden a consulta sin tener un turno previo.

También se indagaron aspectos subjetivos sobre la atención recibida en los servicios de sanitarios, la primera fue si las personas sentían mejoría de su estado de salud luego de la atención. En Tijuana el 9% de los pacientes refieren que no tuvieron mejoría; además, se indagó sobre el estado anímico de los usuarios luego de ser atendidos: el 12% menciona que su estado de ánimo no mejoró, el 0.2% comenta que sigue igual que antes de la consulta; por otra parte, en Cuenca el 79% mejoró luego de la atención y el 75.3% se sintió mejor anímicamente luego de la atención médica recibida.

Sobre la efectividad de la atención se preguntó si las personas luego de no sentir mejoría tuvieron que usar otro servicio diferente al de su primera elección, en Tijuana el 23% de todos los pacientes que fueron a un servicio de salud en el 2017 luego de no ver mejoría en su cuadro de salud decidieron acudir a otro servicio de salud, mientras tanto que en Cuenca solamente el 20.1% de los pacientes acudió a otra consulta por no sentir alguna mejoría.

De todos los pacientes que tuvieron que acudir nuevamente a una consulta por no tener una mejoría en Tijuana el 74.7% decidió usar un servicio de salud privado, el 23.9% un servicio público y el 1.4% fue a otro tipo de servicio de salud. Luego de la segunda atención el 89.5% de las personas sintieron mejoría del estado de salud; en Cuenca del 20.1% de las personas que acudió a otro servicio el 68.2% fue a un servicio privado y el 85.85% sintió una mejoría en su estado de salud luego de la atención subsecuente.

IV.4.10. Gasto en salud

En cuanto a los gastos en los servicios de salud en Tijuana se observa que en promedio las personas gastan el 24.85% de sus ingresos en rubros relacionados con la salud, siendo 90% el valor máximo encontrado; también se indagó si las personas piensan que existe relación entre el gasto en salud con el servicio, el 75.6% cree que si hay una relación entre lo pagado y lo recibido, el 24.4% cree que los costos son elevados y que el servicio no es el esperado.

En Cuenca, en promedio, las personas invierten el 21.91% de sus ingresos mensuales en gastos relacionados con salud; sobre si el costo o el pago tiene relación con la atención y el servicio recibido: el 67.2% piensa que existe una relación proporcional del pago la calidad recibida y el 32.8% piensa que no hay esta relación de costo/servicio.

Tabla 16. Gasto en salud.

	Tijuana	Cuenca
Más del 20%	49.2%	36.4%
Menos 20%	47.1%	62.2%
Total	96.3%	98.6%
No responde	3.7%	1.4%

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

Según la OMS el gasto en salud total de bolsillo no debe superar el 20% de los ingresos netos por mes de las personas; en Tijuana el 49.2% de las personas mencionan que en la última atención destinaron más del 20% de sus ingresos para gastos en salud, el 47.1% menos del 20% y el 3.7% de las personas no respondió; en Cuenca el 36.4% destinó más de 20% de sus ingresos y el 62.2% menos de este valor (tabla 16).

Según Díaz (2017) es un gasto catastrófico cuando supera el 40% de los ingresos, en Cuenca el gasto corriente en salud llegó a ser el 21.91% del total de los ingresos de la familia y como máximo fue del 83%; en Tijuana en promedio se gasta un 24.85% de los ingresos y como máximo 90%, en ninguno de las dos Ciudades hay en promedio un gasto catastrófico en salud, pero se observan extremos que llegan a duplicar el gasto

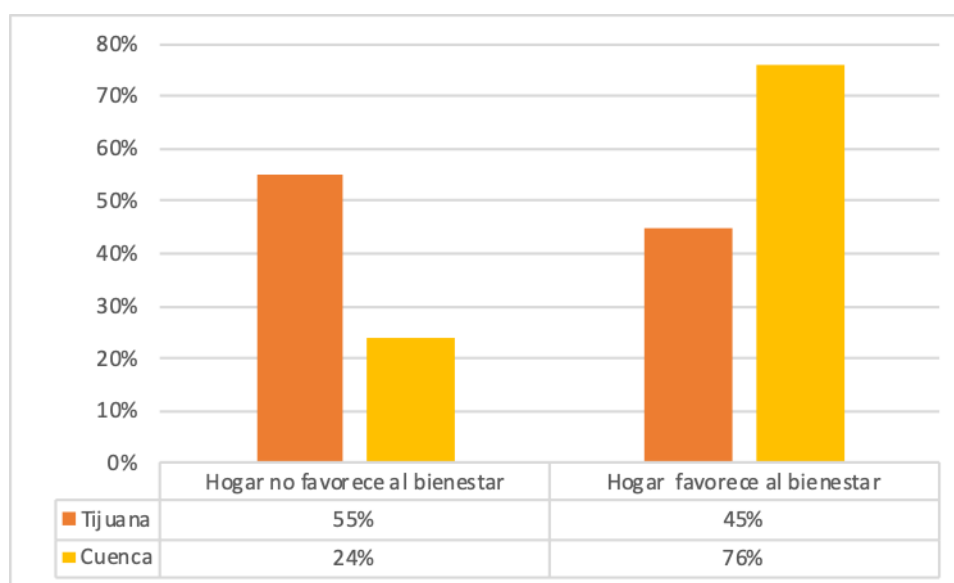
haciendo que esos hogares tengan que vivir en condiciones de pobreza por estas razones.

IV.5. Bienestar.

IV.5.1. Vivienda.

En la evaluación del hogar en Tijuana, de las personas encuestadas se observó que el 45% del total tienen una vivienda que permite llegar al bienestar, y en el 55% la vivienda cuenta con deficiencias que disminuyen la probabilidad de llegar al bienestar. En Cuenca, el 76% de los encuestados no presentó deficiencias en el hogar, mientras que el 24% tiene deficiencias en el hogar que no le favorecen para poder llegar al bienestar (figura 33).

Figura 33. Hogar y bienestar en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En los países de la OCDE las familias invierten alrededor al 21% de los ingresos netos en el pago de vivienda, en México se invierte alrededor de 21%, en Cuenca se invierte en promedio 12.72% de los ingresos y en Tijuana se invierte el 24.8%.

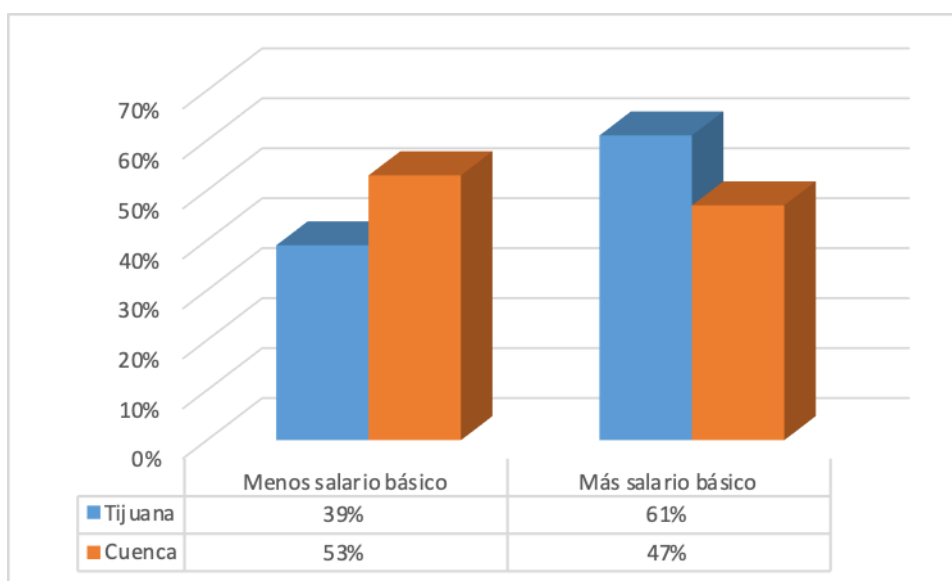
En Tijuana el gasto en vivienda es solo 3% más que el que se reporta en la OCDE en promedio el promedio general, en Cuenca hay una disminución grande del gasto ya que es una ciudad mucho más antigua con tasas de migración negativa y el gasto elevado en vivienda en Tijuana puede deberse a que existen altas tasas de migración y hacen que las personas no tengan estabilidad en los hogares.

El hacinamiento, el número de personas por habitación se cataloga cuando existen más de 2.5 personas por habitación en Tijuana el 12% de la población vive en estas condiciones y en Cuenca los datos son parecidos con un 12.4%, los datos pueden ser parecidos ya que primeramente en Tijuana es una ciudad que recibe gran número de migrantes año con año de esta manera aumenta la cantidad de personas por habitaciones ya que el principal objetivo de muchos migrantes no es residir de manera permanente en la ciudad; mientras tanto, Cuenca cuenta con dos fenómenos, el primero contar con gran número de familias ampliadas y la migración de personas que ven a la ciudad por sus condiciones sociales como su lugar de destino final. En cuanto a las habitaciones por persona según la OCDE en los países miembros en promedio existen 1.8 habitaciones por cada persona, en Chile existen 1.2, en Brasil al igual que en México 1 habitación por cada persona, en Tijuana se observa que son 0.9 habitaciones y en Cuenca 0.903 habitaciones por cada persona.

IV.5.2. Ingresos.

Aunque los ingresos no logren garantizar el bienestar o comprar la felicidad es un medio que permite alcanzar mejores estándares de vida; por tanto, un mayor bienestar. Tener más recursos también podrá aumentar la posibilidad de acceso a una mejor educación, vivienda y servicios de salud de calidad. En Tijuana el 39% de las personas encuestadas no cumplen con la línea de bienestar, ganan menos de 161.5 dólares americanos por mes y el 61% de personas si cumplen con esta condición. En Cuenca para el año 2018, el Ministerio del Trabajo fijó el salario básico unificado que fue de 386 dólares americanos por mes; dentro de la población estudiada se encontró que el 53 % no llega a ganar lo mínimo, mientras que el 47% gana mensualmente más de un salario básico; en cuanto al promedio de salario mensual se encontró que en Cuenca el salario mensual es 420 dólares y en Tijuana se encontró que el ingreso mensual es de 360 dólares americanos (6668 pesos mexicanos) (figura 34).

Figura 34. Salario Mensual y línea de bienestar en Tijuana y Cuenca



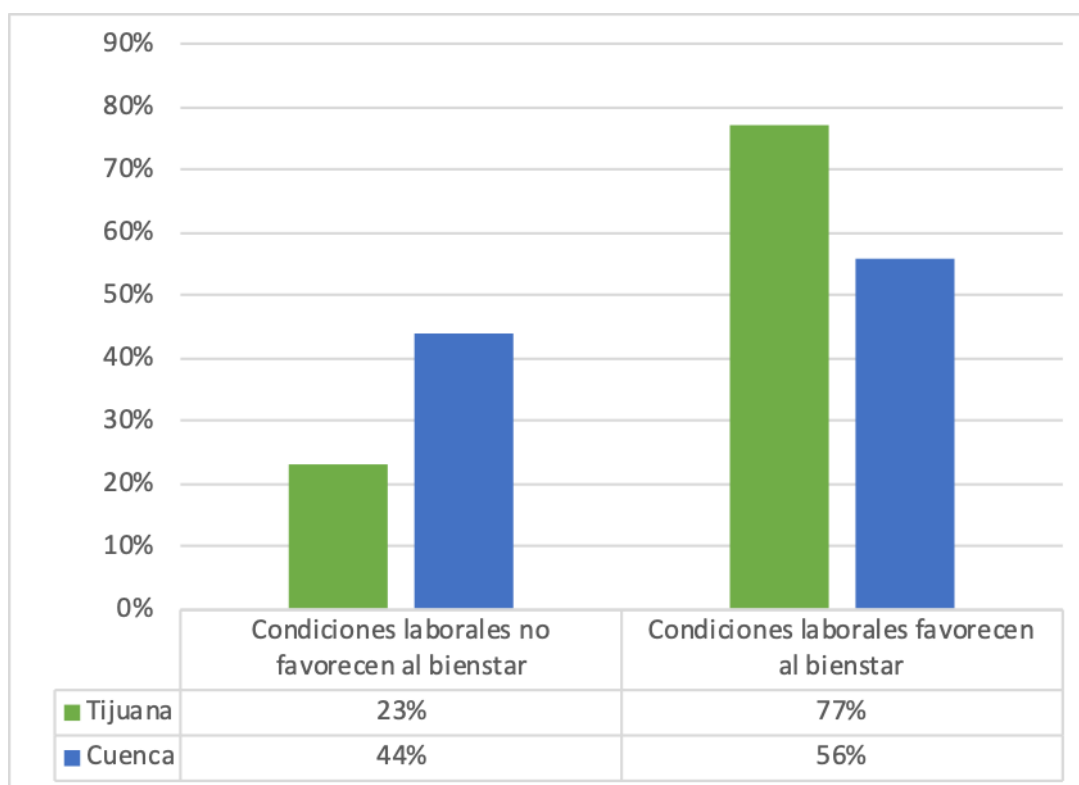
Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

Según el INEGI, para el 2017 los ingresos mensuales promedio para los mexicanos fue de 292.97 dólares americanos (5420 pesos mexicanos), siendo superior el ingreso percibido en Tijuana que el promedio nacional (INEGI, 2017). En Ecuador según el INEC un ecuatoriano gana 420 dólares al mes en promedio concordando con los datos encontrados en este estudio.

IV.5.3. Trabajo

En Tijuana 23% de las personas no cuentan con condiciones laborales que favorezcan el bienestar, mientras tanto el 77% si tiene condiciones que favorecen el bienestar. En Cuenca El 56% de las personas encuestadas tienen una condición laboral que favorece al bienestar mientras tanto el 44% su condición laboral no favorece al bienestar (figura 35).

Figura 35. Condiciones de trabajo en Tijuana



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En Ecuador según el INEC (2018) en el 2018, la tasa de empleo adecuado fue de 39.6% y para Cuenca fue de 61.1%, la tasa de desempleo nacional fue de 4% y en Cuenca de 4.8%; en los datos recabados encontramos que la tasa de empleo directo fue del 55.12% y una tasa de desempleo de 3.8%; los datos no distan mucho de la realidad, encontrando mayor discrepancia en la tasa de empleo directo en 6% y para la tasa de desempleo solamente existe una diferencia de 1%.

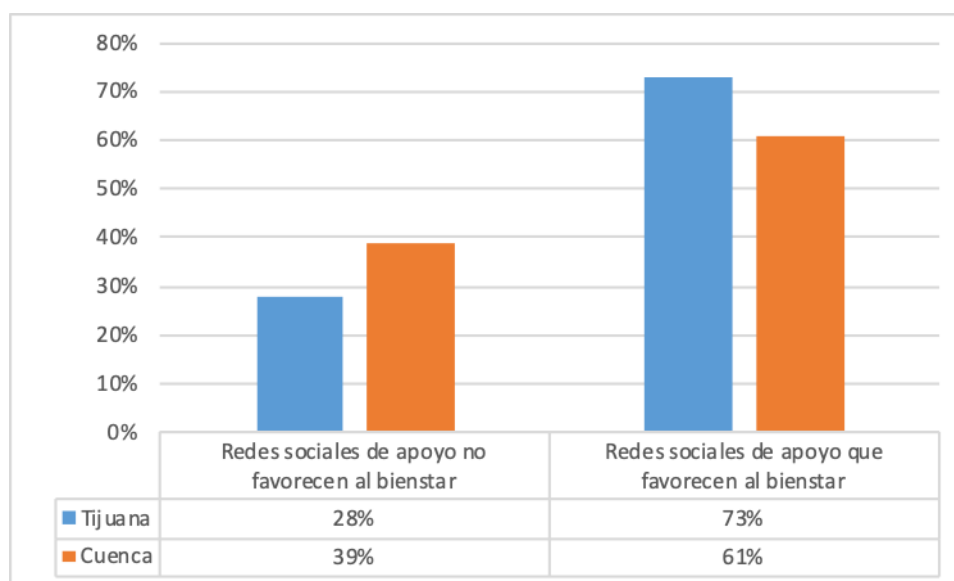
La OCDE reporta que las tasas de empleo más altos de sus estados miembros son de Islandia con un 86% y Suiza con 80%, y los mas bajos son Turquía con 51%, Grecia 52%, Italia 57%, España 60% en países de América como Chile es de 62.7%, Brasil de 60.2%, y en México con 61%; En INEGI para septiembre de 2018 estimó que existía un 3.4% de la población que no tiene empleo y la población con empleo fue de 59.6%, en este estudio el 56% de la población tenía un empleo de manera directa y el 3% estaba sin empleo.

Las condiciones laborales entre los dos países son muy distintas, en Ecuador existen dos grandes razones: la primera, con las reformas laborales del Gobierno de Rafael Correa se eliminaron muchas formas de empleo como la tercerización laboral, el empleo por horas y las normas para los periodos de prueba fueron más estrictas, es la primera razón para que existan 44% de las personas encuestadas no tengan condiciones laborales que favorezcan al bienestar; la segunda razón es la disminución del tamaño del estado con las reformas puestas por el gobierno de Lenin Moreno ocasionando despidos de gran cantidad de personas del sector público. En Tijuana se encontró que las condiciones laborales son buenas para la zona gracias a la gran oferta laboral que existe en la ciudad por la industria maquiladora, turismo de distintos tipos; además, en la ciudad ser un centro de desarrollo de comercio formal y sobre todo del sector informal.

IV.5.4. Redes Sociales de apoyo

En Tijuana se encontró que el 28% de las personas no cuentan con una red de apoyo en casos de problemas, el 72% si cuenta con una red de familiares y amigos que ayudan cuando existen problemas. En Cuenca se encontró que el 61% tiene una red social de apoyo en caso de problemas en la vida y el 39% no tiene una red social de apoyo (figura 36). En promedio en los países de la OCDE el 89% de las personas creen tener personas que les pueden a ayudar con algún problema, el país con un mejor porcentaje es Islandia con un 97.7%, en Latinoamérica se encuentra Chile con un 84.8%, Brasil con un 90.3% y México con un 81.1%.

Figura 36. Redes sociales de apoyo en Tijuana y Cuenca

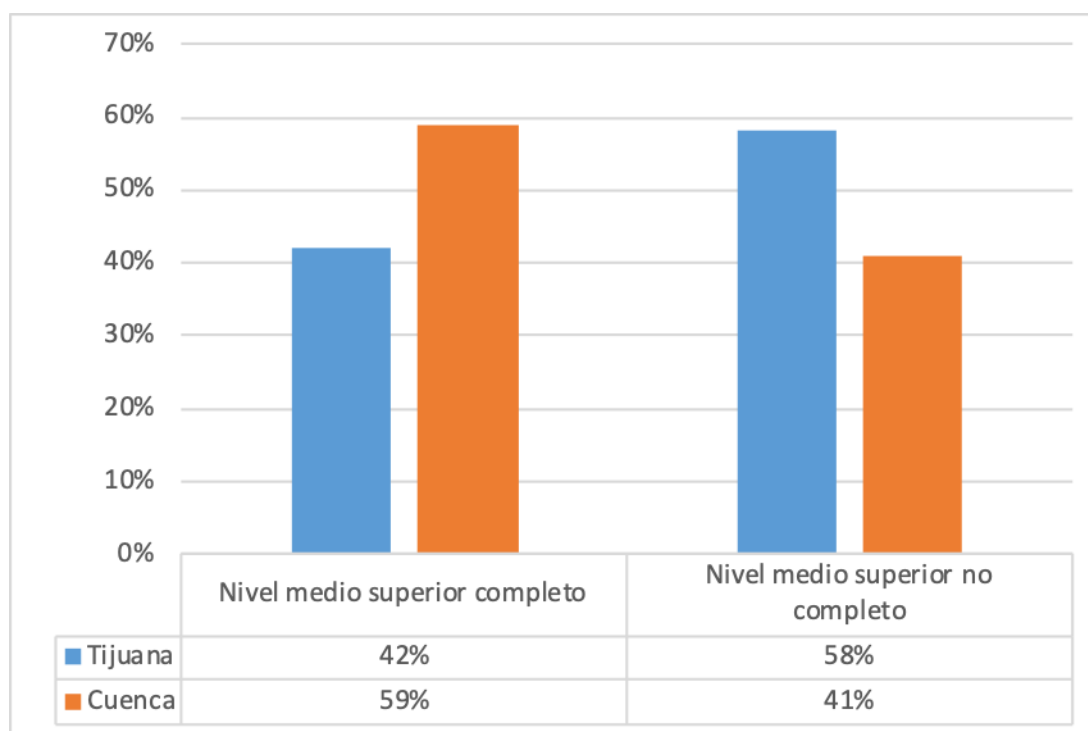


Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.5.5. Educación

En cuanto a completar el nivel medio superior, en Tijuana se encontró que el 42% de las personas completaron el nivel y el 58% no logró completar este nivel. En Cuenca el 59% de la población cumple con los niveles de educación obligatorios y el 41% no cumple con los niveles obligatorios. En Tijuana se obtuvo 10.9 años de estudio que, en promedio, esta disminución de los años de estudio puede deberse al tipo de trabajo que existe en la ciudad en donde los trabajos no calificados como las maquiladoras han disminuido los requerimientos para laborar (figura 37).

Figura 37. Nivel Medio superior en Tijuana y Cuenca.



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

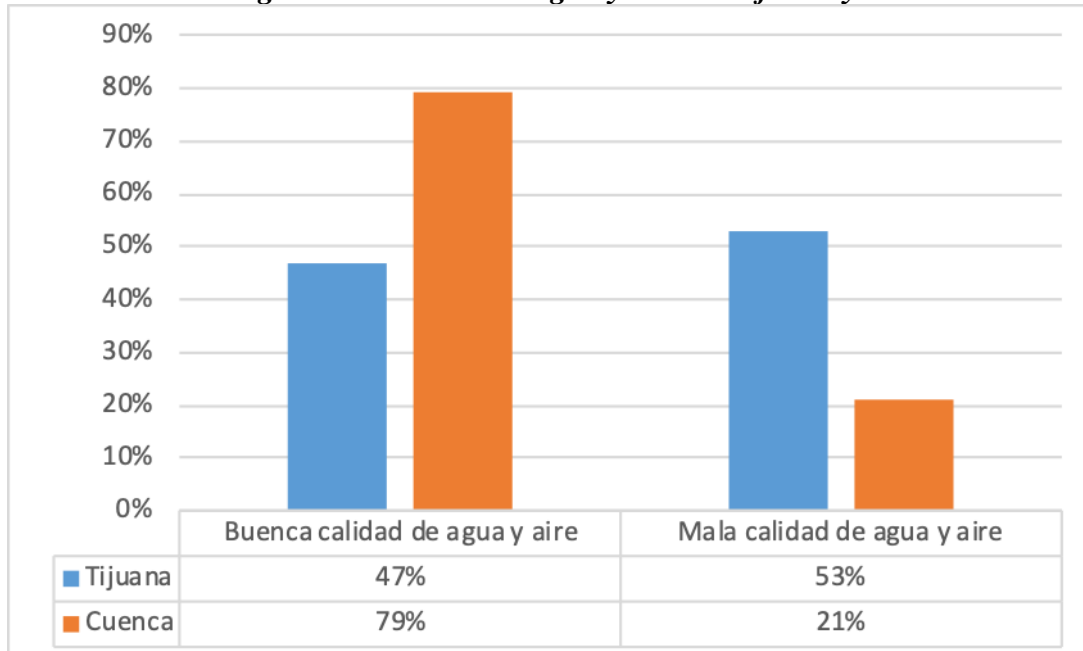
En Ecuador según el Ministerio de Educación (2015), los cambios en los años de estudio no han sido de gran significancia en el 2003 fue de 8.90 años y para el 2014 solamente fue 9.81 años, en casi 10 años solamente aumento un año aproximadamente, en la zona urbana se observó que hay un aumento pasando de 10.39 a 10.86 desde el 2003 al 2014; en el Azuay los últimos datos son de 9.83 años los datos encontrados en Cuenca fueron de 11.98 años de estudio, la diferencia con los datos provinciales puede deberse a que en la capital que es el cantón estudiado se encuentra la mayor cantidad de instituciones de educación básica, media y superior (figura 36).

IV.5.6. Medio Ambiente.

La calidad del medio ambiente en el que viven las personas tiene un efecto directo sobre la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos, un ambiente limpio es fuente de satisfacción, mejora el bienestar mental y permite a las personas liberarse del estrés de la vida diaria, en Tijuana el 53% de las personas piensan que el agua de servicio público y el aire que respiran es de mala calidad, y el 47% piensa que tienen una buena calidad

de agua y aire. En Cuenca 79% de las personas piensa que tiene una buena calidad de agua para tomar y aire para respirar, mientras tanto el 21% piensa que la calidad de estos dos es mala.

Figura 38. Calidad del agua y aire en Tijuana y Cuenca



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

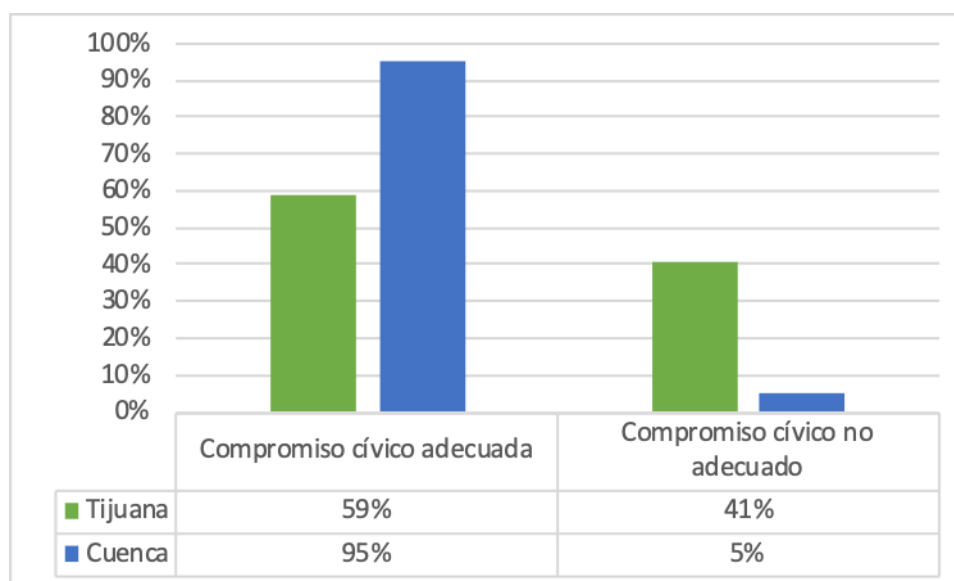
En Tijuana se encontró el 40.6% de las personas creen que el agua es de buena calidad, casi el 60% de la población no piensa que la calidad sea buena, por observación empírica en la ciudad no se consume agua de las llaves de servicio público; en Cuenca la apreciación de la calidad del agua es menor el 23.4% piensa que el agua es de buena calidad, el 73% aproximadamente no concuerda con esta idea, pero igualmente por observación empírica en la ciudad es común el consumo de agua de las tomas de servicio público (figura 38).

IV.5.7. Compromiso Cívico.

El compromiso cívico adecuado fue del 59% de los encuestados, y el 41% no fue adecuado, según en Instituto Estatal Electoral de Baja California para las elecciones del 2019 la participación electoral del estado fue del 29.9% y para el municipio de Tijuana fue de 29.4% (figura 38), los datos encontrados son similares a la participación obtenida en las elecciones del año 2018 en donde a nivel nacional se contabilizó una participación del 63.42%. Soto y Cortez (2014) mencionan que la participación electoral y cívica en México es baja, en las últimas 4 elecciones presidenciales en promedio llegan a ser del 51.9%, para los municipios en promedio a nivel nacional es del 52.2%, también cabe recalcar que para Young (2004) las elecciones son el medio más común de participación y son un elemento esencial para la democracia.

En Cuenca la participación cívica adecuada es del 95%, mientras tanto el 5% no tiene una participación que pueda favorecer al bienestar (figura 39), esta es alta en este país ya que el voto en elecciones es obligatorio. Según el Consejo Nacional Electoral ha ido cambiando al pasar de los años, registrando en el 2002 una participación del 65% y para las elecciones del 2014 del 82.6%, que se debe a las reformas realizadas con el “Código de la Democracia” que en el 2009 que logró dinamizar la participación política de ciudadanos (CNE, 2014). Es necesario recalcar que la participación electoral, el acudir a votar cada cierto tiempo no es la única forma de aportar a la democracia, también existen otras formas, pero en las dos ciudades estudiadas las otras formas de participación no llegan a superar el 5%.

Figura 39. Compromiso Cívico en Tijuana y Cuenca

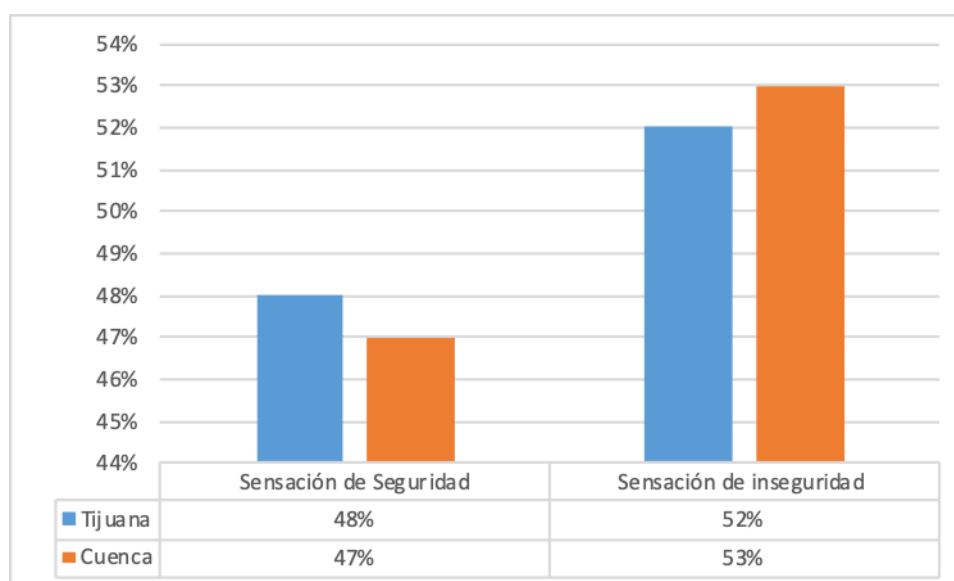


Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.5.8. Seguridad.

La sensación de seguridad es determinante para el bienestar de los habitantes porque disminuye la probabilidad de ser asaltados y sufrir daños físicos, es importante sentir la protección del estado o del gobierno contra cualquier otro delito. La sensación de inseguridad en Tijuana fue del 52% de la población estudiada mientras tanto el 48% se siente seguro al caminar por la noche (figura 40). En Cuenca el 47% se siente seguro y el 53% inseguro. En los datos ofrecidos por la OCDE, en promedio el 68% de personas de los países miembros se sienten seguros, pero en los países de América las cosas son distintas: se encuentran datos como en Chile que la sensación de seguridad es del 47.8%, Brasil con un 35.6% y de México el 41.8%. No se han encontrado datos que tengan una gran diferencia entre los países de América, las dos ciudades estudiadas presentan datos de seguridad similares en donde se logra determinar que la inseguridad es un fenómeno que se presenta de manera parecida en el continente excluyendo a los Estados Unidos y Canadá que tienen cifras superiores al 70%.

Figura 40. Sensación de seguridad en Tijuana y Cuenca



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.5.9. Satisfacción ante la vida

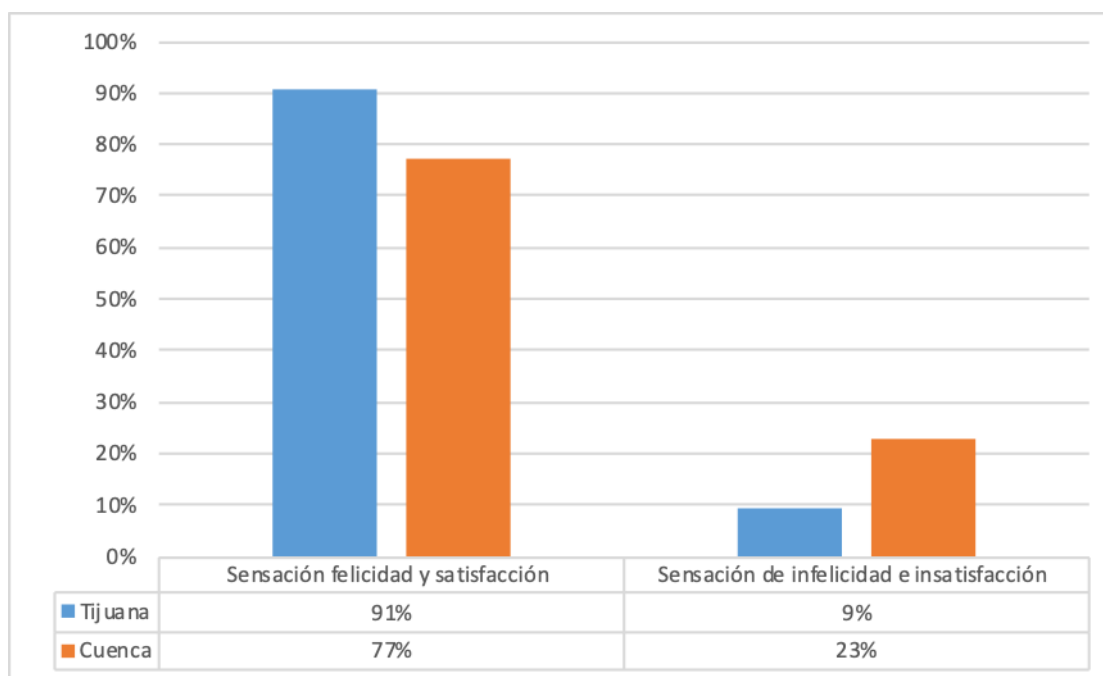
En Tijuana se encontró que el 90.8% de personas se sienten felices y satisfechos con la vida que han tenido hasta el momento, solamente el 9.2% de las personas no se sienten felices y satisfechos con su vida. En Cuenca se encontró que el 22.7% de las personas se encuentran insatisfechos con su vida e infelices, mientras tanto el 77.3% están satisfechos y felices (figura 41). En cuanto a la escala de satisfacción y felicidad en promedio la OCDE es de 6.5/10, en Tijuana se obtuvo un 8.3/10, siendo este mayor al reportado para México, Chile y Brasil que fue igual el promedio general.

En Cuenca se encontró que el promedio fue de 7.66/10 (figura 41), como antes se mencionó el Plan Nacional del Buen Vivir toma a la felicidad como un puntal para el desarrollo, Ramírez (2010) comenta que Ecuador se encuentra entre los países infelices a nivel mundial y de muy infeliz a nivel de Sudamérica, en promedio la felicidad de los ecuatorianos es 6.25/10, donde la mayor parte de personas al ser entrevistadas se ubican en niveles intermedios.

En el reporte mundial de la felicidad (World Happiness Report) en donde se mide la felicidad de los países entre el 2014-2016, México se encuentra en el puesto número 24 y Ecuador en el 44, otros países de América como Chile se encuentra en el puesto 20, Brasil 22, Argentina en el 24 y Colombia en el 36, estos datos se relacionan con los

expresados anteriormente en donde Ecuador es de los países menos felices de América Latina (Helliwell, Layard, & Sachs, 2017).

Figura 41. Satisfacción en la vida en Tijuana y Cuenca

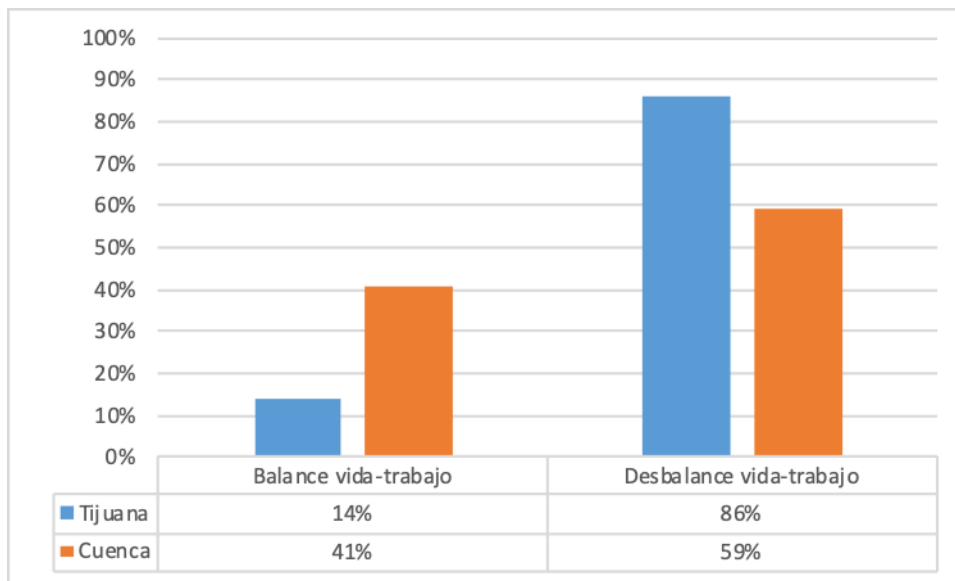


Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.5.10. Balance Vida-Trabajo

En Tijuana encontró que el 86% de las personas tienen un desbalance en la relación de vida-trabajo, teniendo más de 50 horas de trabajo por semana y dedican menos de 10 horas de esparcimiento u ocio por semana y el 14% presenta un balance adecuado para el bienestar. En Cuenca se observó que el 59% presenta un desbalance de su vida con el trabajo, y el 41% no presentan un desbalance de su trabajo con sus actividades de ocio (figura 42).

Figura 42. Balance vida trabajo, Tijuana y Cuenca

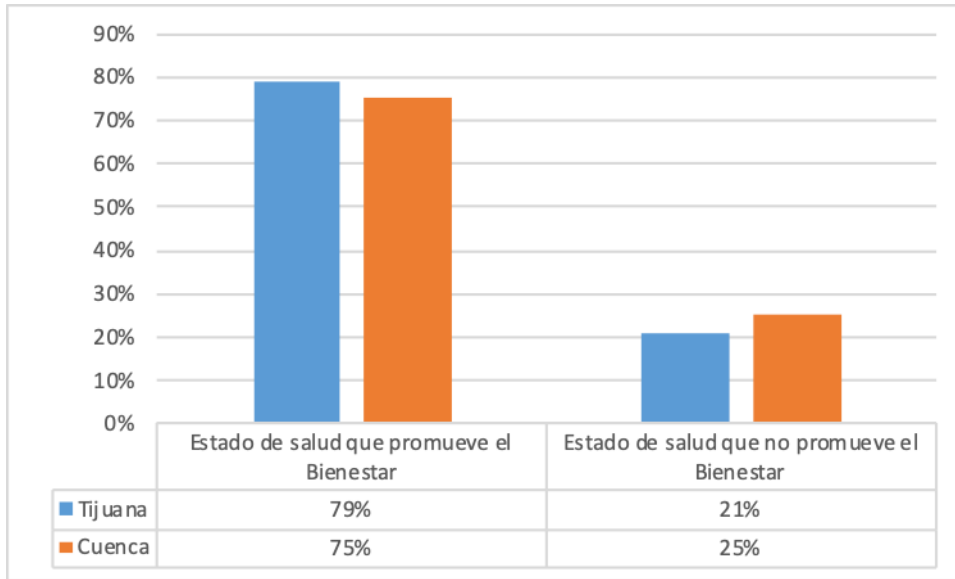


Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.5.11. Salud

En Tijuana 21% de las personas encuestadas tiene un estado de salud que no promueve el bienestar, el 79% de las personas tiene un estado de salud que promueve el bienestar. Cuenca el 25% tiene deficiencias que no promueven el bienestar, el 75% presenta un estado de salud que favorece el bienestar. Cabe recalcar que se toma en cuenta la sensación de enfermedad o de salud que tienen la personas, sin saber a grandes rasgos y de manera objetiva el estado de salud real de las personas (figura 43).

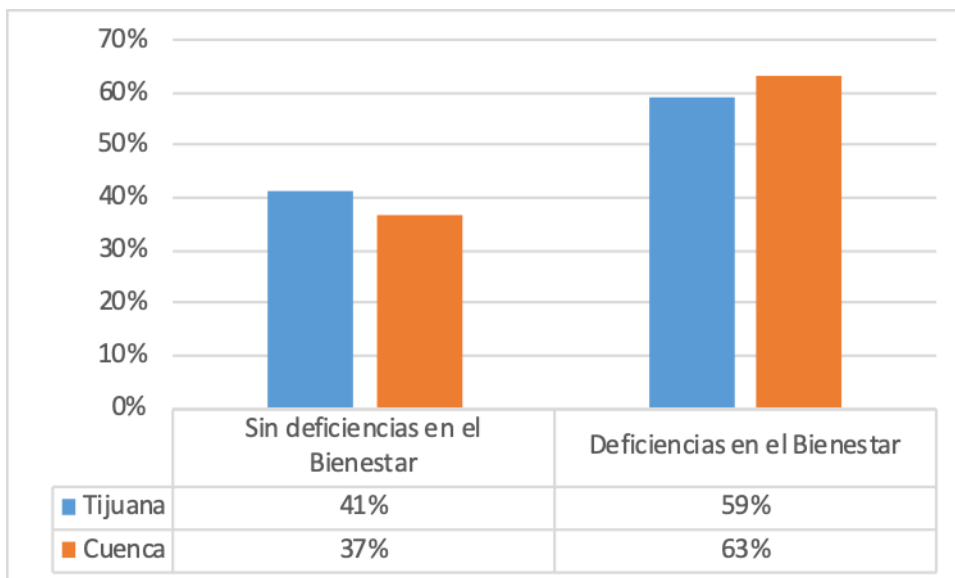
Figura 43. Estado de Salud subjetivo, Tijuana y Cuenca



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En cuanto al indicador de bienestar se encontró que en Tijuana el 41% de personas tiene deficiencias en el bienestar, mientras tanto en Ecuador el 36.6%; además las personas sin deficiencias en México fueron el 59% y en Ecuador el 63.4%. (figura 44).

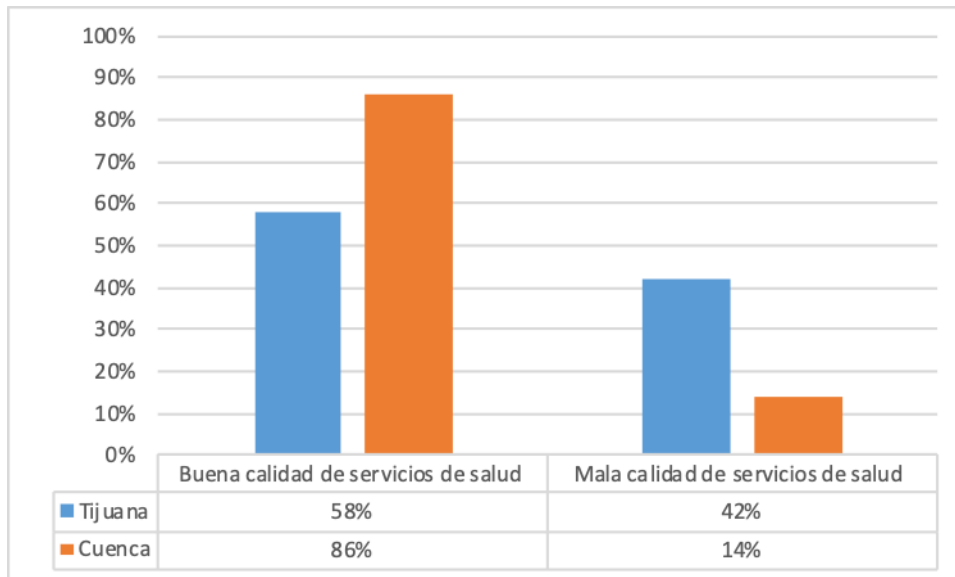
Figura 44. Bienestar en Cuenca y Tijuana



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

En cuanto a la relación de la calidad de los servicios de salud se encontró que solamente el 14% de las personas en Ecuador-Cuenca piensan que su servicio de salud es de mala calidad y en México-Tijuana el 57.8% piensa que es de mala calidad (figura 45).

Figura 45. Calidad de servicios de salud, en Cuenca y Tijuana



Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.6. Relación bienestar y servicios de salud.

IV.6.1. Relación general

Al relacionar el bienestar según la óptica de Sen, se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre tener menor bienestar y tener un servicio de salud de mala calidad ($p=0.025$), por tanto, existe un 54% de probabilidad que si una persona tiene una mala calidad subjetiva de los servicios de salud también tendrá una disminución en el bienestar (tabla 17).

Otro punto de la teoría de las capacidades es el funcionamiento de estar o sentirse sano para llegar al bienestar, se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre un mal estado de salud y disminución en el bienestar ($p=0.005$) las personas que tengan un mal estado de salud tienen un 74.8% de probabilidades de tener una disminución en el bienestar (tabla 17).

Para lograr completar el acceso a algún tipo de servicio de salud, es tener un tipo de seguro de salud ya sea público o privado, en la relación de tener o no un seguro no se encontró relación con un aumento o disminución del bienestar. ($p=0.287$) (tabla 17).

Otro parámetro importante es los gastos extras que se realizan para salud, según la Organización Mundial de la Salud estos gastos extras no pueden superar el 20% de los ingresos personales por mes, relacionando el gasto y el bienestar se encontró que el cuando existe más gasto en salud hay mayor probabilidad de una disminución del bienestar ($p=0.0001$) (tabla 17).

Tabla 17. Análisis Bi-variado General

<i>Disminución en el Bienestar</i>	OR	IC 95%		%OR	IC 95%		P
Mala calidad del SS	1.181	1.021	1.365	54.1	50.5	57.7	0.025
Mal estado de salud	2.962	2.589	3.39	74.8	72.1	77.2	0.005
No tener seguridad salud	1.11	0.915	1.34	52.6	47.8	57.3	0.287
Gasto catastrófico	1.23	1.085	1.408	55.2	52.0	58.5	0.001

Fuente: Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE), 2017-2018.

IV.6.2. México-Tijuana

En México-Tijuana (tabla 18), al relacionar la calidad subjetiva y el aumento o disminución del bienestar se encontró que existe la probabilidad 56% de las personas que tienen una apreciación de un servicio de salud de mala calidad tengan una disminución en el bienestar siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0.0011$)

En cuanto a la sensación de un buen estado de salud se encuentra que las personas que existe un 78.9% de probabilidad que las personas que tengan un mal estado de salud subjetivo también tengan una disminución en el bienestar, siendo esta relación estadísticamente significativa, ($p=0.000$).

El tener un seguro de salud y la relación con el bienestar se encontró que hay un 77.8% de probabilidad que las personas que no tengan ningún tipo de seguro de salud tengan una disminución en el bienestar ($p=0.012$)

Por último, se valora el gasto superior al 20% de los ingresos mensuales, encontrándose que el 56.9% de las personas que gastan más del 20% de sus ingresos tienen una disminución en el bienestar ($p=0.01$)

Tabla 18. Análisis bi-variado México-Tijuana

Disminución en el Bienestar	OR	IC 95%		%OR	IC 95%		P
Mala calidad de SS	1.28	1.057	1.551	56.1	51.4	60.8	0.011
Mal estado de salud	3.74	2.89	4.84	78.9	74.3	82.9	0.0001
No seguridad de salud	3.504	3.068	4.003	77.8	75.4	80.0	0.012
Gasto catastrófico	1.318	1.117	1.555	56.9	52.8	60.9	0.01

Fuente: Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE), 2017-2018.

IV.6.3. Ecuador-Cuenca

Al analizar la relación entre la calidad subjetiva del servicio de salud y el bienestar (tabla 19) se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($p=0.532$), la probabilidad arrojada por el odds ratio es cercana a 1 por tanto el evento puede o no suceder. En cuanto al estado de salud subjetivo se encontró que el 84.4% de las personas que tienen un mal estado tienen una disminución en el bienestar, ($p=0.001$).

En la variable seguro de salud y su relación con el bienestar no existe relación entre no tener un seguro de salud y una disminución o aumento en el bienestar. ($p=0.56$). Se analizó el gasto extra en salud superior al 20% del total de los ingresos mensuales, sin encontrar relación estadísticamente significativa ($p=0.459$)

Tabla 19. Análisis bi-variado Ecuador-Cuenca

Disminución en el Bienestar	OR	IC 95%		%OR	IC 95%		P
Mala calidad SS	0.93	0.742	1.116	48.2	42.6	52.7	0.532
Mal estado de salud	5.425	3.761	7.826	84.4	79.0	88.7	0.001
No seguridad de salud	0.45	0.39	0.75	31.0	28.1	42.9	0.56
Gasto catastrófico	0.921	0.74	1.146	47.9	42.5	52.7	0.459

Fuente: Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE), 2017-2018.

IV.7. Servicios de salud y otras variables

IV.7.1. Análisis general

Se analizó la relación entre el país-ciudad y el tener un servicio de salud de mala calidad (tabla 20), se encontró una relación estadísticamente significativa entre tener un mal servicio y vivir en México-Tijuana ($p=0.001$).

El salario también es una variable para tomar en cuenta, ya que no se obtuvieron valores estadísticamente significativos para la relación entre tener un menor salario y cambios en la apreciación del servicio de salud. ($p=0.079$)

En cuanto al gasto en salud superior al 20% de los ingresos, las personas que gastan más dinero tienen un 74.4% de probabilidad de tener una apreciación mejor del servicio de salud al cual acuden. ($p=0.000$)

Por último, se analizó el tener o no un seguro de salud, obteniéndose valores estadísticamente significativos, las personas que no tienen un seguro de salud tienen un 65.5% de probabilidad de acceder a un servicio de salud de mala calidad ($p=0.000$)

Tabla 20. Análisis bi-variado Tijuana-Cuenca

Mala calidad SS	OR	IC 95%		%OR	IC 95%		P
País MX-TJ/EC-CU	1.783	1.57	2.01	64.1	61.1	66.8	0.001
Salario	0.894	0.789	1.013	47.2	44.1	50.3	0.079
Gasto catastrófico	2.911	2.551	3.321	74.4	71.8	76.9	0.000
Seguro salud	1.901	1.666	2.171	65.5	62.5	68.5	0.000

Fuente: Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE), 2017-2018

IV.7.2. México-Tijuana

En México-Tijuana la relación entre el salario y la calidad de los servicios de salud (tabla 21), se encontró que el 44.5% la población que tienen menor ingreso tiene acceso a servicios de salud de mala calidad ($p=0.026$)

De igual manera se encontró relación entre el gasto superior al 20% de los ingresos y tener un servicio de mala calidad ($p=0.000$); además, se encontró la misma relación entre no tener seguro y acceder a un servicio de mala calidad ($p=0.000$)

Tabla 21. Análisis bi-variado México-Tijuana

Mala calidad SS	OR	IC 95%		%OR	IC 95%		P
Salario	0.803	0.0662	0.974	44.5	6.2	49.3	0.026
Gasto catastrófico	2.792	2.371	3.299	73.6	70.3	76.7	0.000
Seguro salud	2.149	1.756	2.629	68.2	63.7	72.4	0.000

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.7.3. Ecuador-Cuenca

En las encuestas realizadas en Cuenca, Ecuador (tabla 22) no se encontró relación estadísticamente significativa entre el salario y tener un servicio de salud de mejor o mejor calidad ($p=0.77$). Se encontró relación estadísticamente significativa entre gastar más 20% de los ingresos y el acceso a un servicio de salud de mala calidad, ($p=0.0001$). Por último, no se encontró también una relación estadísticamente significativa entre no tener y acudir a un servicio de salud de mala o buena calidad.

Tabla 22. Análisis bi-variado Ecuador-Cuenca

	OR	IC 95%		%OR	IC 95%		P
Salario	1.025	0.867	1.213	50.6	46.4	54.8	0.77
Gasto catastrófico	2.596	2.069	3.256	72.2	67.4	76.5	0.0001
Seguro salud	0.886	0.113	0.889	47.3	31.9	48.32	0.057

Fuente: base de datos del investigador, Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE)

IV.8. Modelo de regresión lineal.

En el modelo de regresión lineal se puede demostrar que la felicidad, el salario mensual, estado subjetivo de salud y calidad de atención son las que logran mejorar el índice de bienestar.

Tabla 23. Modelo de regresión lineal

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	EE	Beta		
(Constante)	-2.013	0.188		-10.73	0.000
Mayor felicidad y satisfacción	1.607	0.054	0.33	29.824	0.000
Sin seguro de salud	-0.116	0.043	-0.031	-2.709	0.007
No gasto catastrófico	0.079	0.042	0.022	1.905	0.057
Buen estado de salud subjetivo	1.312	0.046	0.312	28.573	0.000
Mayor Salario	1.985	0.039	0.547	50.387	0.000
Buena calidad de atención	1.097	0.012	0.09	7.769	0.000
servicio privado	-0.07	0.04	-0.019	-1.732	0.083

a Variable dependiente: BIENESTAR 11

Fuente: Encuesta sobre bienestar y servicios de salud en Tijuana, México y Cuenca, Ecuador (BLITE), 2017-2018.

El salario mensual obtiene un coeficiente de 1.985 y un valor de $p=0.000$ por lo que las personas que tengan un mayor salario mensual tendrán mejores puntuaciones en el índice de bienestar, este es seguido por dos apreciaciones subjetivas como la felicidad y satisfacción en la vida con un coeficiente de 1.607 y un valor de $p=0.000$, siendo que las personas que se sienten felices y satisfechas con la vida que han tenido presentan puntuaciones altas en el índice de bienestar.

La calidad de atención de los servicios en salud presenta un coeficiente de 1.097 y un valor de $p=0.000$ siendo estadísticamente significativos, a mayor calidad del servicio mayor puntuación en el índice de bienestar, a esta variable se suman que las personas que no tienen un seguro de salud presentan una disminución en el bienestar ($p=0.007$). Las variables de servicio de salud privado y las personas sin seguro de salud no son estadísticamente significativas, pero se observa que estas dos disminuyen los índices de bienestar.

La hipótesis propuesta es donde la calidad de la atención en salud, entendida como la dotación de infraestructura, calidez, prontitud y resultados son fundamentales para promover funcionamientos básicos como el estar sano, no logro ser resuelta pero se observa que cuando los servicios son de buena calidad no afectan de manera directa al bienestar pero si podrán influir sobre los ingresos, gastos o sensaciones como la felicidad, satisfacción o la apreciación del estado de salud que son funcionamientos determinantes para llegar al bienestar.

V. Conclusiones

Estar sano es un hecho complejo y diverso, tiene dos grandes vertientes, una objetiva la biológica y una subjetiva basada en la sensación de no estar enfermo; sea cual sea la vertiente, muchas personas que tienen que acudir a servicios de salud, públicos o privados, para lograr mitigar o sanar sus dolencias siendo este uno de los funcionamientos más importantes, pero no el único factor que podrá hacer que las personas lleguen al bienestar como se menciona en la teoría de Sen.

En el análisis del modelo de bienestar propuesto por Sen, se analizaron varios funcionamientos que son importantes para llegar al bienestar como el estar sano, felicidad y satisfacción, estado de salud subjetivo, salario, calidad de servicios de salud, sensación de seguridad, compromiso cívico, calidad del medio ambiente, educación, redes sociales de apoyo, condiciones laborales, ingresos y la calidad de la vivienda. En donde se encontró que algunos funcionamientos son de mayor importancia para llegar al bienestar, el salario mensual recibido por los participantes es cardinal, las personas con mayores ingresos que el salario mínimo estipulado por ley en las dos ciudades son los que presentan cifras mayores de bienestar, explicando que al tener mayor capacidad económica podrá acceder a mejores servicios de educación, salud o tener un mejor hogar; además el tener un mejor salario mensual refleja una mejor condición laboral dando certeza para los años venideros.

La felicidad y la satisfacción en la vida tienen un papel fundamental en el bienestar, porque a pesar de estar sano y tener servicios de salud de calidad existen personas que no se auto perciben felices y no han logrado tener la vida que deseaban tener sino han llegado hasta donde las oportunidades le han permitido a pesar de gozar de una buena salud. Como se menciona con anterioridad, el estar sano sí es un funcionamiento importante para llegar al bienestar, pero no es lo único y no es suficiente, es necesario que las personas gocen de otros factores básicos como la educación, felicidad entre otros, para llegar al bienestar.

En este estudio se determinó que existe relación relevante entre las deficiencias en la calidad del servicio de salud con una disminución en el índice de bienestar; por tanto, las personas que acuden a servicios de salud de baja calidad tienen deficiencias en el

bienestar ya que el servicio no logra resolver sus dolencias y la persona se ve en la disyuntiva de seguir enfermo o acudir a servicios privados que mejoren su condición, pero disminuyendo sus ingresos mensuales. Es necesario recalcar y entender a la mala calidad de los servicios de salud como la insatisfacción con la atención, tiempos de espera prolongados tanto para las citas como para ser atendido y una impresión negativa sobre la infraestructura del servicio son determinantes para el estado de salud de las personas ya que es afectado el funcionamiento básico de estar sano, lo que a su vez disminuye el índice de bienestar.

Cuando se analiza el servicio de salud en Tijuana y el índice de bienestar de los encuestados se encontró la misma tendencia que en el análisis general, las personas que acuden a servicios de salud de baja calidad tienen una disminución en el índice de bienestar. El acudir a un servicio de salud de baja calidad ocasiona el aumento de los gastos de bolsillo, porque las personas por la necesidad de mejorar su estado de salud se ven obligados a acudir a servicios privados de altos costos. Existe un mayor daño en el estado de salud que ya estuvo afectado, hay una pérdida de tiempo y ausencias laborales que generan descenso en los ingresos familiares; todos estos eventos se pueden originar por la baja calidad de los servicios de salud.

En Cuenca, no se repite la tendencia encontrada en el análisis general, los datos no fueron estadísticamente significativos entre la calidad del servicio de salud y el índice de bienestar, se demostró que los servicios de salud tienen una buena aceptación y mejor calidad que los de su contraparte en Tijuana. Cuando el servicio de salud cumple con su objetivo primordial que es mejorar la condición de salud de sus usuarios, previene la necesidad de incurrir en gastos de bolsillo o acudir a otro tipo de servicio de salud, esto se expresa en nuevos gastos no planificados, tiempo perdido, entre otros. Sin embargo, al analizar cada componente por separado se observa que cuando el gasto de bolsillo en salud aumenta (superior 20% del total de ingresos mensuales) el bienestar disminuye, demostrándose lo propuesto por la Organización mundial de la salud sobre la atención empobrecedora entendida como el aumento de los gastos extra en salud lo que se traduce en que las personas tengan que vivir en condiciones de pobreza transitoria disminuyendo su nivel de bienestar.

Con un servicio de salud de buena calidad los usuarios tendrán una cierta confianza de que sus problemas de salud en cierta medida tienen solución y podrán, por ende,

destinar sus recursos económicos en otras acciones o actividades. Como la teoría de Sen comenta que si las personas cumplen con el funcionamiento básico de estar sanos pueden poco a poco acceder a otros funcionamientos y llegar al bienestar.

Se demuestra que las políticas que existen en cada país son cardinales para que las personas puedan llegar al bienestar, el hecho de generar políticas públicas, leyes, reglamentos, estrategias en salud es primordial para mejorar los servicios de salud y sobre todo para generar un ambiente de confianza en el servicio en la que el usuario o paciente tenga la certeza de que sus problemas puedan tener solución. El Ecuador tiene un sistema de salud universal y gratuito consagrado en la constitución y se observa que la mejor aplicación de las políticas de gratuidad logra brindar atención a los ciudadanos, esto se expresa en un menor gasto de bolsillo de los usuarios de los servicios de salud.

Los cambios realizados en los últimos 15 años en Ecuador lograron mejorar un sistema de salud raquítico que no brindaba atención gratuita, que no conseguía satisfacer las necesidades de la población. Después de los cambios de estructura en el sistema se ha logrado prestar atención de manera gratuita a toda la población que así lo requiera, se ha priorizado el sistema de atención primaria de salud centrado en el usuario o paciente, a esto se suman muchas instituciones, ministerios, todos integrados en el Plan Nacional del Buen Vivir. Sin embargo, el sistema actual de salud no ha logrado cubrir el 100% de las recetas o tratamientos y existen tiempos de espera largos tanto para la atención como para la cita.,

El gran crecimiento del sector público en la salud en el Ecuador hace que casi 7 de cada 10 personas que acuden a los servicios de salud prefieran hacerlo a un servicio público, antes de los cambios esto no llegaba a ser ni 5 de cada 10 usuarios. Esta gran inversión afectó de manera directa al sector privado que ha tenido que diversificar sus servicios (prestar servicios que no existen en el sector público) o asumir los sistemas de alianzas público-privadas para captar pacientes por medio de sistema de referencia y contra-referencia.

México intenta que su servicio de salud consiga ser de cobertura universal, pero está dividido en tres grandes sectores: se observa que por fallas del sector público, ya sea en

el Seguro Popular o en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, las personas por una mala calidad de atención expresada por los tiempos de espera prolongados para citas, insatisfacción con la atención o una apreciación negativa de la infraestructura del servicio, se ven obligadas a acudir a servicios privados lo que ha incrementado el gasto de bolsillo. La ineficiencia pública ha logrado hacer crecer el sector privado de la salud en gran medida, esta es la única salida para los usuarios. El Seguro Popular oferta servicios que no logran cubrir la gran afluencia de pacientes; el crecimiento de los servicios sanitarios no va a la par con el crecimiento poblacional, esto hace que los servicios se encuentren habitualmente saturados.

Las políticas de servicios de salud en México han logrado que un gran número de personas tengan que realizar un doble gasto en salud, existe un traslape en la utilización de los servicios de salud, es decir, son derechohabientes de la seguridad social y usuarios de los servicios privados, lo que ha aumentado el gasto en salud y la disminución de los ingresos mensuales. La demanda de los servicios públicos supera ampliamente la oferta, se tienen servicios abarrotados en los tres niveles, esto se incrementa por la concentración de servicios en los centros urbanos que dejan al resto de la población desprotegida con servicios básicos de segundo nivel y con una gran falta de servicios de tercer nivel.

En Tijuana se ha intentado fomentar el uso de los servicios de atención primaria en salud de la Secretaría de Salud y las Clínicas de Medicina Familiar de la seguridad social, pero éstas primeramente son deficientes en calidad e insuficientes para satisfacer toda la demanda. Se han convertido en un sistema de aduana de enfermedades que no cumplen con los objetivos del primer nivel de atención que son la promoción, la prevención y la educación a la población; en muchos de los casos son un filtro para el segundo nivel de atención y no existe la posibilidad de solucionar problemas para la gran mayoría de la población.

Existe una relación entre no tener seguro de salud y una disminución del estado de bienestar, casi un tercio del total de personas no tienen ningún tipo de aseguramiento en salud ya que el Seguro Popular no tiene cobertura universal. Aproximadamente 2 de cada 10 personas en Tijuana no cuentan con ningún tipo de aseguramiento de salud, no son parte del Seguro Popular, seguridad social o privada, estas personas en caso de

alguna enfermedad tendrán que dejar sus labores e invertir en sus tratamientos lo que genera una doble pérdida, ya que al no trabajar por enfermedad no se generan ingresos y el tratamiento tiene un costo. Se demuestra lo propuesto por la OMS en el 2008 sobre las condiciones de salud y la atención empobrecedora, en donde las personas que no cuentan con servicios de salud de calidad y algún tipo de seguridad de salud se ven obligados a gastar en sus tratamientos y de esta manera están obligados a vivir en condiciones de pobreza o pobreza extrema.

El cumplimiento de los derechos humanos, el fomento de los objetivos del desarrollo sostenible y otras acciones políticas pueden mejorar la condición de las poblaciones. Los cambios realizados en Ecuador en materia de salud lograron transformar un sistema que tenía sus días contados, en un sistema que a pesar de sus fallas y problemas logra dar cierto nivel de certeza y satisfacción a los usuarios. En México, con las nuevas corrientes políticas se observan vientos e cambio como la unificación de los servicios de salud y pasar de un multi-prestador público que unifique toda la oferta para así lograr satisfacer la demanda, sería importante tomar la experiencia de los cambios en materia de salud realizados en Ecuador.

Las personas pobres por no tener los recursos necesarios para sanarse de sus males físicos muchas veces prefieren seguir con su vida a pesar de todo. Acudir a cualquier tipo de servicio de salud sin importar si es privado o público significa un gasto desmedido de sus ingresos, en donde los beneficios que puede experimentar a corto plazo o a mediano plazo no son palpables. Para muchos es preferible no saber sobre el propio estado de salud, seguir con un buen estado de salud aparente, no asumir el problema y no tener ni la más mínima esperanza de solución. Es una vida teñida por la desesperanza y la desconfianza.

Bibliografía

- Camarena, L., & Von Glascoe, C. (Enero-Junio de 2007). Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 40-49.
- Cañedo, A., & Ramirez, J. (2014). *Con prospera, ¿Tendran mas oportunidades?* Centro de Investigación para el Desarrollo (CIDAC). Ciudad de México: CIDAC.
- Cañizares, A., & Santos, A. (2011). *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis*. Madrid, España: Fundación Alternativas.
- Chaudhury, N., & Hammer, J. (Winter de 2006). Missing in action: the teacher and health workers absence in developing countries. *Journal of economic perspectives*, 20(1), 91-116.
- Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires, Argentina: Colección CLACSO-CROP.
- Leigh, A., Jencks, C., & Smeeding, T. (2012). Health and economic inequality. En B. Nolan, *The Oxford Handbook of Economic Inequality*. Oxford.
- Cejudo, R. (Mayo-Agosto de 2007). Capacidades y Libertad. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, LXV(47), 9-22.
- Leon. (2015). *Del discurso a la medición: Propuesta metodológica para medir el Buen Vivir en Ecuador*. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Quito.
- CEPAL. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas.
- Linares-Perez, N., & Lopez-Arellano, O. (2012). Inequidades en la salud en México. *Gaceta Médica de México*, 148, 591-597.
- Linares-Perez, N., & Lopez-Arellano, O. (septiembre de 2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Revista de Medicina Social*, 3(3).
- CNE. (2014). *Evolución de la Participación Electoral en el Ecuador*. Quito: Consejo Nacional Electoral.
- CONEVAL. (2013). www.coneval.gob.mx. Recuperado el 13 de Noviembre de 2018, de La medición multidimensional de la pobreza en México: https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/FOLLETO_MEDICION_MULTIDIMENSIONAL.pdf

- CONEVAL. (2015). *Coneval informa los resultados de la medición de pobreza 2014*. CONEVAL, Comunicado de Prensa 005, Ciudad de Mexico.
- CONEVAL. (2017). *Ficha de Monitoreo 2016-2017 PROSPERA Programa de Inclusión Social*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México: CONEVAL.
- CONEVAL. (2018). *CONEVAL*. Recuperado el Noviembre de 2018, de medición de la pobreza: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (24 de febrero de 2017). *Camara de Diputados del H. Congreso de la Unión*. Recuperado el Abril de 2017, de Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_240217.pdf
- Cordera, R. (2017). *La perenne desigualdad*. Ciudad de México, México: UNAM-FCE.
- Lozada, G. (Mayo de 2018). *Relatos e historias en México*. Obtenido de EL SURGIMIENTO DEL IMSS: <https://relatosehistorias.mx/nuestras-historias/el-surgimiento-del-imss>
- Lucio, R., Villacres, N., & Henriquez, R. (6 de Junio de 2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(2), 177-187.
- Lustig, N. (2015). *The redistributive impact of government spending on education and health: evidence from thirteen developing countries in the commitment to equity project*. Recuperado el septiembre de 2017, de Commitment to Equity project: http://www.commitmenttoequity.org/publications_files/Comparative/CEQWPNo30%20RedisImpactGovntSpendEducHealth%20March%202015.pdf
- Domínguez-Alonso, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Publica México*, 53(2), 168-176.
- Kuklys, W. (2005). *Amartya Sen's Capability Approach, Theoretical Insights and Empirical Applications*. Berlin, Alemania: Springer.
- Baltussen, R., & Ye, Y. (1 de Febrero de 2006). International Journal for Quality in Health Care. 18(1), 30-34.
- BM. (2014). EL PAIS EN DATOS-ECUADOR. Recuperado el Abril de 2016, de Banco Mundial: <http://www.bancomundial.org/es/country/ecuador>
- BM. (2014). *PAIS EN DATOS-MEXICO*. Banco Mundial. Recuperado el abril de 2016, de Banco Mundial: <http://datos.bancomundial.org/pais/mexico>

- BM. (14 de Noviembre de 2014). *Un modelo de México para el mundo*. Recuperado el Octubre de 2017, de Banco Mundial:
<http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2014/11/19/un-modelo-de-mexico-para-el-mundo>
- BM. (2016). *Taking on Inequality, World Bank*. (I. B. Development, Ed.) Washington, USA: World Bank Grup.
- BM. (2017). *Datos*. Recuperado el septiembre de 2017, de Banco Mundial:
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=CD-US-IS-AO>
- BM. (5 de Abril de 2017). *Panorama General*. Recuperado el septiembre de 2017, de Banco Mundial Mexico:
<http://www.bancomundial.org/es/country/mexico/overview>
- Buen Vivir. (2013). *Buen Vivir, plan Nacional, 2013-2017, todo el mundo mejor*. Obtenido de Unicef:
https://www.unicef.org/ecuador/Plan_Nacional_Buen_Vivir_2013-2017.pdf
- De Belvis, A., Marino, M., Pelone, F., Basso, D., Dei Tos, G., Cinquetti, S., & Ricciardi, W. (1 de Abril de 2013). Wait watchers: the application of a waiting list active management program in ambulatory care. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 205-212.
- Deaton, A. (2015). *El gran escape, Salud, Riqueza y los organos de la desigualdad*. (I. Perrotini, Trad.) Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Diaz-Gonzalez, E., & Ramirez-Garcia, J. (2017). Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. *Papeles de Población*, 91, 65-91.
- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México*, 32(2).
- Donabedian, A. (1993). Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad. *Salud Pública de México*, 35(3).
- Drexler, J., Rojas-Reyes, R. I., Chalan, A. P., & Balarezo, D. (2015). La paridad en el mundo andino. *Maskana*, 6(2), 89-107.
- Espinosa, V., Acuña, C., De la Torre, D., & Tambibi, G. (2017). La reforma en salud del Ecuador. *Revista panam de salud pública*, 41(96), 1-3.

- Estermann, J. (2006). *Filosofía Andina, Sabiduría Indígena para un nuevo mundo*. (A. Aspiazu, Ed.) La paz, Bolivia: Instituto superior ecuménico andino de tecnología
- Fajardo-Doci, G., Gutierrez, J. P., & Garcia, S. (12 de Marzo-Abril de 2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica de Mexico*, 57(2).
- Fariño-Cortez, J., Cercado-Macero, A., Vera-Lorenti, E., Valle-Flores, J., & Ocaña-Ocaña, A. (2018). Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. *Revista Espacios*, 39(32).
- Fierros, A. (2014). Conceptos e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta Médica de México*, 150, 195-199.
- Forrellat, M. (2014). Fuente: Base de datos del investigador. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183.
- Freire, W., Ramirez-Luzuriaga, M., Belmont, P., Mendieta, M., Silva-Jaramilli, K., Romero, N., . . . Monge, R. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Garcia-Junco, D. (2012). La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular. *Gaceta Médica de México*, 148, 518-524.
- Giugale, M., Lafourcade, O., & Nguyen, V. (2001). *México a comprehensive development agenda for the new era*. Washinhton, USA: The World Bank.
- Gomez, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (Julio de 2011). Sistema de Salud de México. *Salud Publica de Mexico*, 53(2), 220-232.
- Gonzalez, F., & Mendez, A. (25 de Agosto de 2006). "Diplomado en Transparencia y Buen Gobierno: Hacia un Gobierno Abierto y Participativo". Obtenido de Mejora de las investigaciones laborales en el IMSS, substanciados en términos de las Cláusulas 55 y 55 Bis, del Contrato Colectivo de Trabajo SNTSS-IMSS: http://www.cca.org.mx/apoyos/funcionarios/admon_publica/0106.pdf
- Gonzalez, L., & Gallardo, E. (Agosto de 2012). Calidad de la Atención Médica: Diferencia entre la vida o la muerte. *Revista Digital Universitaria-UNAM*, 13(8).
- Gonzalez, M. (2017). Gasto de bolsillo en salud en América Latina (1995-2013): evolución e implicaciones de políticas. *Colección Razetti*, XIX, 135-170.

- Guichot-Reina, V. (2015). The Martha Nussbaum's «capability approach» and its educational consequences: towards a socratic and pluralistic pedagogy. *Teoría de la Educación*, 27(2), 45-70.
- Han, B.-C. (2010). *La Sociedad del Cansancio*. (A. Saratxaga, Trad.) Barcelona, España: herder.
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., & Balabaanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organization*, 95, 368-374.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2017). *World Happiness Report 2017*. New York: United Nations.
- Hinostroza, D. (2008). Gasto catastrófico en salud en el hogar, seguro público y patología: su relación con el incumplimiento en el Ecuador de los Objetivos del Milenio. *Revista Ecuatornia de Pediatría*, 1, 38-50.
- IESS. (2017). *Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*. Obtenido de ¿Quiénes somos?: <https://www.iess.gob.ec/es/inst-quienes-somos>
- INEC. (2012). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares urbanos y rurales 2011- 2012*. Instituto Nacional de estadística y censos, Quito.
- INEC. (2014). *Informe de Resultados ECV 2013-2014*. Instituto Nacional de estadística y Censos, Quito.
- INEC. (2015). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, Indicadores Laborales*. Instituto Nacional de Estadística y censo, Quito-Ecuador.
- INEC. (2017). *Instituto Nacional de Estadística y censos*. (G. d. Ecuador, Productor) Recuperado el abril de 2017, de Estadísticas : <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- INEC. (Diciembre de 2018). *Empleo-Diciembre 2018*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y cesos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/empleo-diciembre-2018/>
- INEGI. (2014). *Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cifras durante el cuarto trimes- tre de 2013*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Ciudad de México.
- INEGI. (2015). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el Septiembre de 2017, de Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2015:

- http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/AEGPEF_2015/702825077297.pdf
- INEGI. (7 de Febrero de 2017). *Instituto Nacional de estadística y geografía*. Recuperado el Abril de 2017, de población, Hogares y vivienda: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
- INSP. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca Mexico: Carlos Oropeza Abúndez.
- Ishikawa, K. (1987). *What is total quality control? : The Japanese way*. Japan: Englewood Cliffs.
- Jimenez-Barbosa, W., Granda-Kuffo, M., Avila-Guzman, D., Cruz-Diaz, L., Florez-Parra, J., Mejia, L., & Vargas-Suarez, D. (24 de Marzo de 2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Universidad y Salud*, 126-139.
- Kaba, R., Opuku, S., Janssens, W., Spieker, N., Van Ostenberg, P., Kojo, D., & Pradhan, M. (14 de Octubre de 2014). Comparison of Perceived and Technical Healthcare Quality in Primary Health Facilities: Implications for a Sustainable National Health Insurance Scheme in Ghana. *PLOS-one*, 10(1371), 1-19.
- Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 31(7).
- MAI. (Agosto de 2015). *Modelo de atención integral de salud (MAI)*. Recuperado el Abril de 2017, de Documento de Arranque: <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/83268/ModeloAtencionIntegral.pdf>
- Martinez, R., & Soto, E. (2012). El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Política y Cultura* (37), 35-64.
- Ministerio del Trabajo. (Diciembre de 2017). *Ministerio del Trabajo*. Obtenido de Ministerio del Trabajo establece Salario Básico Unificado 2018.: <http://www.trabajo.gob.ec/ministerio-del-trabajo-establece-salario-basico-unificado-2018/>
- Ministerio de Educación . (2015). *Estadísticas Educativas, reporte de Indicadores*. Ministerio de Educación, Quito.

- Molina, C. (2006). *Universalismo básico : Una nueva política social para América Latina* (Banco Interamericano de Desarrollo ed.). Ciudad de México, México: Editorial Planeta Mexicana, S.A. de C.V.
- Monereo, C. (2015). Martha C. Nussbaum – Otro Enfoque para la Defensa del Ser Humano y de los Derechos de las Mujeres. *Seqüência*(79), 93-114.
- Moreno-Brid, J., & Ros, J. (2009). *Development and Growth in the Mexican Economy*. Oxford, New York, USA: Oxford University Press.
- Morocho, S. (Septiembre de 2015). *Universidad de Murcia*. Obtenido de Biblioteca Universitaria-DIGITUM: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/46021>
- MSP. (2012). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el abril de 2017, de Instituciones MSP:
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- MSP. (2013). *Valores/Misión/Visión*. Recuperado el 2019, de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/valores-mision-vision/>
- MSP. (2017). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud celebra 50 años de vida institucional: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-celebra-50-anos-de-vida-institucional/>
- Murayama, C., & Ruesga, S. (2016). *Hacia un sistema nacional público de salud en México* (Vol. 1). Ciudad de México, México : Universidad Nacional Autónoma de México.
- Naciones Unidas. (Septiembre de 2015). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Recuperado el Septiembre de 2017, de Naciones Unidas:
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/inequality/>
- Neri, R. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Ciudad de Mexico, Mexico.
- Nussbaum. (2012). *Crear Capacidades, propuesta para el desarrollo humano*. (A. Santos, Trad.) Barcelona, España: Paidós.
- Nussbaum, M. (1995). *Women, Culture, and Development: A Study of Human Capabilities*. Oxford, USA.
- OCDE. (2017). *How's life? 2017, measuring well-being*. Paris, Francia: OECD publishing.
- OCDE. (2017). *Multilingual Summaries How's Life? 2017 Measuring Well-being*. Francia: OECD publishing.

- OCDE. (2017). *OCDE, Better life index*. Recuperado el Mayo de 2018, de OCDE:
<http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/#/11111111111>
- OMS. (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. World Health Report, Organización Mundial de la Salud, Ginebra-Suiza.
- OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- OMS. (2010). *Informe Sobre Salud En el Mundo, LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD*. Informe Mundial, Organización Mundial De la Salud , Ginebra-Suiza.
- OMS. (2010). Más dinero para salud. En OMS, *Informe sobre la salud en el mundo y financiación para la cobertura universal* (págs. 21-42). Ginebra, Suiza.
- OMS. (2013). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el abril de 2016, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/countries/ecu/es/>
- OMS. (2013). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el abril de 2016, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/countries/mex/es/>
- OMS. (Diciembre de 2015). *Salud y derechos humanos, Nota descriptiva Nro ·323*. Recuperado el Febrero de 2017, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OMS. (2015). *World health statistics 2015* (Vol. 125). Geneva: World Health Organization .
- OMS. (2017). *www.who.com*. Recuperado el 13 de noviembre de 2018, de Water and Sanitation for Health Facility Improvement Tool (WASH FIT): <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254910/9789241511698-eng.pdf;jsessionid=449385AA998AEEBC21C1B64A0F0018DA?sequence=1>
- OMS. (2018). *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. Ginebra, Suiza: World Health Organization .
- OMS y ONU. (1978). *Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. Organización Mundial de la Salud y Organización de naciones Unidas, Alma Ata.
- OPS. (10 de octubre de 2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el Octubre de 2017, de Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en

- Ortega, M. (2017). *Los Rostros del IMSS*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Outomuro, D., & Actis, A. (Marzo de 2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *revista médica de chile*, 141.
- Outomuro, D., & Actis, A. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista medica de Chile*, 141, 361-366.
- Perticara, M. (abril de 2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *CEPAL Series Políticas Sociales*(141).
- PNUD. (2016). *Informe sobre el fortalecimiento de la integridad e institucionalidad del padrón de beneficiarios de prospera programa de inclusión social*. Programa de naciones unidad para el desarrollo. Ciudad de México: Sonideas.
- Population Division. (2015). *United Nations Department of Economics and Social Affairs*. Recuperado el sept de 2017, de Population indicators for the period 2010-15: http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.html
- Ramirez, R. (2010). *La felicidad como medida del Buen Vivir en Ecuador Entre la materialidad y la subjetividad*. Quito: SEMPLADES.
- República del Ecuador. (1979). *Constitución política del año 1979*. Quito, Pichincha, Ecuador.
- República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador* . Quito.
- Rodriguez, A., & Rodriguez, M. (1998). Historia de la salud publica en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5(2).
- Schweinhart, L., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, S., Belfield, C., & Nores, M. (2005). The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40. *High/Scope Press*, 20.
- Sachs, J. (8 de septiembre de 2012). Achieving universal health coverage in low-income settings. *The Lancet*, 380(9845), 944-947.
- Sasso, J. (10). La Seguridad social en el Ecuador, historia y cifras. *Programa de Políticas Públicas-FLACSO-Ecuador*, 19-21.
- Saturno, P. (2005). *Modelos de gestión de la calidad aplicados a la atención primaria*. Murcia.
- Saturno, P. (2015). *Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud*. Cuernavaca, Morelos, México.

- Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud.
- Sen, A. (1982). *Choice, Welfare and Measurement*. Blackwell Publishers.
- Sen, A. (Jul de 1983). Poor, Relatively Speaking. *Oxford Economic Papers*, 35(2), 153-169.
- Sen, A. (1984). *Resources, values and development*. Cambridge, Massachusetts, EEUU: Harvard University Press.
- Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*. Amsterdam, North-Holland.
- Siciliani, L., & Hurst, J. (2003). Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. En *OECD HEALTH WORKING PAPERS* (Vol. 7). Francia: OECD.
- Siciliani, L., & Verzulli, R. (2009). Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Economics*, 18(11), 1295-1306.
- Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector*. OECD Publishing.
- Soto, I., & Cortez, W. (2014). Determinantes de la participación en México. *Estudios Sociológicos*, XXXII(95), 323-354.
- Stiglitz, J. (2013). *The Price of Inequality*. USA.
- Stravrunova, O., & Yerokhin, O. (2011). An Equilibrium Model of Waiting Times for Elective Surgery in NSW Public Hospitals. *The Economic Record*, 87(278), 384-398.
- Tamez, S., & Eibenschutz, C. (Diciembre de 2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud . *Revista de Salud pública*, 10(1), 133-145.
- Topp, S., Chipukuma, J., & Hanefeld, J. (14 de Mayo de 2015). Understanding the dynamic interactions driving Zambian health centre performance: a case-based health systems analysis. *Health Policy and Planning*, 30(4), 485-499.
- Tsai, T., Jha, A., Gawande, A., Huckman, R., Bloom, N., & Sudan, R. (Agosto de 2015). Hospital Board And Management Practices Are Strongly Related To Hospital Performance On Clinical Quality Metrics. *HEALTH AFFAIRS*, 34(8).
- Urquijo, M. (Diciembre de 2014). La Teoría de las capacidades en Amartya Sen . *EDETANIA*(46), 63-80.

- Vance-Mafla, C. (2013). Acuerdo Ministerial No.00004288. *Ministerio de Salud Pública*.
- Viesca, C. (14 de Octubre de 2018). *Gobierno de México*. Obtenido de Secretaría de Salud 75 años: <https://www.gob.mx/salud/75aniversario/articulos/1943-nace-la-secretaria-de-salubridad-y-asistencia>
- Xu, K., Evans, D., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A., Musgrove, P., & Evans, T. (July-agust de 2007). Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health Affairs*, 26(4), 972-983.
- Young, D. (2004). A Close up of Voter Turnout: Survey Data From Africa. *Reunión anual de The Midwest Political Science Association*. Chicago.