



DOCTORADO EN GESTION DE LAS ORGANIZACIONES



TESIS

GASTO PÚBLICO EN SALUD DEL LACTANTE: CASO HOSPITAL GENERAL DE
LOS MOCHIS, SINALOA.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN GESTIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

Presenta:

Narce Dalia Reyes Pérez

Director

Dr. Nicolás Guadalupe Zúñiga Espinoza

Tepic, Nayarit., junio de 2020.



TESIS
GASTO PÚBLICO EN SALUD DEL LACTANTE: CASO HOSPITAL GENERAL DE
LOS MOCHIS, SINALOA.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN GESTIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

Presenta:
Narce Dalia Reyes Pérez

Jurado que aprobó el trabajo escrito de tesis para su defensa en el examen oral:

Dr. Nicolás Guadalupe Zúñiga Espinoza
Director

Dr. Gilberto Aboites Manrique
Co-director

Dr. José Gerardo Ignacio Gómez Romero
Lector

Dr. Francisco Javier Hernández Ayon
Lector

Dr. Francisco Martín Villarreal Solís
Lector

Dedicatoria y/o Agradecimientos

A mi familia pilares de vida. A ti José, mi amor y compañero de vida, porque siempre has estado conmigo, agradezco tu confianza, paciencia, tolerancia, respaldo y motivación. A mis grandes hijos José y Frank, por ser pacientes. A mi bella madre Carmelita y mis hermanos Carlos, Osvaldo, José y Leonardo (+), junto a sus respectivas familias, por tolerar mi ausencia. A mis suegros y familia de mi esposo, quienes constituyen mi extensión familiar.

Además, quiero extender mi agradecimiento a quienes permitieron que fuese parte de este programa académico, quienes hicieron posible él que me encuentre cerrando este ciclo de formación profesional. Al Dr. Nicolás Guadalupe Zúñiga Espinoza y Dr. Gilberto Aboites Marique, quienes me apoyaron en esta ruta académica para cumplimiento este proyecto. Por supuesto, al Dr. Hermilio Hernández Ayón, Dr. José Gerardo Ignacio Gómez Romero, Dr. Leonardo Vázquez Rueda, Dra. Alicia del Carmen Valencia Ovalle, Dr. Eduardo Meza Ramos y Dr. Miguel Ángel Meléndez Guerrero (+).

A mis grandes docentes que sembraron la esperanza, posturas y acompañamiento sin distinción, valoro mucho su entrega y dedicación: Dra. Hernández, Dr. Gurrola, Dr. Becerra, Dra. Suástegui, Dr. Francisco Ayón, Dra. Marceleño, Dr. Osuna, Dra. Saldaña, Dr. Ovalles, Dr. Soto, Dr. Villareal y Dra. Ramírez.

A mis líderes laborales de la Facultad de Enfermería a la maestra Luz Ester Verdugo Blanco y Laura Elena Reyes Barribas. Al Director de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Dr. Mario Nieves y al M.C. Manuel Efrén Siu. Asimismo, a los líderes de mi hospital a Perla Verduzco, Consuelo Félix, Dr. Peñuelas, Dr. Salcido, Dr. Gámez y Dr. Loza Rivera, Dr. Álvarez y Dra. Hernández, también a mis líderes sindicales Profesor Arcelia Prado, Dra. Karina Betancourt y Dr. Antonio Briseño, quienes estuvieron siempre presente y permitieron forjar mi conocimiento. Además a mis compañeros de trabajo y del programa Doctorado en Gestión de las Organizaciones, del cual surgieron muestras de grandes amigos quienes llegaron para quedarse.

Índice General

	Pág.
Dedicatoria y/o agradecimientos.....	ii
Índice general.....	iii
Tablas y figuras.....	vi
Lista de abreviaturas y símbolos.....	viii
Resumen.....	xii
Summary.....	xiv
Introducción.....	1
Objetivos.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
Capítulo I. Marco teórico.....	7
1.1. Gasto público.....	8
1.2. Política pública para el gasto público en salud.....	10
1.2.1. Política pública internacional.....	11
1.2.2. Política pública nacional.....	12
1.2.3. Política pública estatal por Sinaloa.....	16
1.2.4. Política pública por el municipio de Ahome, Sinaloa.....	17
1.3. Relación entre gasto público y salud en México.....	18
1.4. Reformas estructurales del sector salud en México.....	23
1.5. Organizaciones de salud públicas con financiamiento.....	24
1.6. Políticas de programas sociales y de salud que incluyen la alimentación infantil en México.....	26
1.7. Relación entre gasto público y salud del lactante.....	29
1.7.1. Escenario de salud de acuerdo a la morbi-mortalidad: casos del niño menor de 1 año de México-Sinaloa.....	31
1.7.2. Descripción del niño lactante.....	36
1.8. ¿Por qué es importante la nutrición del lactante?.....	37
1.9. Banco de Leche Materna (BLM) como estrategia de gobierno para acercar el alimento y la nutrición al lactante.....	39
1.10. Relación teórica entre gasto público, pobreza y salud del lactante.....	41
1.11. Gasto en salud respecto al PIB.....	46
1.12. Marco jurídico-normativo.....	47
Capítulo II. Metodología.....	57
2.1. Método.....	58
2.2. Fase 1. Diagnóstico.....	59
2.2.1. Universo: contexto de la organización de salud.....	59
2.2.2. Población.....	59
2.2.3. Muestra y muestreo.....	60
2.2.4. Técnica de recolecta de la información.....	62
2.2.5. Instrumento para la recolección de la información.....	63
2.3. Fase 2. Estudio del sujeto de interés inserto en la organización.....	66
2.3.1. Universo: áreas delimitadas de la organización en estudio.....	67

3.3.2. Población.....	67
2.3.3. Muestra y muestreo.....	67
2.3.4. Técnica de recolecta de la información.....	69
2.4. Aspectos éticos.....	72
Capítulo III. Resultados y discusión.....	73
3.1. Resultados de la fase 1: Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS).....	73
3.1.1. Antecedentes.....	74
3.1.2. Infraestructura e instalación física.....	76
3.1.3. Autoridades y organigrama.....	79
3.1.4. Población.....	81
3.1.4.1. Productividad.....	81
3.1.5. Estructura para la prestación de servicios.....	84
3.1.5.1. Relación laboral del personal.....	85
3.1.5.2. Marco jurídico.....	87
3.1.5.3. Marco técnico.....	88
3.1.6. Recurso tecnológico.....	88
3.1.7. Fuentes de financiamiento.....	89
3.1.8. Análisis y priorización del problema.....	91
3.2. Resultados de la fase 2. Estudio del sujeto de interés inserto en la organización.....	96
3.2.1. Crecimiento poblacional.....	96
3.2.2. Desempleo y pobreza.....	102
3.3. La evolución del gasto público en salud.....	103
3.4. Evidencia de entrevistas para conocer gasto de bolsillo.....	106
3.5. Estimación de gasto público en salud del lactante en el HG-JKR.....	117
3.6. El gasto de bolsillo en leche de lata.....	123
3.7. Propuesta de intervención.....	126
3.7.1. Presupuesto.....	128
3.7.2. Metodología.....	129
3.7.2.1. Descripción de propuesta metodológica para la implementación de BLM.....	130
a) Fase de descripción de elementos.....	131
b) Fase de diseño.....	137
c) Fase de gestión.....	137
d) Fase de propuesta de implementación.....	137
Capítulo IV. Conclusiones.....	138
Referencias.....	145
Anexos.....	179
Anexo 1. Código y puesto funcional.....	180
Anexo 2. Carta de gestión en vinculación al responsable legal de la doctorarte.....	184
Anexo 3. Carta de aceptación emitida por el director de la organización de salud.....	185
Anexo 4. Carta de consentimiento informado.....	186
Anexo 5. Diagnóstico a quien se asignó el nombre de diagnóstico.....	

organizacional para instituciones de salud (DOIS).....	187
Anexo 6. Entrevista semi-estructurada para el estudio del sujeto de interés inserto en la organización.....	190
Anexo 7. Cédula de consentimiento para el uso de sucedáneos del proyecto de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna (2 de mayo del 2018).....	192

Tablas y Figuras

Tablas

	Pág.
Tabla 1. Presupuesto de egresos de la federación 2019 (pesos), unidad responsable (Ramos).....	21
Tabla 2. Programa prioritario para 2020 (millones de pesos corrientes). Ramo de salud, de acuerdo al programa presupuestario.....	22
Tabla 3. Evolución de los programas sociales enfocado a la alimentación y salud de la población que tiene implícita a los lactantes, durante 1988-2018.....	28
Tabla 4. Principales causas de enfermedades en menores de un año, a nivel nacional y por el estado de Sinaloa, durante 2017.....	32
Tabla 5. Indicadores demográficos en la República Mexicana y el estado de Sinaloa, 2017.....	33
Tabla 6. Consulta de control pre-natal, en la república mexicana y el estado de Sinaloa, 2017.....	33
Tabla 7. Mortalidad fetal según la frecuencia del número de consultas realizada por las madres durante la atención pre-natal, en la república mexicana y el estado de Sinaloa, 2017.....	34
Tabla 8. Reuniones cumbre a favor de la alimentación infantil.....	37
Tabla 9. Costos asociados con la lactancia inadecuada.....	42
Tabla 10. Literatura sobre impacto del gasto público en salud.....	43
Tabla 11. Gasto público como proporción del PIB, estudio de 13 países.....	47
Tabla 12. Ponderación según componente de magnitud del problema.....	65
Tabla 13. Camas censables y no censables del HG-JKR.....	77
Tabla 14. Ingresos hospitalarios, ocupación día-estancia-cama, 2017.....	82
Tabla 15. Ingresos por especialidad al servicio de urgencias médicas, 2017.....	83
Tabla 16. Causas de egreso hospitalario, 2017.....	84
Tabla 17. Plantilla laboral, 2017.....	86
Tabla 18. Equipo electromédico y de diagnóstico clínico.....	89
Tabla 19. Catalogación del problema donde se encuentra el niño lactante.....	92
Tabla 20. Indicadores de pobreza en Sinaloa, 2010.....	95
Tabla 21. Ramo 33, ejercicio fiscal de 2019 para entidades federativas de México.....	99
Tabla 22. Fondo de aportaciones para los servicios de salud en Sinaloa (2019).....	100
Tabla 23. Propuesta de distribución de recursos del FASSA (2019).....	101
Tabla 24. Población infantil menor de 5 años atendida en los servicios de urgencias durante el periodo comprendido de 1993-2017.....	119
Tabla 25. Gasto público en servicios médicos a menores de 5 años.....	121
Tabla 26. Datos de campo sobre precios de leche enlatada (400 gr) para niñas y niños en 2019.....	124
Tabla 27. Precios de leche enlatada (400 gr) para niños y niñas en 2019.....	124
Tabla 28. Presupuesto para establecer un Banco de Leche Materna (BLM).....	129

Tabla 29. Actividades a cumplir según los procesos de la propuesta de intervención.....	132
---	-----

Figuras

	Pág.
Figura 1. Antecedentes históricos: eventos relevantes y el impacto para los servicios de salud periodo comprendido de 1983-2007.....	16
Figura 2. El financiamiento público y privado de los mercados de la salud en México.....	19
Figura 3. Descentralización del gasto público en salud.....	23
Figura 4. Tercera reforma 1999-2003.....	24
Figura 5. Oferentes de la Salud Pública en México.....	25
Figura 6. Financiamiento para IMSS, ISSSTE, PEMEX, SM y EM.....	25
Figura 7. Financiamiento para secretaría de salud.....	26
Figura 8. Gastos catastróficos en salud.....	29
Figura 9. Informantes clave del HG-JKR, durante el diagnóstico.....	61
Figura 10. Componente de eficacia para la solución de problema.....	66
Figura 11. Informantes clave del HG-JKR, del sujeto de interés inserto en la organización.....	68
Figura 12. Organigrama del HG-JKR, diseñado en noviembre de 1995.....	80
Figura 13. Tendencia de nacimientos en México, 1994-2017.....	97
Figura 14. Tendencia de nacimientos en Sinaloa, 1994-2017.....	97
Figura 15. Tendencia de nacimientos en municipio de Ahome, 1994-2017.....	98
Figura 16. Estimaciones, tendencias del flujo de gasto público de FASSA, en factor de población sin seguridad social, en el estado de Sinaloa (2019).....	100
Figura 17. Escenario conforme a la población que no tiene seguridad social por municipios en el estado de Sinaloa, 2019.....	102
Figura 18. Evolución del gasto público en salud, de 1993-2017.....	103
Figura 19. Evolución del gasto per cápita en salud, Sinaloa (1993-2017).....	104
Figura 20. Evolución de gasto público de población con y sin seguridad social.....	105
Figura 21. Evolución por fuente de financiamiento para salud.....	105
Figura 22. El rol de la madre ante la dotación de alimentos que necesita el niño.....	111
Figura 23. Población infantil menor de 5 años atendida en los servicios de urgencias según número de consultas y egresos el mismo día al hogar, durante el periodo comprendido de 1993-2017.....	120
Figura 24. Gasto en salud, niños de 0 a 5 años.....	123
Figura 25. Origen del Banco de Leche Materna (BLM).....	127
Figura 26. Propuesta metodológica: modelo para la gestión, diseño e implementación de Bancos de Leche Materna (BLM) en organizaciones públicas de salud de México.....	130

Lista de Abreviaturas y Símbolos

- BLM.** Banco de Leche Materna.
- CAUSES.** Catálogo Universal de Servicios de Salud.
- CEPAL.** Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CNDH.** Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- COFEPRIS.** Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- CONAPO.** Consejo Nacional de Población.
- CONEVAL.** Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
- CUS.** Cobertura Universal de Salud.
- DGE.** Dirección General de Epidemiología.
- DM.** Director Médico.
- DOF.** Diario Oficial de la Federación.
- DOIS.** Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud.
- DS.** Diagnóstico Situacional.
- DSUM.** Diagnóstico Situacional de Unidades Médicas.
- E.1. a E-10.** Corresponde al personal de Enfermería en forma ascendente del 1 al 10.
- ECNT.** Enfermedades Crónicas no Transmisibles.
- EM.** Ejército Mexicano.
- FAO.** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- FASSA.** Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.
- FMF.** Familiar de la madre de familia.
- FPGC.** Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
- GBM.** Grupo del Banco Mundial.
- GR.** Gobierno de la República.
- HAN.** Hospital Amigo del Niño.
- HGCV.** Hospital General de Ciudad Valle.
- HG-JKR.** Hospital General Jesús Kumate Rodríguez.

HG-LMS. Hospital General de Los Mochis, Sinaloa.

HGP. Hospital General de Puebla.

HRG. Hospital Regional de Cuernavaca.

IHAN. Iniciativa Hospital Amigo del Niño.

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social.

IMSS-O. Programa IMSS-Oportunidades.

INCAP. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INPC. Índice Nacional de Precios al Consumidor.

INSABI. Instituto de Salud para el Bienestar.

INSP. Instituto Nacional de Salud Pública.

ISO. Organización Internacional de Normalización.

ISSSTE. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

J.E. Jefa de Enfermería (actual).

J.E.A. Jefa de Enfermería Anterior

J.P.C. Jefe del Programa CAUSES.

J.R.H. Jefe de Recursos Humanos.

JDE. Jefe del Departamento de Estadística.

JEM Jefa de Enseñanza del área Médica.

JMT. Jefe de Mantenimiento.

JPHA. Jefa del Programa Hospital Amigo.

JRH. Jefe de Recursos Humanos.

LCF. Ley de Coordinación Fiscal.

LGS. Ley General de Salud.

LM. Lactancia Materna.

LME. Lactancia Materna Exclusiva.

M-1 a M-5. Corresponde a Médicos Especialistas en forma ascendente del 1 al 5.

MAIS. Modelo de Atención Integral en Salud.

MASPA. Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta.

MF.1 hasta MF 5. Corresponde a madres de los lactantes.

MGCS. Modelo de Gestión de Calidad en Salud.

MIDAS. Modelo Integrador de Atención a la Salud.

N.A. No aplica.

NOM. Norma Oficial Mexicana.

OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

ODM. Objetivo de Desarrollo de Milenio.

ODS. Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

ONU. Organización de las Naciones Unidas.

OPS. Organización Panamericana de la Salud.

PEMEX. Petróleos Mexicanos.

PHAN. Programa Hospital Amigo del Niño.

PIB. Producto Interno Bruto.

PIBE. Producto Interno Bruto Estatal.

PMA: Programa Medico de Arquitectura.

PMCCS. Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud.

PND. Plan Nacional de Desarrollo.

PO. Periódico Oficial.

PSP. Programa de Seguro Popular.

RBLH. Red de Bancos de Leche Humana.

RN. Recién Nacido.

RPBI. Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.

SAF. Secretaría de Administración y Finanzas.

SHCP. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

SINACEAM. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

SINAVE. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

SM. Secretaría de Marina.

SNS. Sistema Nacional de Salud.

SP. Seguro Popular.

SS. Secretaría de Salud.

TMI. Tasas de Mortalidad Infantil.

TMM. Tasa de Mortalidad Materna.

UCI. Unidad de Cuidados Intensivos.

UCIN. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

UCIP. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica.

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UVEM: Unidad de Vigilancia Epidemiológica Médica.

Resumen

Uno de los muchos problemas que enfrenta el gasto público en salud en México es que los servicios de salud para la población no asegurada, específicamente para los niños lactantes son insuficientes y de cuestionada calidad. Por ello, el objetivo general de la presente investigación es determinar el gasto público en salud del lactante en el Hospital General de Los Mochis, Sinaloa (HG-LMS), a través de identificar el presupuesto asignado por el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), así como estimar el gasto público en servicios asignados a los lactantes durante la hospitalización, consulta externa y medicamentos, lo que permite demostrar el costo que tiene en el bolsillo de los hogares que esta población no sea alimentada con Leche Materna (LM).

La metodología utilizada fue de tipo mixta. Se realizó en dos momentos; el primero, de tipo cualitativo, que consistió en el diagnóstico de la organización, diseñándose un instrumento que recibió en nombre de Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS); el segundo, de tipo cuantitativo, para lo cual se obtuvieron datos estadísticos de campo, permitiendo hacer estimaciones sobre gasto de bolsillo de los hogares en consultas, compra de medicamentos y hospitalización. En forma permanente se realizó observación participante, entrevistas a informantes clave y análisis de documentos y bitácoras de registro de la organización referentes a presupuesto de gasto en salud.

Los resultados indican que el gasto público del FASSA, para la población sin seguridad social, es poco clara en su asignación, pues no existe un presupuesto anual por Hospital de la Secretaría de Salud (HSS). Respecto al gasto estimado en servicios de consultas, medicinas y hospitalización que se presta a los lactantes en el HG-JKR, en el año 2017, fue de casi 12 millones de pesos, mientras que el costo de adquirir leche enlatada, fue de 128 millones de pesos (gasto que absorbió la familia). La evidencia más importante es que el 85 por ciento de la población lactante no son alimentados con leche

materna en la etapa de lactante, teniendo un costo de 108 millones de pesos para el HG-JKR.

Para mejorar el gasto público en la salud del lactante, se hace a través de propuestas innovadoras que permitan establecer un Banco de Leche Materna (BLM), orientado al bienestar de los niños y niñas lactantes. La creación de BLM surgió a través de la propuesta metodológica, dónde se vincularon dos herramientas, una de ellas es la teoría del cambio y la otra corresponde a la metodología para la construcción de proyectos de mejora de la calidad de atención médica, dichos lineamientos permiten acceder a recursos etiquetados, que podrán ser aplicados al bien común, con responsabilidad compartida entre el gobierno, prestadores de servicios de salud y la tarea que desarrollan los padres y cuidadores del lactante.

Summary

One of the many problems facing public health spending in Mexico is that health medical services for the uninsured population, specifically for children under five, are insufficient and of questionable quality. Therefore, the general objective is to determine the public spending on the health of the infant attended at the Los Mochis General Hospital, Sinaloa (GH-LMS), through identifying the budget assigned by the Contribution Fund for Health Services (CFHS), as well as estimating public spending on services performed on infants during hospitalization, outpatient visits, and for medications, which demonstrates the cost to the pocket of households that this population is not fed with breast milk (BM). The methodology used was mixed. It was done in two moments; the first, of qualitative type, was the diagnosis of the organization, designing an instrument that it received in the name of Organizational Diagnosis for Health Institutions (ODHI); the second, of quantitative type, was a case study, for which statistical field data were obtained, allowing estimates on household out-of-pocket expenses in consultations and medication purchases. On a permanent basis, participant observation, interviews with key informants and analysis of documents related to health expenditure budget and organizational logbooks were carried out.

The results indicate that CFHS public expenditure, for the population without medical social security, is not entirely clear in its allocation, since there is no annual budget per Hospital of the Ministry of Health (HMH). Regarding the estimated expenditure on consultation and medicine services in the GH-JKR, in 2017, it was almost 12 million pesos, while the cost of acquiring canned milk was 128 million pesos. The most important evidence is that 85 percent of the infant population is not fed breast milk during the first six months of their life, having a cost of 108 million pesos for the GH-JKR.

To improve public spending on child health, it is done through innovative proposals that allow the establishment of a Breast Milk Bank (BMB), aimed at the well-being of

children. The creation of BMB arises through the methodological proposal, where two tools were linked, one of them is the theory of change and the other corresponds to the methodology for the construction of projects to improve the quality of medical care, guidelines that allow Access to labeled resources, which may be applied to the common good, with shared responsibility between the government, health service providers and the task carried out by parents and caregivers of the infant.

Introducción

Dentro de los diversos problemas que se atienden en la organización de salud, se encuentra lo relativo a la nutrición del lactante, que es fundamental para atender las dificultades que puede presentar como sociedad, por cuanto incide en las condiciones de vida futura de la persona, ya que las insuficiencias y limitaciones en la alimentación de un niño durante su gestación o en sus primeros meses de vida que corresponde a la etapa de lactante, condiciona su desarrollo fisiológico pleno y con ello, las capacidades para salir adelante en la lucha por la vida e impulsar el desarrollo de una mejor sociedad

Generando con ello, impacto en la economía de las instituciones de salud, pues un desarrollo fisiológico pleno de los individuos reduce el gasto público en servicios como consultas, medicinas e ingresos hospitalarios. La nutrición se encuentra vinculada con la pobreza, y a juzgar por la dimensión de ésta parecería que el porvenir es poco promisorio en el país. Para atender esa relación han existido esfuerzos institucionales de apoyo a las familias en esa condición, que propician un efecto “burbuja que aísla” y eventualmente puede generar efectos positivos en el estrato de población lactante.

Ante el problema para acceder a información de la propia organización, limitado a que el gasto público ejercido para la población lactante no está aprovechándose al máximo en el hospital donde se encuentra el sujeto de estudio de la presente investigación. Con ese propósito se procedió a explorar el gasto proveniente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) proveniente del gobierno federal, vía Ley de Coordinación Fiscal (LCF), para los hospitales generales, hospitales integrales y centros de salud, adscritos a la Secretaría de Salud en Sinaloa. Posteriormente, se hicieron consultas y entrevistas a informantes clave para conocer cuál es el presupuesto de gasto asignado al Hospital General Jesús Kumate Rodríguez (HG-JKR), en específico la partida (asignación) aplicada a los servicios de salud para los menores de cinco años.

La evidencia proporcionada indicó que, desde la Secretaría de Administración y Finanzas (SAF) del gobierno de Sinaloa, no se brindó información sobre la presupuestación por hospital. Hecho anterior, obligó a consultar directamente a informantes clave en el HG-JKR referente al costo de los servicios de salud en la

población lactante durante el periodo 1993-2017, por ello, se tuvieron que hacer estimaciones referentes al gasto ejercido en los servicios que requirió la población lactante, además de que la cifra se calculó a precios corrientes y constantes. Ello permitió dimensionar la presión que se ejerce sobre el gasto público.

Teniendo como antecedente que, desde organizaciones internacionales han articulado esfuerzos para la protección de la población infantil donde se sitúa el lactante, muestra de ello, en lo referente al trabajo desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto a Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), quienes han mostrado voluntad, haciendo cumbres internacionales y recomendaciones a países miembros donde, se brinde oportunidad para el acceso de alimentación a los lactantes, considerándolos como población vulnerable, de ahí que, México también ha dado muestra de esas recomendaciones, impulsando en forma permanente el Programa Hospital Amigo del Niño (IHAN) que la propia organización adoptó entre 1992-1997, llevando a estar certificado. Estrategia a favor de la Lactancia Materna, y que por falta de recursos y fuentes de financiamiento los líderes de la organización desestimaron.

Ante ello, surge la propuesta de reorientar el gasto público hacia estrategias y/o programas de innovación como transferencia aplicable a programas preventivos que oriente la inversión y creación de un Banco de Leche Materna (BLM), cuyo propósito es que las niñas y niños lactantes que son atendidos en el HG-JKR estén mejor nutridos y alimentados, al brindar como opción de salud y bienestar.

Con ello, bajaría presión no solo al gasto público en salud aplicado al lactante, sino al gasto de bolsillo que se desembolsa en los hogares para atender la salud de sus hijos. Para respaldar dicha investigación se consultaron teorías del gasto público y de las organizaciones mediante la cual, se plantearon las preguntas de investigación, que fueron la guía para desarrollar este trabajo, pues no se diseñó hipótesis de trabajo.

Entre las citadas preguntas se plantearon las siguientes: ¿cómo se distribuyen los recursos financieros del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)? y ¿cuál fue el gasto ejercido durante los servicios de hospitalización, consultas y medicamentos del lactante? bajo la premisa de atender un problema social, desde el

gobierno federal, estatal o por municipio, quienes son responsable de operar la política pública según el nivel de la entidad donde se establezcan los programas prioritarios de salud que son operados desde las organizaciones prestadoras de servicios de salud por medio de sus recursos donde se encuentra su equipo multidisciplinario.

Dado que, la ubicación geográfica donde se encuentra el HG-JKR, es una situación que permiten no solo a que se otorguen servicios a pacientes del municipio de Ahome, sino también a cinco municipios más de Sinaloa. A ello, habría que sumarle la población que colinda con los Estados de Sonora y Chihuahua, a quienes también se les brinden dichos servicios médicos ante un escenario de restricción presupuestal del gasto público. Desde ese contexto, las limitaciones para acceder a organizaciones públicas de salud en México, se manifiesta en el nulo o escaso ingreso que tiene el jefe de cada familia para brindar no solo el acceso a servicios de salud, a una nutrición adecuada o a una educación de calidad para sus descendientes.

Sin embargo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019) revelo que, el 51 por ciento de los niños, niñas y adolescentes viven en situación de pobreza, de ellos, 4 millones viven en pobreza extrema. Esto quiere decir que 1 de cada 2 niños, niñas y adolescentes en México vive en pobreza; 2 de cada 10 en pobreza extrema. Los niños, niñas y adolescentes corren mayor riesgo de vivir en pobreza si pertenecen a hogares indígenas, habitan en localidades rurales, algún miembro de su familia tiene alguna discapacidad o el jefe o jefa de familia tiene un nivel bajo de escolaridad.

Una de las principales carencias que afectan a la población de 0 a 17 años es el acceso a seguridad social. Ello se debe en parte a la alta tasa de empleo informal en el país y a que muchas familias no tienen acceso a programas de protección social. (UNICEF, 2019). Se puede considerar que la población que acude al HG-JKR coincide en características de pobreza, y que está limitado y es dependiente de servicios de salud que puede ofrecer el Estado.

Con los argumentos de pertinencia para el desarrollo del estudio de investigación, donde se atiende un problema social relacionado a la salud del lactante (dependiente de la toma de decisiones y recursos provistos por el gobierno, las organizaciones de salud y su familia partiendo de la voluntad de su mamá) que incide en el gasto que genera a la

organización de salud pública en ese rubro. Situación que a bien pudiera atenderse desde la política pública, apostando a mejores oportunidades de las generaciones futuras.

De ahí que, el presente trabajo se dividió en cuatro capítulos que fueron contruidos de entre el período 2016-2019. En el primer capítulo I denominado marco de referencia, estuvo limitado a posturas teóricas que parten del gasto público en particular las fuentes de financiamiento, que se enmarcó en términos de política pública, donde se contempló diversos escenarios de gobierno desde el orden internacional, nacional, por el estado Sinaloa y el municipio de Ahome, en este último está situada la organización objeto de estudio.

Dentro del interés y el impulso de la política pública que muestra el actual gobierno federal, lo referente a la población materno-infantil quedo demostrado en la visita hecha (14 de febrero de 2020) al HG-JKR por el director del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) Juan Antonio Ferrer Aguilar quien fue acompañado por el gobernador Quirino Ordaz Coppel así como también con el Secretario de Salud Efrén Encinas Torres y el alcalde de Ahome Manuel Guillermo Chapman, teniendo como anfitrión al director del hospital, el Dr. Sergio Loza Rivera, el recorrido tuvo como objetivo proponer un proyecto de construcción de un hospital materno-infantil, que permitirá ampliar y disponer de espacios físicos con los que ya cuenta el hospital, a fin de buscar cubrir las necesidades en las áreas de ginecología y pediatría.

Asimismo, en este capítulo también se ahondo sobre términos de gasto público y reformas estructurales para la prestación de servicios de salud, que incluyó la tendencia que han sufrido ciertos programas sociales y de salud como parte de la política pública de los gobiernos en función, por lo que este apartado se logró sustentar desde el enfoque teórico y de contexto al que se añadió un marco jurídico, este último se da conforme a derecho, de ahí lo que respalda a la organización, función de sus trabajadores y las necesidades de la población lactante.

Por otro lado, respecto al capítulo II sobre metodología, se explican los pasos sistemáticos que estuvieron basados en investigación cualitativa y cuantitativa, que permitió abordar al objeto de interés que es la organización pública de salud, así como el trabajo de campo y la dinámica que se presentó entre los informantes clave, según la fase de investigación de quienes se obtuvo la información, los que fueron prestadores de

servicios, madre y/o cuidadores del niño lactante con sujeto de interés, quienes estuvieron insertos en las áreas de ginecología y pediatría durante el período entre 2016-2019, tiempo de inicio y término para el desarrollo, asumido desde el compromiso hecho con el líder (director) de la organización, que partió de la autorización de ingreso.

Asimismo, para el desarrollo de este capítulo se necesitó segmentar en dos fases la recolección de datos, una para el diagnóstico de toda la organización (objeto de estudio) y la otra para el estudio del sujeto de interés inserto en la organización, quien fue para este caso la población lactante (sujeto de estudio). Para el diagnóstico se diseñó el instrumento denominado Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS), que requirió ser validado por un grupo de expertos quienes fueron los jefes de servicio de la organización, con ello pudo ser aplicado, del cual surgieron problemas que por la dimensión y la pertinencia de su abordaje tuvieron que ser tratados a través del método Hanlon derivando con ello la priorización del problema.

En lo referente a la segunda fase de permitió guiar al investigador sobre la selección del problema social prioritario que enfrenta la organización, desde el otorgamiento de servicios de salud que requirió la población lactante para la segunda fase se diseñó un instrumento de preguntas semi estructuradas detonantes. Todo ello, permeo bajo apego a aspectos éticos. Cabe resaltar que la información que se recolecto en cada fase necesitó el investigador en forma permanente emplear una base de datos que se administró a través del programa Microsoft Excel.

El capítulo III correspondió a resultados y discusión, los cuales se presentaron de acuerdo a las dos fases de estudio que fueron abordadas desde el diagnóstico y el estudio del lactante, en este mismo capítulo se incorporó la propuesta del modelo que orienta la gestión, diseño e implementación de Bancos de Leche Materna (BLM) como estrategia de alimentación preventiva desde la transferencia del conocimiento, que a bien puede incidir positivamente en la salud, crecimiento y desarrollo del lactante, además de la reducción en el gasto público y de bolsillo de los hogares. Si se instrumentan programas de LM para alimentar a los lactantes, esto puede coadyuvar a que haya una reorientación del gasto público.

Y en el capítulo IV, se presentan las conclusiones, que muestran el cumplimiento de los objetivos y atención a las preguntas de investigación, así como también las

limitaciones a las que se enfrentó el investigador, que le permitió presentar los aportes y líneas de investigación que propone como recomendación para futuros investigadores de organizaciones de salud, respecto al tema de gasto público destinado a la población lactante.

Objetivos

Objetivo General

Determinar el gasto público en salud del lactante en el Hospital General de Los Mochis, Sinaloa.

Objetivos Específicos

1. Identificar el presupuesto asignado a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).
2. Estimar el gasto público del lactante durante la hospitalización, consulta externa y medicamentos.
3. Demostrar el costo que tiene en el bolsillo de los hogares por no alimentar con Leche Materna (LM) a los niños lactantes en el HG-JKR.

Capítulo I.

Marco Teórico

La construcción del presente apartado, parte de la premisa que, las proyecciones que hace cada presidente en función para dirigir las políticas que se implementan en el país surgen del Plan Nacional de Desarrollo, de ahí se busca atender las prioridades según la región donde, cada nivel de gobierno realiza lo que refiere a programas o proyectos de política pública, y en lo referente a organizaciones públicas de salud, estas son dependientes del gasto que provee el gobierno que está a cargo, lo que suele resultar dinámica e incierta. Por otro lado, en la organización se presentó poca participación que tienen los responsables para permitir el poner a disposición información que se produce en ella.

Por ello, la limitación que pone en manifiesto y bajo argumento que, ante el resultado de explorar y delimitar las diversas posturas teóricas que brindan soporte de referente, se parte que para investigadores del gasto público en particular para organizaciones de salud, existe restricción, al buscar acceder a bases o fuentes de información que no siempre tienen apertura a divulgación pública, cuando se trata de fuentes de financiamiento que tienen las entidades gubernamentales o los niveles de gobierno representan un trato discreto que no suele ser compartido, por ello, representó un reto desarrollar la presente, ante los limitados datos que los líderes de la organización de salud no proporcionaron, por lo que esta situación se enfrentó con el desarrollo del presente en términos teóricos, de contexto y jurídicos, a través de bases de datos oficiales de dominio público.

Ante lo cual, se da sustento que versa sobre los principales elementos que respaldan la presente investigación, referido a contenidos en términos de gasto público, política pública para el gasto público en salud de orden internacional, nacional, por el estado de Sinaloa y el municipio de Ahome, dejando ver que para el nivel nacional existieron antecedentes que dejan como eventos relevantes de impacto para los servicios de salud periodo comprendido de 1983-2007. Además de la relación que existe entre gasto público y salud en México donde se consideró las reformas estructurales que ha

presentado el sector salud en México, en forma puntual se muestran las organizaciones públicas que cuentan y son parte de fuentes de financiamiento por el Estado.

Por otro lado, se incorporan posturas y prioridades políticas aplicado a programas sociales y de salud que incluyen la alimentación infantil en México, de la cual es parte el niño lactante, donde se toma de referencia la relación entre gasto público y salud del lactante mostrándose a través del escenario de salud de acuerdo a la morbi-mortalidad tomando como caso el del niño menor de 1 año contrastado de México y Sinaloa. Partiendo de la descripción del niño lactante, señalando por qué es importante la nutrición en esta etapa de vida lo que deriva como propuesta estratégica que tiene para los gobiernos la creación de Bancos de Leche Materna (BLM) para acercar el alimento y la nutrición al lactante. De ahí que no se puede separar la relación teórica entre gasto público, pobreza y salud del lactante con respecto al gasto en salud referente a al PIB.

Llevado a términos de marco jurídico que no puede estar al margen en el actuar de la gestión pública centrado en la población lactante dependiente de la toma de decisiones del padre, los prestadores de servicios de salud de las organizaciones de salud dependiente de fuentes de financiamiento público que se rigen a través de la política pública regulada por el gobierno.

1.1. Gasto Público

Cuando se busca tomar en consideración desde el abordaje teórico sobre gasto público, se tienen que hacer consideraciones que contengan el análisis de los recursos financieros que asigna cada país, a partir de determinar el desarrollo o crecimiento del rumbo que establece el Estado, ante lo cual, tendrá que establecer estrategias apoyadas en la economía que permita dejar ver el gasto o las fuentes de financiamiento que necesitan las organizaciones de salud para el mejoramiento social se puede atender y/o dar seguimiento a troves de programas gubernamentales, financiados con bajo presupuesto durante su operación.

Por otro lado, Vargas (2008, p. 84) mencionó que existen dos conceptos que generalmente se confunden los cuales son: gasto y financiamiento, haciendo notar que “todo gasto requiere su financiamiento” y en la consolidación ambos “deben quedar

equilibrados”. Sin embargo, para Campo y Mendoza (2018, p. 79) el gasto público es uno de los tópicos más debatidos en temas de crecimiento y desarrollo económico, sobre todo en los debates que controvierten la relación entre el gasto del gobierno y el crecimiento económico. Asimismo, Fernández (2016) alude que, el gasto público debe generar las condiciones para desarrollar la economía de un país, donde deben estar presentes “la creación de infraestructura o su mejoramiento, hasta la promoción, capacitación e impulso competitivo empresarial”.

Por otro lado, Hernández (2008, p.p. 80-82), propone que para tratar el concepto de gasto público se debe abordar desde el significado y funciones que tiene el gobierno con la sociedad. Las cuales están dadas a la provisión, producción, suministro y consumo de bienes y servicios que pueden ser consumidos por la sociedad en forma individual o colectiva, para lo cual se debe cumplir con dos criterios uno es el impacto económico y otro es el propósito del gasto. El mismo autor menciona que los efectos del gasto se centran en clasificar la economía más que en la función que esta tiene dentro del sector público. Por lo tanto, el gasto público representa el costo generado por las actividades desde el sector público que puede ser transferido a hogares y/o empresas, según sea el caso o la situación que enfrente el funcionamiento del gobierno.

Espitia, *et al.* (2019, p. 293) en su estudio realizado en Colombia, evidencia la participación que tiene el Estado al establecer dentro de su constitución de 1991, que su población debería tener derechos económicos, sociales y ambientales, considerándolos como bienes públicos los cuales debían ser proporcionados por el Estado o bien, este deberá generar las condiciones para conseguirlos.

Por ello, cabe resaltar que el concepto de gasto público no solo debe comprender las voluntades que debe asumir el gobierno para el bien de la sociedad desde el colectivo humano, sino que debe ser demostrado como acto imperativo donde incluyan estrategias económicas que no se sobrepongan al beneficio particular.

Por otro lado, se recuperó un reporte emitido por la Cámara de Diputados en México, de un estudio que realizó el Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (2019) quienes señalaron desde un contexto macroeconómico que a partir de 2018:

En México se implementó una política fiscal caracterizada por una limitada intervención del Estado en la economía, a la adopción de tal esquema de política

económica se asume que el mercado lidere la actividad económica y sean los distintos agentes económicos quienes se encarguen de impulsar el desarrollo y crecimiento económicos (p. 3).

Ante el compromiso que plantea el Gobierno de México (GM, 2019) sobre el Gasto Público, donde busca continuar con finanzas públicas sanas, a partir de establecer dentro del proyecto de presupuesto de egresos de la federación 2019, indica que durante ese periodo se aplicarían 5,814,291.7 millones de pesos como gasto neto, de los cuales planteó que 4,122,690.4 millones de pesos (71 por ciento) son para gasto programable y 1,691,601.3 millones de pesos (29 por ciento) corresponden a gasto no programable. De ahí que, el gasto programable comprende propósitos u objetivos socioeconómicos regulados según cada ente público responsable de la aplicación de los servicios que se ofrecen de forma gubernamental a la población.

Sin embargo, el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2018) reportó un déficit presupuestario para el ejercicio fiscal del 2019 de \$503, 841, 300,000. Asimismo, la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión mencionó que el presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020 donde se prevé un déficit presupuestario de \$547, 140, 800,000 (DOF, 2019, p. 2).

1.2. Política Pública para el Gasto Público en Salud

De acuerdo a las necesidades o carencias que denota la población, sería lógico pensar en ese entendido tendrían que aplicarse las finanzas públicas o los recursos que demandan los programas prioritarios de los grupos vulnerables, que a bien pueden incidir positivamente en el bien de la nación. Donde el presupuestos se apostaría en base a una política de gobierno que atiende recomendación desde los organismos internacionales hacia el interior del país pero no siempre se logra por que los periodos de gobierno, políticas y programas se encuentran en ocasiones desfasados a los periodos que se rigen desde el gobierno, de ahí que a nivel nacional y en el municipio donde se encuentra la organización de salud se inició la gestión de la política pública posterior a la iniciada por el gobierno del Estado, quien a través de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2019) propone una política financiera para el ejercicio fiscal de 2019, la cual:

Está basada en el aumento armónico tanto de los gastos como de los ingresos, aun cuando se observará un déficit presupuestario de 503.8 mil millones de pesos, producto de mayores ingresos por 311.7 mil millones de pesos y gastos superiores por 330.8 mil millones de pesos, respecto al aprobado de 2018. El diferimiento de pagos asciende a 36.0 mil millones de pesos. Para el próximo ejercicio fiscal se prevé que los ingresos presupuestarios alcancen un total de 5,274.4 mil millones de pesos, lo que representa un incremento respecto a 2018 de 6.3% en términos reales. Del total, los ingresos petroleros representan 19.8%, con un crecimiento estimado de 14.3% real, mientras que, para los no petroleros, que significan 80.2% del total, se espera un incremento real de 4.5% respecto al nivel aprobado para 2018 (p. 221).

Asimismo, se pudo recuperar datos de dominio público de los niveles de gobierno, que acuerdo a su eje rector plantean el impulso de una política que, si ha logrado articular y alinear su postura al atender a grupos vulnerables en situación de pobreza quienes carecen de acceso a la salud y la alimentación, con lo que cada uno de ellos planteó atender las necesidades apremiantes y aplicar recursos orientados a la prevención de la enfermedad, mismos que se describen a continuación.

1.2.1. Política Pública Internacional.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, lo referente al orden internacional, la Organización Mundial de Salud (OMS) quien es un organismo responsable de gestionar las políticas de salud de los 196 Estados miembros, de la cual México forma parte, como entidad reconocida, tiende hacer recomendaciones a los procesos de salud que habrán de realizarse en el mundo partiendo bajo las premisas políticas de prevención de enfermedades, promoción e intervención en los proceso de salud enfermedad de la población.

Ante lo cual, surge la propuesta de la Cobertura Universal de Salud (CUS) por la OMS, teniendo como política asegurar que todas las personas donde reciban los servicios de salud que necesiten, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos (González, Figueroa, García y Alarcón, 2016), la CUS está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho

humano fundamental, así como en el programa de salud para todos establecido en 1978 en la declaración de Alma-Ata (OMS, 2012).

Sin embargo, cada gobierno del mundo tiende a realizar la aplicación de las recomendaciones que emanan de organismos internacionales, limitado a los recursos y disposición de infraestructura que brinde soporte a las necesidades de su población, lo que tienden a adecuar presupuestos económicos que se destine a este rubro (la salud). Sin embargo, el CUS “no implica la cobertura gratuita de todas las intervenciones sanitarias posibles, independientemente de su costo, ya que ningún país puede permitirse ofrecer todos los servicios gratuitamente de forma sostenible” (OMS, 2019).

Por ello, dentro de las diversas estrategias políticas se encuentra la atención primaria, acceso universal y protección social, que a bien podrían dar respuesta a las expectativas y beneficios positivos en la salud de la población del mundo. Dentro de los retos que se plantean a nivel mundial en cuestión de salud para el caso de los niños, están orientados a atender las principales causas de defunción donde se encuentran las “afecciones perinatales estrechamente vinculadas a la pobreza; las enfermedades diarreicas; la neumonía y otras infecciones de las vías respiratorias inferiores, y la malaria” (OMS, 2020). Teniendo dentro de la promoción de la salud como principales pilares: la buena gobernanza, ciudades saludables y conocimiento sobre la salud.

Sin embargo, dentro del marco internacional de Naciones Unidas (UN) se formularon un conjunto de propuestas de política social y de salud que hacen a las condiciones del desarrollo. En el 2015 se establecieron 17 objetivos para transformar nuestro mundo, denominados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), donde los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, como parte de una nueva agenda del desarrollo sostenible. Donde se hace aplicable los ODS 2 que establece hambre cero, el 3 hace referencia a salud y bienestar, el 12 está orientado a la producción y consumo responsable, así él como 16 que busca promover paz, justicia e instituciones sólidas.

1.2.2. Política Pública Nacional.

De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2016):

El Sistema de Salud de México debe transformarse de ser un conjunto de subsistemas verticales cuyas operaciones están determinadas por legados históricos e institucionales, en uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo de todo el ciclo de vida. Dado que una reorganización estructural importante es poco probable en un futuro cercano, México el enfoque inicial debe ser ampliar los instrumentos actuales, tales como los convenios entre instituciones, de manera que permitan, desde un punto de vista funcional, una mayor integración del sistema.

Diez años después de la introducción del sistema de seguro universal de salud financiado públicamente, el Sistema de Salud de México se encuentra en una coyuntura crítica. Sin duda, algunos indicadores de salud y del desempeño del sistema de salud han mejorado: las personas que antes no estaban aseguradas ahora usan los servicios más seguido, mientras que los datos indican que el gasto empobrecedor en salud ha bajado de 3.3% a 0.8%.

En referencia a la visión que hay desde el interior de nuestro país, al momento de estar realizando este trabajo, el presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, ha hecho declaraciones sobre la problemática del sector salud en nuestro país. Al respecto, en la presentación del Nuevo Sistema de Salud Pública, afirma:

Es lamentable, el estado en el que se encuentra el Sistema de Salud Pública en el país, por ello, anunció que se invertirán 90 mil millones de pesos para mejorarlo. Explicó que en una primera etapa se incluirán ocho Estados para los cuales se destinarán 25 mil millones de pesos. Quien se reunió con ocho gobernadores para firmar un convenio y mejorar el Sistema de Salud Pública en estos ocho Estados. Es un plan general que incluye a las 32 entidades federativas. En forma paulatina. Cada seis meses se van a incorporar ochos Estados más, el año próximo otros 16 y en dos años, vamos a tener un nuevo Sistema de Salud Pública (Excélsior, 2018).

Lo que el gobierno actual sustituye el Seguro Popular, el cual fue considerado un sistema desigual. Ante ello, pretende generarla integración del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que abandere el sistema de salud nacional. Ello con el propósito de

que la población que no cuenta con seguridad social, por estar en una situación de pobreza, pueda tener acceso a los servicios de salud.

Con este sistema de salud se busca garantizar la atención de primer nivel de atención de unidades médicas del IMSS. En lo referente al segundo nivel de atención, para estancia hospitalaria la persona que así lo requiera será en hospitales de la Secretaría de Salud, y en las clínicas del ISSSTE y del Seguro se van a atender emergencia, independientemente si son o no derechohabientes. Además, se indicó que ha invitado a participar a todo el personal del Sector Salud, pues apuntó, ellos han estado cumpliendo con su responsabilidad, lo están haciendo como trabajadores eventuales, que es algo que también se va a regularizar paulatinamente. Existen 80 mil trabajadores eventuales, algunos tienen trabajando en esa condición desde hace 20 años (Excélsior, 2018).

Referente a la temática del sistema de salud en nuestro país, hay amplias diferencias entre los grupos sociales, lo cual se manifiesta en sectores de la sociedad, donde unos tienen altos y otros bajos ingresos; donde los primeros acuden a la prestación de servicios de salud en hospitales privados, mientras que los segundos en hospitales públicos. Por otra parte, las personas que están en el rango de los más bajos ingresos o que trabajan en mercados laborales informales, demandan servicios de salud en el seguro popular, de baja cobertura e inadecuada atención sanitaria.

Por ello, de acuerdo a la información sobre derechohabientes afiliados a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como la población usuaria a servicios médicos en México según tipo de institución, en 2015 el INEGI reportó que del 100 por ciento de la población usuaria de servicios de salud, acuden según tipo de institución, con el 40.1 por ciento es población abierta (no es derechohabiente de las instituciones de seguridad social), el 36.8 por ciento cuenta con seguridad social y el 23.1 por ciento acude a servicios médicos privados. Asimismo, el 49.9 por ciento de la población en México dependía del Programa del Seguro Popular (SP), el 39.2 por ciento estaba inscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 1.2 por ciento pertenecía a las instituciones médicas de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y el 4.8 por ciento a otras instituciones. Además, de acuerdo a la población según condición de afiliación a servicios de salud, el 82.2 se encuentra

afiliada (aquí se incluyen los pertenecientes al programa de seguro popular), el 17.3 por ciento no está afiliada y el 0.6 por ciento no especificó.

Alcocer (2019) señala que el Proyecto Plan Nacional de Salud para 2019-2024 tiene como objetivo general hacer efectivo el artículo 4º constitucional a toda la población, haciendo cumplir a través de los objetivos específicos donde señala a los servicios de salud y medicamentos gratuitos, así como federalizar los sistemas estatales de salud, implementar el modelo de Atención Primaria de la Salud (APS) orientado a la prevención, detección y tratamiento de enfermedades. Además de reorganizar la regulación sanitaria y fortalecer la industria farmacéutica nacional e investigación innovadora. En lo referente a la Política de servicios de salud y medicamentos gratuitos sustituye al Seguro Popular para lo que se requiere una reforma de la Ley General de Salud.

Por otro lado, la evolución sobre el gasto en salud que reporta el Gobierno de México y la Secretaría de Salud (GM/SS, 2019) señala que:

El Gasto Total en Salud en México para el año 2017 sufrió un aumento en términos nominales de 79,522 millones de pesos con respecto al año 2016, es decir, un incremento del 7%, mientras que en términos reales el crecimiento fue de 2,589 millones de pesos constantes, que significa un incremento de 0.25%. El dato de 2018 es estimado para el sector privado y del gasto público calculado a partir de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal (CHPF); de igual modo el dato 2019 es estimado para el gasto privado y para el gasto público fue calculado a partir del Presupuesto de Egresos de la Federación 2019 (PEF) (p.10).

Teniendo claro que en México la protección de la salud es todavía una aspiración que está lejos de cumplirse. Al considerar la transición del actual gobierno los cuales estiman una proyección de dos años para instalar el proyecto, sin estar ajeno a los antecedentes históricos (ver figura 1) dejando ver eventos relevantes y el impacto que tiene para los servicios de salud del periodo comprendido de 1983-2007 (Alcocer, 2019).

De acuerdo a la nota de prensa hecha el 14 de febrero del 2020 donde coinciden el portal político de Sinaloa denominado portal negro y Martínez, explican que, durante el recorrido realizado por Juan Antonio Ferrer Aguilar como director del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) al HG-JKR acordó integrar un proyecto para la construcción

de un Hospital Materno-Infantil haciendo uso del mismo espacio por lo que esta organización será por la obra de ampliación, reconoce que el HG-JKR actualmente beneficia a más de 500 mil habitantes de la región norte de Sinaloa, ante ello, resaltó que es necesario concretar esta obra llegándola a considerar como de alta prioridad. Dicho proyecto, integra la toma de acuerdos para el trabajo en conjunto entre el gobernador Quirino Ordaz Coppel con el secretario de Salud Efrén Encinas Torres y el alcalde de Ahome Manuel Guillermo Chapman.

Figura 1.

Antecedentes históricos: eventos relevantes y el impacto para los servicios de salud periodo comprendido de 1983-2007

1983	1995-1997	2003	2007
- Puesta en práctica del plan neoliberal - Aseguramiento social como principio de financiamiento de la salud.	- Reforma al IMSS - Entrada de administradores/compradores y prestadores de servicios privados	- Puesta en marcha del Seguro Popular en Salud - Financiando la demanda mediante el aseguramiento privado.	- Reforma al ISSSTE - Muy similar a la sucedida diez años antes en el IMSS.

Nota: Elaboración propia a partir del Proyecto Plan Nacional de Salud para 2019-2024.

Asimismo, Prieto (2020) menciona que, el director del INSABI sostuvo que, al proyecto se le invertirá lo necesario, este “no será un parche en este hospital”, sino un buen hospital para resolver necesidades en gineco obstetricia y pediatría, el cual proyecta que cuente con áreas indispensables como lo son: quirófanos, urgencia, consultorios entre otros.

1.2.3. Política Pública Estatal por Sinaloa.

Buscando que nadie se quede atrás, el Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021 para Sinaloa propuesto por Ordaz Coppel, parte de la política de desarrollo social, tiene como objetivo central el bienestar individual y colectivo, haciendo efectivo el ejercicio y disfrute de los derechos sociales consagrados en la Constitución con el acceso a la alimentación, educación de calidad, salud, trabajo, seguridad social, servicios básicos, vivienda digna y la no discriminación, todo ello alineado con los Objetivos de

Desarrollo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Dentro de los ODS se centra en los correspondientes a poner fin de la pobreza, hambre cero y reducción de las desigualdades (pp. 85-86).

En este gobierno, suma esfuerzos y voluntades, buscando generar mejores condiciones sociales a la población, con igualdad de oportunidades y de desarrollo integral para todos, que contribuya a reducir los niveles de pobreza y vuelva posible formar una sociedad más integrada, participativa y con expectativas de mejora en su calidad de vida. A través de un entorno y sociedad saludable se busca cumplir el objetivo de lograr que los sinaloenses reciban atención a la salud integral en prevención y promoción, estableciendo vínculos con Instituciones del Sector y otras interesadas en la salud de la población. A través de la estrategia de promover actitudes, conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario (Ordaz, 2017, p. 145).

1.2.4. Política Pública por el Municipio de Ahome, Sinaloa.

De acuerdo Chapman Moreno (2018), el Plan Municipal de Desarrollo Ahome 2018-2021 estableció dentro del eje de desarrollo social y humano: la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, se proponen viviendas dignas y seguras, educación para la salud y atención médica integral, haciendo a Ahome inclusivo a través del fin de las formas de violencia y discriminación de género de la familia en Ahome y diversidad sexual y corresponsabilidad familiar.

Atendiendo el objetivo transversal de seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición de la población infantil, así como de las familias más vulnerables, con acciones desde la dependencia de salud que establecen: promover hábitos de vida saludables, brindar información para el manejo higiénico de los alimentos a los expendedores de la vía pública, otorgar distintivo a cooperativas escolares que cumplan con los puntos clave de promoción nutricional, participar en brigadas de salud y nutrición en áreas vulnerables, proporcionar una consulta de control nutricional para prevenir el desarrollo de enfermedades a través del programa de promoción y prevención nutricional (Chapman, 2018, p. 51).

Ante tales recomendaciones de los cuatro contextos el presente trabajo de tesis logra articular los elementos que se proponen desde el nivel internacional, nacional, del estado y el municipio en congruencia con la postura de hacer que la población en forma inclusiva tenga acceso a recursos que sostengan desde su seguridad alimentaria (como una de las necesidades básicas) como acción humana centrada en el otro, donde se tiene claro los niveles de pobreza que los aqueja, no por ello puede hacerse posible el acceso a los servicios de salud donde haría su participación integrada, generando condiciones para una mejor calidad de vida. Teniendo como reto los niveles de gobierno distribuir los recursos aplicando y haciendo evidente su participación activa y cumplir expectativas sociales.

1.3. Relación entre Gasto Público y Salud en México

En general, la inversión para el gasto en salud que se realiza en México, se da basado bajo la premisa de dos esquemas de seguridad social. Uno es el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la cual se atiende a la mayoría de los empleados del gobierno. El otro es el prestado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mediante el cual se cubre al resto de la población. En cuanto al gasto público para sostener dicho sistema de salud, este se financia mediante contribuciones de nómina de empleados y empleadores y contribuciones del gobierno federal.

La aportación de cada uno se basa en el ingreso que tiene como empleado. Los trabajadores independientes, que pagan el seguro por su cuenta, tienen una tarifa anual fija para el seguro individual de enfermedad y maternidad, donde se aplican pagos adicionales para los miembros de la familia.

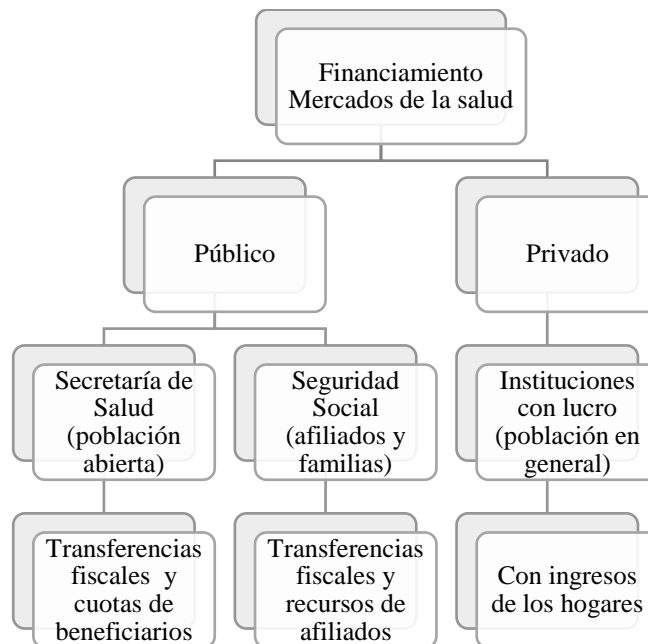
Respecto a las personas que no cuentan con ninguno de estos dos esquemas, existe el Seguro Popular (SP), el cual se financia mediante recursos del gobierno federal y de los Estados. Desde luego, se espera que los beneficiarios, no indigentes, deban pagar contribuciones a través de primas, pero rara vez lo hacen, no aportan y ello genera presión al gasto público en salubridad.

No está por demás recordar que, en este país, poco más de un cuarto de la población no cuenta con un empleo formal y, por ende, no tienen seguridad social. Ello es un verdadero problema de inequidad para la población. De hecho, al segundo trimestre de 2019, la tasa de ocupación en el sector informal fue de 27.81 por ciento (INEGI, 2019). Este dato indica que la economía formal no es capaz de generar los empleos requeridos para la población que está en condiciones de laborar, factor determinante para contar con acceso a los servicios médicos bajo el esquema de derechohabiente.

En México, como en la mayoría de naciones en desarrollo, el gasto en salud pública se ve presionado por los excesivos costos, limitados presupuestos públicos (sobre todo de los gobiernos locales) y que un gran porcentaje de la población no posee coberturas de seguros médicos (Stiglitz, 2000). Así, las personas que laboran en la economía informal con ingresos mal remunerados y que no poseen seguro, acuden a instituciones públicas de salud, como el HG-JKR, a que se les presten servicios sanitarios (ver figura 2), de los cuales, se desarrolla una serie de elementos que constituyen parte de la búsqueda de la literatura que contribuye en el presente apartado.

Figura 2.

El Financiamiento público y privado de los mercados de la salud en México



Nota: Elaboración propia en base a la literatura de gasto público (Stiglitz, 2000).

El asunto es que la mayor parte del presupuesto de gasto en México es administrado por el más alto nivel de gobierno, es decir, hay una centralización de la gestión presupuestal en materia de salubridad. A este respecto, resulta importante ubicar al lector sobre el papel que juega el gasto público en el marco de la descentralización fiscal.

Así, la descentralización fiscal, consiste en la transferencia de autoridad presupuestaria del gobierno central hacia los gobiernos sub-nacionales elegidos, a través de la cual estos últimos adquieren poder para tomar decisiones en cuanto a impuestos y gastos (Bahl, 2009).

La estrecha relación que tiene el gasto público implícito al gasto público en salud, donde el Gobierno de México (GM), reportó a través de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público (SHCP), que el presupuesto asignado general para el año 2019 correspondió a \$4, 473, 732, 740,202, destinado a 48 ramos de los cuales, para la unidad del ramo 12 correspondiente a salud se asignaron \$124, 266, 865,116 (ver tabla 1).

Tomando en consideración la postura y el abanderamiento que orienta los procesos de la actual administración del Gobierno Federal donde su planteamiento establece la austeridad, para ello, los servicios de salud tendrán que estar sustentados bajo un esquema de prevención de la enfermedad, con el compromiso de los actores prestadores de servicios de salud y entes públicos así como la co-participación de la madre del lactante y sus cuidadores para que pueda incidir positivamente en la reducción del gasto público el cual está limitado.

Moliner (2017, p. 3) refiere que, “dentro del presupuesto público, la salud es una función dentro de una de las finalidades del Estado”, la cual, forma parte del gasto social que asigna. Donde el gobierno como ente regulador de las finanzas públicas, sin escatimar deberá orientar sus recursos a la prestación de servicios como parte del bienestar social que requiere su población.

Cid, Pagano, Pescetto y Prieto (2018) refieren que existen situaciones que se presentan durante el incremento del peso del gasto en salud que tiende a aumentar el gasto social, por lo se tiene que re-priorizar el abordaje de los recursos en salud ante partidas presupuestarias al margen del aumento presupuestario. Para lo cual, la proyección que deben asumir como reto el gobierno tendrá que estar orientado a gastos

no programados tomando en consideración la dinámica social, política, económica que incide y cambia globalmente.

Tabla 1.
Presupuesto de Egresos de la Federación 2019 (Pesos), Unidad Responsable (Ramos)

	Unidad Responsable según el ramo	Total
01	Poder Legislativo	\$13,002,444,027
02	Oficina de la Presidencia de la República	\$1,569,844,550
03	Poder Judicial	\$63,656,725,000
04	Gobernación	\$60,783,083,252
05	Relaciones Exteriores	\$8,532,283,876
06	Hacienda y Crédito Público	\$22,575,933,039
07	Defensa Nacional	\$93,670,187,410
08	Agricultura y Desarrollo Rural	\$65,434,880,164
09	Comunicaciones y Transportes	\$66,554,274,978
10	Economía	\$9,055,979,367
11	Educación Pública	\$308,000,434,721
12	Salud	\$124,266,865,116
13	Marina	\$32,083,375,192
14	Trabajo y Previsión Social	\$43,269,051,026
15	Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano	\$18,754,939,290
16	Medio Ambiente y Recursos Naturales	\$31,020,459,536
17	Procuraduría General de la República	\$15,351,082,687
18	Energía	\$27,229,831,829
19	Aportaciones a Seguridad Social	\$786,107,477,728
20	Bienestar	\$150,606,037,651
21	Turismo	\$8,785,888,223
22	Instituto Nacional Electoral	\$15,363,037,745
23	Provisiones Salariales y Económicas	\$112,996,657,654
24	Deuda Pública	\$542,962,336,884
25	Provisiones y Aportaciones para los Sistemas de Educación Básica, Normal, Tecnológica y de Adultos	\$54,068,085,693
27	Función Pública	\$901,819,393
28	Participaciones a Entidades Federativas y Municipios	\$919,817,447,799
30	Adeudos de Ejercicios Fiscales Anteriores	\$21,745,082,119
31	Tribunales Agrarios	\$831,402,778
32	Tribunal Federal de Justicia Administrativa	\$2,695,853,467
33	Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios	\$735,758,572,815
34	Erogaciones para los Programas de Apoyo a Ahorradores y Deudores de la Banca	\$51,345,200,800
35	Comisión Nacional de los Derechos Humanos	\$1,809,405,805
37	Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal	\$111,714,286
38	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología	\$24,764,719,642
40	Información Nacional Estadística y Geográfica	\$12,129,702,814
41	Comisión Federal de Competencia Económica	\$582,803,241
42	Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación	\$697,340,971
43	Instituto Federal de Telecomunicaciones	\$1,500,000,000
44	Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales	\$900,151,692
45	Comisión Reguladora de Energía	\$248,276,703
46	Comisión Nacional de Hidrocarburos	\$214,933,908
47	Entidades no Sectorizadas	\$9,083,025,072
48	Cultura	\$12,894,090,259
	Total General	\$4,473,732,740,202

Nota: Recuperado de base de datos del Gobierno Federal (GF) y Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (2019). Disponible en https://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF2019/analiticos_presupuestarios.

*Nota: faltó reporte de los ramos 26, 29, 36 y 39.

Por otro lado, dentro de los programas prioritarios reportados por Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2019, p. 53) para el periodo del 2020 (ver tabla 2) se encuentra el ramo de la salud donde se plantean 12 programas prioritarios que se encuentran relacionados a la población infantil y materna que cuentan con estrecha relación a la alimentación y problemas que de ella derivan.

Tabla 2.

Programa prioritario para 2020 (millones de pesos corrientes)
Ramo de salud, de acuerdo al programa presupuestario

Ramo	Programa presupuestario	Aprobado	Deseado
12. Salud	Seguro Popular	71,215.5	73,526.6
	Atención a la Salud	21,050.9	21,734.0
	PROSPERA Programa de Inclusión Social	6,587.8	6,801.6
	Salud materna, sexual y reproductiva	2,499.5	2,580.6
	Seguro Médico Siglo XXI	2,062.6	2,129.5
	Programa de vacunación	2,130.9	2,200.1
	Prevención y atención contra las adicciones	1,356.8	1,400.8
	Fortalecimiento a la atención médica	849.9	877.5
	Prevención y control de enfermedades	643.2	664.0
	Vigilancia epidemiológica	553.3	571.2
	Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	533.0	550.3
	Prevención y atención de VIH/SIDA y otras ITS	435.7	449.9

Nota: Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2019, p. 53), recuperado de https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/work/models/Finanzas_Publicas/docs/paquete_economico/precgpe/precgpe_2020.pdf

El asunto es que, para el caso del Estado de Sinaloa, como el resto de entidades federativas de México, no se da esa transferencia presupuestaria del gasto en materia de salud. Las decisiones presupuestales en materia de salubridad son tomadas verticalmente desde el más alto nivel de gobierno, dado que así está diseñando el sistema fiscal mexicano

Las restricciones del gasto, para el caso de las instituciones de salud públicas, como el HG-JKR, atienden cada vez más derechohabientes que demanda servicio y atención, pero se enfrentan a limitantes de menor presupuesto, infraestructura, insumos y personal necesario para atender a dicha población. Ello genera, en el caso del HG-JKR, que los trabajadores de esta institución de salud tengan sobrecarga de trabajo y realizan diversas tareas para coordinar los servicios de salud brindados a los lactantes.

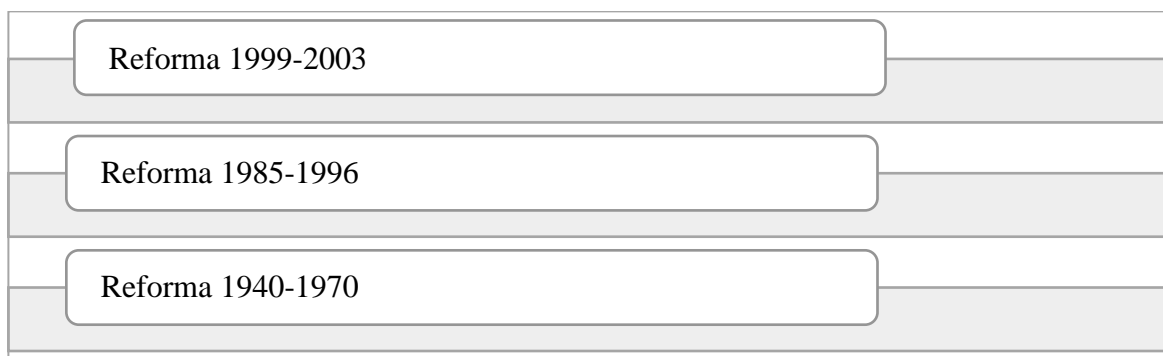
Se tiene claro que como investigador se puede enfrentar a limitaciones donde se carecen de datos o reportes estadísticos que llegan a evidenciar la relación entre la salud de la población lactante con el gasto público que se genera en organizaciones de salud, lo que no desmotivo a que constituye una medida crucial para sustentar los diversas teorías y conceptos sobre el gasto público que se ejerce durante la hospitalización y consulta demandada por el lactante durante su enfermedad.

1.4. Reformas Estructurales del Sector Salud en México

A este respecto, entre las citadas reformas (ver figura 3) que se han impulsado, la primera ocurrió durante el periodo de 1940-1970; la segunda de 1985-1996; la tercera de 1999-2003. Durante el periodo de la primera reforma nació el IMSS (1943), SSA (1943) y el ISSSTE (1960), según información del Sistema de Salud Mexicano (SSM), una historia de casi 60 años (SS, 2000).

Respecto al periodo 1985-1996, según Merino (2003), se descentralizaron responsabilidades administrativas del gobierno federal a las entidades federativas para que operaran las instituciones de salud que estaban a cargo del más alto nivel gubernamental.

Figura 3.
Descentralización del Gasto Público en Salud

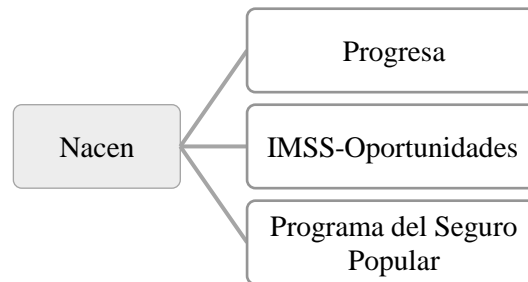


Nota: Elaboración propia en base a literatura.

Y en lo que respecta al tercer periodo de 1999-2003, la citada reforma fue benéfica para la economía de los hogares, dado que nacieron los programas de sanidad como Progresá, IMSS-Oportunidades, entre otras (véase figura 4). De acuerdo a Frenk,

Sepúlveda, Gómez y Knaul (2003) esta reforma “se identifica en mayor medida con la puesta en marcha del Programa del Seguro Popular (PSP), siendo un programa piloto que nació en el año 2001 para ciertas entidades y ya en el 2003 se formalizó para dar Cobertura Universal de Servicios de Salud a toda la población” (pp. 1667-1671).

Figura 4.
Tercera Reforma 1999-2003



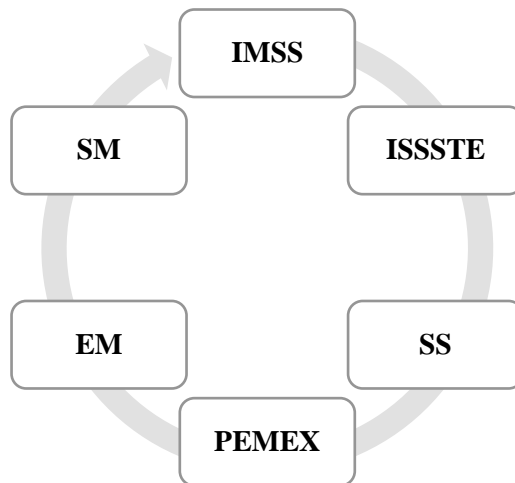
Nota: Elaboración propia en base a literatura.

A su vez el Seguro Popular (SP) fue diseñado como un seguro voluntario con tres fuentes de financiamiento: federal, estatal y familiar, mencionado por Nigenda, Juárez, Ruiz y Herrera (2013). Por ello, para dar soporte y ubicación en el espacio sobre los servicios de salud y alimentación del lactante inmerso en el HG-JKR, se hace necesario referenciar el marco contextual en que hoy se desenvuelve México, visto por actores institucionales, tanto desde el exterior como del interior de nuestro territorio.

1.5. Organizaciones de Salud Públicas con Financiamiento

Los servicios de sanidad pública, en este país, desde la visión microeconómica (ver figura 5), son ofertados por el gobierno federal, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Secretaría de Marina (SM), Ejército Mexicano (EM), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX). Aunado a lo anterior, los dos niveles de gobierno (federación y entidades federativas), quienes brindan este servicio mediante la Secretaría de Salud Pública (SSA) para población que no cuenta con filiación médica.

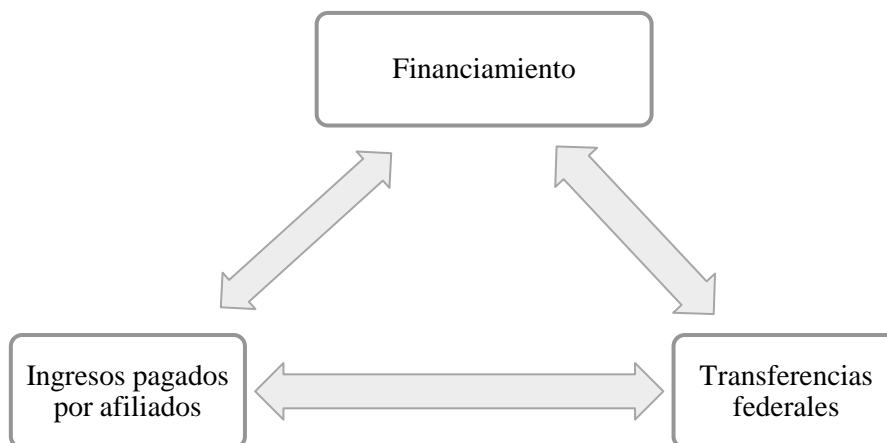
Figura 5.
Ofertantes de la Salud Pública en México



Nota: Elaboración propia en base a literatura.

Respecto al origen del gasto público, aquí en México para el caso de la SSA, el servicio es financiado con transferencias condicionadas de gobiernos estatales, federal y cuotas de los beneficiarios; en el caso de IMSS, ISSSTE, SM, EM y PEMEX, se respaldan solo con transferencias condicionadas del gobierno federal (no hay aportación por parte del gasto público de las entidades federativas) e ingresos pagados por los afiliados que cuentan con seguridad social (ver figura 6).

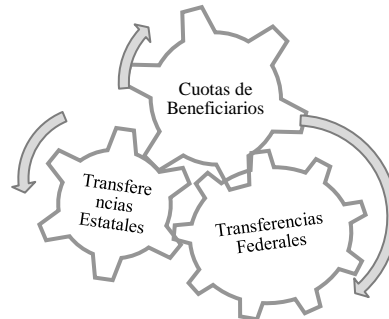
Figura 6.
Financiamiento para IMSS, ISSSTE, PEMEX, SM y EM



Nota: Elaboración propia en base a literatura.

Dentro del financiamiento para los servicios que se prestan dentro de la Secretaría de Salud (SS) se encuentran las cuotas de beneficiario, transferencias federales y transferencias estatales (ver figura 7) las que se caracterizan por cuotas de beneficiario, transferencias federales y transferencias estatales.

Figura 7.
Financiamiento para Secretaría de Salud



Nota: Elaboración propia en base a literatura.

Donde el origen de la financiación, como lo comento Bhal (2009), en México se han realizado reformas con el propósito de descentralizar el gasto público en materia de salud por parte de las entidades federativas; sin embargo, a partir del actual gobierno federal para el periodo 2018-2023, se regresará a la centralización del gasto y administración de la sanidad, cuyo propósito es que se preste mejores servicios de salud para la población.

1.6. Políticas de Programas Sociales y de Salud que incluyen la Alimentación Infantil en México

En las próximas décadas la población de México experimentará lo que hoy se vive en países europeos, es decir, habrá un bajo porcentaje de población juvenil y un alto número de pensionados que generará problemas no solo sobre los sistemas de salud sino del sostenimiento de las fuentes de financiamiento del gasto público en salud. Se vislumbra que deberá darse especial atención a la alimentación y nutrición del lactante, pues a pesar de que será un menor porcentaje de la población por la transición demográfica que constituirá el futuro de la población económicamente productiva.

México tiene una historia importante de crisis (ambientales, sociales, económicas y políticas) con efectos en la seguridad alimentaria y la nutrición según lo dicho por Barquera, Rivera y Gasca (2001, p. 466). Estos autores realizaron un estudio sobre la evolución de los programas y políticas alimentarias y de nutrición que en México se realizaron durante 1922-1994, documento que puso de manifiesto donde los gobiernos dentro de sus políticas públicas establecieron programas y estrategias de acción donde en cada uno de ellos contempló en forma implícita a la población infantil como grupo vulnerable, pero después de 1975 empezaron a puntualizar a como población objeto a los infantes y a las madres gestantes, evento que desde ese periodo se han mantenido como parte de un grupo vulnerable, al cual desde la política pública se tiene que destinar recursos y partidas presupuestales en forma prioritaria.

Además otras acciones que han implementado como parte de los programas sociales que incluyeron los presidentes de 1988-2018, se encuentran el Programa Nacional de Solidaridad Nacional denominado Solidaridad que fue establecido por el presidente Salinas de Gortari (1988-1994), el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) se desarrolló durante el periodo del presidente Zedillo Ponce de León (1994-2000), el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) se estableció en el año 2002 durante la presidencia de Fox Quezada (2000-2006), el presidente Calderón Hinojosa (2006-2012) adoptó el Programa Oportunidades y lo refuerza en 2007, y para el año 2014 el presidente Peña Nieto anuncio la transición del Programa Oportunidades a Prospera como programa de inclusión social.

Tomando de referencia el mismo periodo se incluyó a los programas adoptados por la Secretaría de Salud (SS) que están relacionados con trascendencia en la salud pública de la población vulnerable (ver tabla 3).

Para dar continuidad y presentar los programas sociales que se activaron en México a partir de 2018 con el actual gobierno del presidente López Obrador (2018-2024), se planteó como proyecto de nación cumplir con 25 programas prioritarios sociales, que de acuerdo al sitio oficial, el mandatario mencionó aquellos que también se encuentran relacionados en términos de alimentación y salud, donde se destaca, el establecimiento de una canasta básica de alimentos y la atención médica y medicamentos gratuitos para toda la población a través del programa de Bienestar, incluidos en el Proyecto: Plan

Nacional de Salud buscando cumplir el objetivo de garantizar el derecho a la salud a las personas que no cuenten con un seguro médico (López, 2019).

Tabla 3.

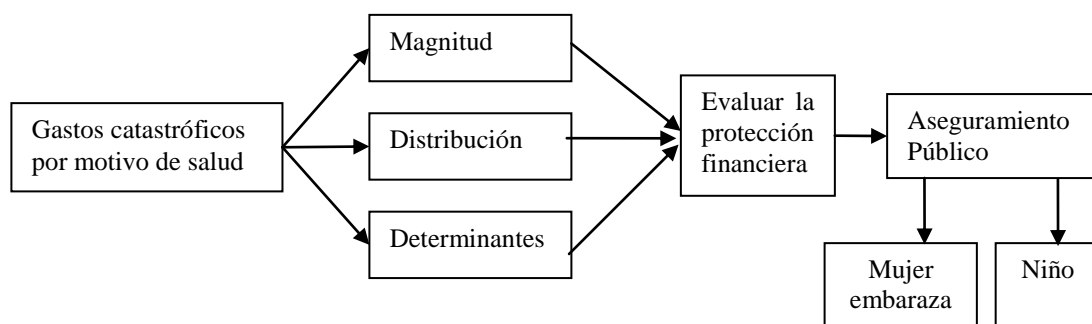
Evolución de los programas Sociales enfocado a la alimentación y salud de la población que tiene implícita a los lactantes, durante 1988-2018

Presidente y periodo	Programa social	Programa alimentario	Programa de salud
Salinas de Gortari (1988-1994)	-Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol)	-Programa de abasto de leche social (Liconsa) - Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo)	-IMSS-Solidaridad
Zedillo Ponce de León (1994-2000)	- Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresa)	Programa de abasto de leche social (Liconsa) - Compañía Nacional de Subsistencias Populares (Conasupo)	-IMSS-Solidaridad
Fox Quezada (2000-2006)	- Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. (Oportunidades)	Programa de abasto de leche social (Liconsa)	-IMSS-Oportunidades - Programa de Seguro Popular -Catálogo de Beneficios Médicos (CAUSES)
Calderón Hinojosa (2006-2012)	- Se refuerza el Programa Oportunidades.	Programa de abasto de leche social (Liconsa)	- Programa de Seguro Popular -Seguro Médico XXI - Arranque parejo por la vida
Peña Nieto (2012-2018)	- Programa de Inclusión Social (Prospera)	Liconsa Programa Cruzada Nacional México Sin Hambre Programa de apoyo alimentario	- Programa de Seguro Popular - Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en Salud

Nota: Elaboración propia a partir de Barquera, Rivera y Gasca (2001, p. 465) y Vega (2014).

Sin dejar a lado que se mantiene para el programa de salud infantil del que forma parte el lactante dentro de las organizaciones públicas en forma continuada esta lo referente a gastos catastróficos por motivos de salud (ver figura 8), para ello, Knaul, Arreola, Méndez y Martínez (2005: S54) refieren que este programa evalúa el impacto en la financiación justa de la salud y los gastos de salud para los hogares que cuentan con el Programa de Seguro Popular de Salud (PSPS).

Figura 8.
Gastos Catastróficos en Salud



Nota: Diseño propio y modificación a partir del documento base de Sesma, Pérez, Sosa y Gómez (2005).

1.7. Relación entre Gasto Público y Salud del Lactante

En concordancia con lo anterior, el gasto en salud pública en rubros específicos, como el que se destina a la población lactante, debe considerarse como una inversión a largo plazo para un país, dado que personas con buena salud, al incorporarse a la población económicamente activa, puede considerarse que coadyuvan a mejorar la productividad en beneficio de la economía. Sin embargo, en el caso de México, los presupuestos públicos de los tres niveles de gobierno tienen más presión para atender el renglón de la salud, por lo cual es necesario que haya mejor calidad del gasto en este rubro. Realizar un trabajo académico como este, puede ser una referencia para decidir si debe ser instrumentando algún programa preventivo de salud que sustituya, en cierta medida, a otro programa curativo de salud en el lactante.

En un trabajo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre gasto público en la niñez en América Latina y el Caribe, donde Curcio, Goldschmit y Robba (2012) mencionan para el caso específico de México, concluyen el siguiente análisis:

En relación al gasto en salud, se indica que la distribución de beneficios depende de la institución y del tipo de atención brindada (primaria, maternal, hospitalaria). En términos generales, el financiamiento público de los servicios de salud para quienes no cuentan con seguro de salud es altamente progresivo, mientras que para quienes poseen un seguro, se presenta un sesgo regresivo en términos absolutos (coeficientes

de concentración -0,243 y 0,430 respectivamente). La distribución del gasto total en salud es medianamente regresivo, dado que los primeros tres deciles capturan el 24,6 por ciento mientras que los tres últimos el 34,6 por ciento. Sin embargo, se convierte en neutral cuando se excluyen las contribuciones del IMSS. Por su parte, el gasto público en atención primaria también es neutral, en contraste con el servicio de hospitales que evidencian un carácter altamente regresivo: el primer quintil se beneficia sólo en un 3 por ciento de los recursos públicos destinados a hospitales. Asimismo, se evidencia que el quintil más pobre sólo se beneficia del 10 por ciento del gasto público en salud maternal. En términos geográficos, se indica que el gasto en salud es pro-rural, pero no en el caso del cuidado materno ni hospitalario en los cuales se evidencia un sesgo sorpresivamente pro-urbano. La comparación entre los años 1996 y 2002 indica que la expansión del servicio de salud favoreció los servicios para la población sin seguro de salud sobre los que cuentan con seguros de salud, incrementando la brecha entre estos componentes del sistema de salud pública. (p. 79)

Algunas teorías de las organizaciones públicas y gasto público que sirven como soporte para evidenciar el impacto del gasto público sobre la salud del lactante del HG-JKR, el cual necesita para alimentar con nutrientes idóneos para los lactantes. Por ello, se recopilan algunas hipótesis y evidencias presentadas por investigadores que han relacionado la mortalidad del lactante con el campo de la economía de la salud. Para Cavalieri y Ferrante (2016), la descentralización del gasto público en salud permite que los gobiernos locales disminuyan la tasa de mortalidad lactante.

Según Gutiérrez y Bertozzi (2003, p. 104) mencionaron que la función del gasto público en salud debe estar orientado hacia mejorar el estado de la salud de la población infantil a través de la atención prestada. Sin dejar al margen según Migliorisi (2019, p. 75), que la hospitalización por enfermedad médica de por sí genera temor y angustia en el niño y sus familiares.

Los expertos que se plantean estas hipótesis han concluido que el gasto público no impacta en la prestación de servicios de salud, otros mencionan tener efecto positivo, mientras que otras evidencias reflejan la existencia de ambigüedad. Desde luego,

mencionar que esas hipótesis correspondieron a la aplicación de una metodología cuantitativa, mientras que en la presente investigación se utilizó el método mixto.

1.7.1. Escenario de Salud de acuerdo a la Morbi-Mortalidad: Casos del Niño Menor de 1 año de México-Sinaloa.

El interés por la salud de los individuos desde la población infantil en la cual se encuentran los recién nacidos, lactantes, menores de cinco años hasta llegado a la edad de adolescencia, se ha planteado como ruta de acción prioritaria por los organismos internacionales como son la de Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), quienes muestran propuestas de salud y alimentación para el bienestar de las naciones.

Para el caso de los lactantes no están pasando inadvertidos, la participación de estos organismos ha quedado demostrado desde las cumbres internacionales que 1974, los gobiernos participantes en la Conferencia Mundial de la Alimentación proclamaron y citaron que "todos los hombres, mujeres y niños tienen derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus facultades físicas y mentales" (FAO, 1996).

Se toma de referencia que, al revisar las estadísticas del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2019) e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2019), es visible que en la década de los sesentas se registró la tasa más alta de crecimiento poblacional. Así, mientras en los años sesentas, la tasa poblacional era de 3.5 por ciento, el año 2011 llegó a ser solamente del 0.7 por ciento. Desde luego, la tendencia para los próximos años es hacia la baja, lo cual no solo repercutirá en presionar el gasto en salud pública sino en que la economía crecerá a una tasa del PIB más baja por contar con menos personas en edad productiva.

De acuerdo a CONAPO (2019), en la República Mexicana se prevé que la población en 2030 alcanzará un volumen de 138 millones personas con una tasa de crecimiento de 0.62 por ciento anual; este comportamiento estará asociado a que el descenso de nacimientos será constante, pasará de 2 millones 238 mil nacimientos en 2015 a 1 millón 985 mil en 2030 y a 1 millón 671 mil en 2050. Asimismo, la OCDE resalta que dentro

de la dinámica que enfrenta el niño están la mortalidad infantil en México la cual cayó a 13.0 muertes por 1, 000 nacidos vivos en 2013, una reducción de 38 por ciento desde el año 2000 (OCDE, 2016, pp. 8-9).

Sin embargo, de acuerdo a la Dirección General de Epidemiología (DGE), el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) de la Secretaría Salud (SS, 2017), mencionan que las 20 principales enfermedades estudiadas y agrupadas (se presentan solo cinco) que generan problemas de salud a nivel nacional, de acuerdo a todos los menores de un año de edad, se reportaron 2 319 252 casos del total global, de los cuales 1 837 617 correspondió a infecciones respiratorias agudas, situación de salud que fue la primer causa de enfermedades también para la población del mismo grupo de edad del estado de Sinaloa, donde se reportaron 59 mil 926, datos incluidos de los casos de niños lactantes que fueron atendidos en la organización HG-JKR (véase tabla 4) que se incluyen en este reporte.

Tabla 4.
Principales causas de enfermedades en menores de un año, a nivel nacional y por el estado de Sinaloa, durante 2017

Enfermedades	Población menor de un año	
	Nacional	Sinaloa
Infecciones respiratorias agudas	1 837 617	59 926
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	273 315	9 424
Infección de vías urinarias	18 099	657
Úlceras, gastritis y duodenitis	1 344	172
Conjuntivitis	67 855	2 644
Total 20 principales causas	2 272 906	74 889
Otras causas	46 346	2 562
Total global	2 319 252	77 451

Nota: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de DGE, 2017. Nota: N.A.= No aplica para este grupo de edad. S.D. = Sin datos.

Por otro lado, según el reporte del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017) menciona en lo referente a la medición de los diversos indicadores demográficos relacionados a la población lactante en 2017, a partir de los nacimientos donde a nivel nacional fueron 2 205 490, y para el estado de Sinaloa fueron 51747, además de considerar entre varios indicadores, en los que se encuentra el indicador de la tasa de mortalidad infantil para el mismo periodo, donde a nivel nacional se ubicó en 13.71 y para el estado de Sinaloa fue de 12.5 (véase tabla 5).

Tabla 5.
Indicadores demográficos en la República Mexicana y el estado de Sinaloa, 2017

Indicadores demográficos	Nacional	Sinaloa
Esperanza de vida al nacimiento total	74.88	74.78
Nacimientos	2 205 490	51747
Razón de dependencia infantil	40.66	39.6
Tasa bruta de natalidad	17.78	16.82
Tasa de mortalidad infantil	13.71	12.5

Nota: Elaboración propia a partir de datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2017.

Por su parte, el control del embarazo es importante porque permite vigilar su evolución para tomar las mejores decisiones antes, durante y después del nacimiento del niño. Así que la consulta se plantea dentro de los programas de primer nivel de atención como acción que debe realizar la madre del niño. Por ello, debe acudir, en forma, para vigilar el desarrollo del niño y la evolución del embarazo, a efecto de poder detectar, en forma oportuna, problemas de morbi-mortalidad del niño y la madre.

Ante lo cual, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) reportó que a nivel nacional se presentaron 22 mil 336 casos de muerte fetal, de ellos 84 por ciento recibió control pre-natal y el 12.39 por ciento no recibió, asimismo en el Estado de Sinaloa se registraron 346 casos a través de la consulta médica (véase tabla 6).

Tabla 6.
Consulta de control pre-natal, en la República Mexicana y el Estado de Sinaloa, 2017

Consulta de control pre-natal	República Mexicana		Sinaloa	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Si recibió atención	18931	84.75	346	1.54
No recibió atención	2769	12.39	65	0.29
No especificado	636	2.84	4	0.01
Total	22,336	100	415	1.85

Nota: Elaboración propia a partir de datos recuperados de la base de estadísticas de mortalidad INEGI y bitácoras del HG-JKR (2017).

En cuanto a los reportes estadísticos sobre la mortalidad fetal (véase tabla 7), en la medida en que las madres no asistieron a consultas, el número de defunciones fue más alto, pero a partir de aquellas madres que asistieron a lo menos a 12 consultas, la tasa de defunciones fue de cero. Las estadísticas indican que se presentaron 2 mil 769 casos de aquellas madres que no realizaron control de su embarazo, las que terminaron en

defunciones fetales en la república mexicana, y 65 se presentaron en Sinaloa (INEGI, 2017), ante ello, la acción de que las madres incrementen la frecuencia en el número de consultas por embarazo, como acción de atención pre-natal.

Tabla 7.

Mortalidad fetal según la frecuencia del número de consultas realizada por las madres durante la atención pre-natal, en la República Mexicana y el Estado de Sinaloa, 2017

Número de consultas	República Mexicana Frecuencia	Sinaloa Frecuencia
Ninguna	2,769	65
1	1,087	44
2	2,054	44
3	2,845	49
4	2,929	46
5	2,859	47
6	1,989	33
7	1,339	35
8	1,175	18
9	482	5
10	854	11
11	92	0
12	182	3
13	42	0
14	42	1
15	174	0
16	17	0
17	6	0
18	8	0
19	1	0
20	58	0
21	1	0
22	2	0
23	1	0
24	5	0
25	27	0
Si recibió atención prenatal pero no se especificó el número de consultas recibidas	660	10
No especificada	636	4
Total de consultas recibidas	18, 931	346
No recibió consultas	2,769	65
Total	22,336	415

Nota: Estadísticas de mortalidad de INEGI, 2017.

El reto planteado en este trabajo, sobre el desempeño de la organización pública en brindar un servicio de salud que evidencie mediante trabajo de campo, el rol desempeñado por el personal operativo y administrativo en la generación de resultados en el HG-JKR. En México, y particularmente en Sinaloa, por ello, resulta pertinente hacer este trabajo, pues hay escasez de estudios específicos, en este caso de los lactantes.

Con ello, se puede reconocer que no es un trabajo individual o exclusivo de la organización HG-JKR, porque para abordar la salud del niño se requiere del involucramiento activo, donde se tiene que hacer notar con la participación de las organizaciones de primer nivel de atención, lugar donde se lleva a cabo la prevención de enfermedades, y/o detección oportuna de complicaciones del embarazo. Aunado a acciones de pre-concepción, cumplimiento del control del embarazo que corresponde específicamente a la madre y su compañero, en co-responsabilidad de su familia, quienes serán los cuidadores directos del niño.

En el HG-JKR los limitados recursos financieros afectan la demanda de servicios de salubridad, que cada vez es más alta. Por ello, se requiere demostrar capacidad para atender y resolver problemáticas de los servicios de salud y alimentación del lactante que es atendido en esta organización pública.

De esta forma se concluye este capítulo sobre el marco teórico y contextual para dar inicio, en el siguiente apartado, a la metodología y los instrumentos que se utilizaron para abordar la problemática diagnosticada en el objeto de estudio seleccionado, el impacto de la restricción presupuestal en los servicios de salud y alimentación de menores de 6 meses. Dicho objeto, como se menciona al inicio de esta investigación, está localizado en la organización pública de salud HG-JKR, mediante el cual se arrojaron diversos problemas que limitan la gestión de los servicios de salud.

Ante ello, la colaboración que debe tener el profesional al posicionarse en el rol y el desempeño, está orientado al otorgamiento de servicios en forma oportuna que incida en el desarrollo de buenas prácticas alimenticias. Debe de haber una cultura colectiva de trabajo centrado en el bien común, a partir de la responsabilidad compartida mostrando crecimiento profesional, cuidado, preservación, mantenimiento y generando la disposición de recursos institucionales asignados que permitan obtener resultados óptimos en la alimentación y nutrición del lactante, que incida positivamente en la salud.

1.7.2. Descripción del Niño Lactante.

Para poder abordar al sujeto de interés dentro de la organización pública de salud se parte de la premisa de analizar el término que se ha utilizado para definir al individuo y al grupo de edad al cual pertenece el niño lactante. Ante lo cual, Díaz (2005), aborda la palabra desde sus orígenes diciendo que el *lactante*, desde la concepción del latín *lactans*, define en su primera acepción que orienta hacia el niño que se amamanta, o sea, la criatura en el período de lactancia; niño de pecho, se establece que la leche de pecho es el único alimento necesario para cubrir sus necesidades de crecimiento y desarrollo adecuados hasta los 6 meses de vida. Cualquier otro alimento representaría, desde el punto de vista fisiológico, una agresión para su organismo.

Asimismo Barroso *et al* (*s.f.*, p. 1292) dentro de la clasificación de grupos de pediátricos respecto a la edad, mencionan que un niño lactante se encuentra entre los 29 días y 1 año de vida. Así también, para la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, presentada por la Secretaría de Gobernación (2015), que orienta los procesos para la atención a la salud de la infancia, describen como lactante a, la niña o el niño menor de 24 meses de edad. Además, la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993 (la cual sufrió cambios pasó en 2010 a NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad), destinada para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, que establece los criterios y procedimientos para la prestación del servicio, menciona como lactante menor o infante al niño menor de un año.

Martínez, *et al* (2009), mencionan que el individuo tiene tres etapas donde están la de lactante, escolar y adolescencia, cada una de ellas es fundamental, porque representa la velocidad que tendrá el crecimiento que como individuo incide durante el largo de la infancia, siendo determinado por los aportes nutricionales quienes hacen la diferencia en cada una de ellas, señalando en la etapa de lactante donde se presenta un rápido crecimiento somático y maduración de las funciones corporales del individuo.

Ante la diversificación que presentan autores como del propio sistema de salud, en el presente se optó por establecer el margen de edad para el estudio del niño (a) sujeto de

interés, estableciendo para los fines de estudio a aquel niño recién nacido hasta el menor de seis meses de edad a quien se denomina lactante.

1.8. ¿Por qué es Importante la Nutrición del Lactante?

Desde hace 70 años las Naciones Unidas (2018), participa como entidad responsable de los asuntos económicos, sociales y medioambientales de la Secretaría de Naciones Unidas, en el cual el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES) ha colaborado con los Estados miembros para proporcionar el apoyo fundamental a estas reuniones intergubernamentales además de desarrollar y cumplir sus funciones a través de una estrecha colaboración con la sociedad civil, los círculos académicos y las agencias, fondos y programas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (ver tabla 8).

Tabla 8.
Reuniones cumbre a favor de la alimentación infantil

AÑO	EVENTO
1990	Cumbre mundial en favor de la infancia.
1992	Conferencia internacional sobre nutrición.
1993	Conferencia Mundial de Derechos Humanos.
1994	Conferencia internacional sobre la población y desarrollo.
1995	Cumbre mundial sobre desarrollo social.
1996	Segunda conferencia de las Naciones Unidas sobre los asentamientos humanos (hábitat II). Cumbre mundial sobre la alimentación.
2002	Sesión especial de las Naciones Unidas en favor de la infancia. Cumbre mundial sobre la alimentación: cinco años después.

Nota: Diseño propio a partir de datos recuperados de las Naciones Unidas (2018) y del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES).

En función del problema de investigación puede decirse que una buena nutrición exige una buena alimentación para la población lactante. Niño que se alimenta mal no puede tener una buena nutrición, pero como en ésta intervienen muchos otros elementos, una buena alimentación no basta para tener una buena nutrición. Un defecto genético, un clima extremo, una infección, el sufrimiento emocional o la insatisfacción social pueden interferir con la nutrición. De acuerdo a Bourges (2001) la nutrición es producto de:

La interacción compleja y dinámica de la información genética que cada individuo ha heredado de sus padres con su particular historia ambiental. Ésta, a su vez, está conformada por la historia alimentaria del individuo y su relación, favorable o desfavorable, en el largo plazo con los medios físico (altitud, clima), biológico (microorganismos), emocional y social (p. 897).

Por ello, una buena nutrición se logra sólo cuando todos los factores citados son propicios. Asimismo, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP, 2019) afirma en su reporte donde da evidencia de los “beneficios que tiene el incremento de las tasas de LM exclusiva, sin embargo, resalta que ha acusado una “pérdida de apoyo político y financiero en los últimos años” (p. 7).

Y es que la alimentación a través de la Leche Materna (LM) tiene grandes beneficios para la salud de los niños y niñas. Al respecto, Álzate, *et al* (2011) refieren que la LM es considerada una alimentación ideal para el desarrollo y crecimiento adecuado del recién nacido, además de ser eficiente para mejorar la salud y generar un impacto positivo y protector en la madre, la familia, el sistema de salud y la sociedad en general. Por lo que su ausencia o interrupción aumenta “el riesgo de muerte, morbilidad, desnutrición y la frecuencia de hospitalizaciones y el elevado costo económico que representa su reemplazo por leches artificiales” (p. 58). De ahí que Hansen (2016) planteó que “el seno es mejor para la salud de por vida, también es una excelente economía. La LM es la primera inoculación de un niño contra la muerte, la enfermedad y la pobreza, también su inversión es más perdurable en la capacidad física, cognitiva y social” (p. 416).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) señala que la leche materna es la forma ideal de brindar a los niños pequeños los nutrientes que requieren para un crecimiento y desarrollo sano. Entre tanto la UNICEF (2017), sostiene al referirse a la leche materna como el alimento óptimo para los lactantes menores de dos años de edad la cual, tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, con ello, se puede contribuir “al cumplimiento de algunos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que están relacionados con la nutrición, la salud y la educación” (p. 7). Para el caso de México, de un grupo de investigadores Magaña, Rosas y Saavedra (2016) mencionaron que:

Los profesionales de la salud en contacto con mujeres en periodo de gestación y durante los primeros meses de vida del recién nacido tienen un papel fundamental en la promoción de la lactancia materna. Al no contar con la capacitación práctica necesaria para fomentar y dirigir la lactancia, es probable que muchas mujeres la desatiendan y utilicen sustitutos de la leche materna para alimentar a sus hijos. En los programas de estudio de médicos, enfermeras, personal obstétrico y parteras no impera la concientización de las técnicas de consejería ni el apoyo a la lactancia materna, y a menudo el tema no forma parte del currículo. Por ende, se debe reforzar la capacitación y la formación de los profesionales de la salud durante sus estudios y en servicio (p. 108).

1.9. Banco de Leche Materna (BLM) como Estrategia de Gobierno para acercar el Alimento y la Nutrición al Lactante

Se reconoce el esfuerzo que tienen los gobiernos por acercar a los niños el alimento, quienes han creado modelos y estrategias que destacan a los Bancos de Leche Materna (BLM) y lactarios como opciones exitosas que han sido replicados por todo el mundo. Reforzando esfuerzos se dio en 2001, cuando la OMS realizó la acreditación de los BLH, como una de las mejores estrategias sanitarias que incidió en la disminución de la mortalidad infantil, en el caso de Francia y Brasil fueron pioneros en establecer este tipo de bancos (Botello, 2015). Existen numerosos BL en Europa, Estados Unidos, Australia, Centroamérica y Sudamérica. En 2007 abrió sus puertas el segundo BLM en España, en su Servicio de Neonatología (Vázquez, Alonso, Medina, Bustos, Martínez y Pallás, 2009).

Además, Sager (2010) menciona que desde 2007, Argentina promueve los BLM, con la finalidad de mejorar la alimentación de bebés prematuros y niños que, por diversas causas no pueden ser amamantados. Ante esa voluntad destaca Brasil, el cual no fue el primero en crear BLM pero al momento es considerado uno de los más importantes desde el modelo en BLM en escala mundial que ha servido de réplica en otros países, según la publicación de Baeza (2015) el modelo incluye:

Un sistema de donación y recolección de leche materna, que permite a madres donar leche para bebés que la necesitan. En 2014 la LM donada por casi 163.000 mujeres alimentó a 183.000 bebés en Brasil. El sistema de centros de acopio, o BL, ha tenido tanto éxito que se ha convertido en un modelo para los países de América Latina, África y Europa. Brasil tiene 213 bancos, en comparación con 15 que tiene Estados Unidos.

México forma parte de la Red de Bancos de Leche Humana (RBLH), en cooperación internacional que es promovido por Brasil, quienes han impulsado como estrategia para el logro de los ODS en relación a la mortalidad neonatal e infantil y condiciones adversas de la salud con la reducción de impacto.

El acercamiento que ha tenido la Red (RBLH, 2019) con México es a través de la Secretaria de Salud (SS) donde en 1974 se firmó acuerdo básico y se promulgó el en 1975, donde se planteó el compromiso de convenio para elaborar y aplicar programas y proyectos de cooperación técnica y científica con fines de interés mutuo. Acto seguido, en 2007 se realiza cooperación técnica, donde, en México se establecieron acciones para la promoción de la Lactancia Materna e impulso de un plan de trabajo orientado a la implementación de los Bancos de Leche Humana (BLH).

Para 2010, se impulsó la implementación de BLH en 3 hospitales situados uno en la ciudad de México y dos en Zacatecas, como parte del modelo iberoamericano. En ese mismo año se realizó la capacitación sobre el procesamiento y control de calidad en un banco de leche humana, y para 2012 se realizó una visita a Río de Janeiro, Brasil para recibir capacitación sobre actividades de construcción de herramientas de monitoreo y evaluación de la operación de los BLH.

Ante esta evidencia, en México se puede canalizar y reorientar el presupuesto de gasto público en salud infantil hacia la creación de BLM que, en primer lugar, brinden mejor calidad de vida a este sector de la población y, por otro, se haga un uso más eficiente del gasto público, ante el actual ambiente de política de austeridad que está implementando el Gobierno Federal mexicano.

Que desde la Secretaria de Salud (SS) a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), se establecen lineamientos específicos para la implantación y la puesta en marcha de un BLM. Donde las organizaciones de salud

interesadas en acceder a fuentes de financiamiento para operar un BLM deben cumplir con tener desde el diseño de su infraestructura vías de comunicación que permitan el acceso a los servicios de salud que demande la población. Asimismo, contar con el equipamiento, recursos humanos, materiales y programas de servicios de salud orientados a materno-infantil (que incluye al grupo de neonatos) con hincapié en la lactancia materna; la productividad debe estar en 3000 nacimientos, y que se dé la nominación como Hospital Amigo del Niño (SS, 2017).

1.10. Relación Teórica entre Gasto Público, Pobreza y Salud del Lactante

Hasta hoy, no se manifiesta un consenso si el incremento del gasto público mejora la salud, o bien, si mejores condiciones de salud quitan presión al gasto público. Ante ello, Colchero, Contreras y González (2016, pp. 59-65) presentaron evidencia de estudios sobre costos asociados con lactancia inadecuada, a través de la compilación de una serie de documentos que tomaron con el criterio de aquellos con efecto en salud y costo entre los grupos de comparación que están expuestos principalmente por países de mediano y alto ingreso como son: Estados Unidos, Europa (Reino Unido, Italia y Holanda), Australia y México (ver tabla 9), donde destacó el impacto económico y algunos costos totales que generan las enfermedades infecciosas y no infecciosas que pueden desencadenar la muerte de aquellos niños no lactados con leche materna, así como, la ausencia de la práctica de la lactancia materna se puede convertir en “una carga económica importante para un país en términos de costos directos de atención médica, costos indirectos y gasto en fórmula láctea”.

Tabla 9.
Costos asociados con la lactancia inadecuada

País	Estudios consultados	Principales hallazgos
Estados Unidos	Presentó análisis de tres estudios documentados desde la década de los 90 ^s , relacionados al exceso del costo directo por atención médica asociada a una lactancia materna inadecuada, los que fueron aplicados a grupos de niños de ciudades específicas, niños provenientes de programas sociales y de organizaciones, e incluyo a niños pre-término.	El primero de Riordan quien estimó el costo anual nacional de 1 000 millones de dólares en costos directos por atención médica y la dotación de fórmula láctea para el tratamiento de cuatro enfermedades en niños asociadas con no lactar. Weimer tuvo como resultado que podrían ahorrarse al menos 3 600 millones de dólares anuales al alcanzar metas de lactancia de hasta 75 por ciento para madres en hospital y 50 por ciento a 6 meses posparto. Con ello, estimó los beneficios económicos a corto plazo al aumentar a nivel nacional la prevalencia de lactancia exclusiva a para enfermedades infecciosas en niños. Y Bartick y Reinhold estimaron para casos de enfermedad entre niños lactados, no lactados y para niños alimentados con lactancia materna exclusiva, donde los costos directos de atención por uso de servicios médicos, costos indirectos por pérdida de productividad de los padres al cuidado del hijo por alguna enfermedad y costos por muerte prematura, donde encontraron una carga económica por lactancia subóptima que asciende a 13 000 millones de dólares anuales. Sin contar el costo por gastos en fórmula láctea y muertes o discapacidad asociada con asma, diabetes tipo 1 y obesidad en la edad adulta y diabetes tipo 2 que está incluida de manera parcial en la obesidad infantil.
Estados Unidos	Presentó un estudio sobre los costos económicos asociados con enfermedades de las madres por lactancia inadecuada.	Según Bartick y cols, quienes estimaron los costos por cáncer de mama y ovario, hipertensión, diabetes tipo 2 e infarto de miocardio, siendo un total de 17 400 millones de dólares anuales asociados con muerte prematura y costos directos e indirectos.
Europa	Se clasificaron las estimaciones en no nacionales y nacionales.	Para las estimaciones no nacionales en Estados Unidos de un estudio realizado a 842 niños en Italia, quienes tuvieron menores costos directos de atención médica. Y las estimaciones nacionales para Países Bajos, se mostró que de lograr una meta del 100 por ciento de lactancia se ahorrarían cerca de 50 millones de euros anuales en costos directos de atención. En este caso, el estudio incluyó enfermedades en niños y madres (cáncer de ovario y mama y artritis reumatoide).
Reino Unido	De un estudio donde estimaron los potenciales ahorros para el sistema nacional de salud, según la perspectiva es aplicable a políticas que permitan el aumento en lactancia materna, que incida en cinco enfermedades infecciosas de los niños y el cáncer de mama en mujeres.	Se incluyeron sólo costos directos de atención; no se tomaron en cuenta costos indirectos o costos de fórmula. Los resultados que más destacaron fueron que al incrementar la tasa de lactancia exclusiva o mixta de 7 a 65 por ciento se hubiera ahorrado 5 millones de libras esterlinas de 2009-2010 por año en hospitalizaciones y 5.4 millones de libras en servicios ambulatorios. Si la tasa de lactancia se duplicara a 6 meses se ahorrarían 15 millones de libras durante la vida de esas mujeres.
Australia	Existen dos estudios que estiman costos asociados con lactancia inadecuada.	El primero de comparación entre niños lactantes y aquellos alimentados con fórmula, donde este último presentó mayor costo en consultas externas y hospitalizaciones. Para el segundo estudio, las estimaciones nacionales muestran los potenciales ahorros anuales de 11.5 millones de dólares, siempre que la prevalencia de lactancia aumente al 60 a 80 por ciento.
México	Estudio de estimación de costos pediátricos de 1 año de edad por no lactar asociados con enfermedades infecciosas.	Los costos totales de no lactar en 2012 se estimaron entre 745.6 y 2 416.5 millones de dólares, de los cuales entre 11 y 38%, respectivamente correspondieron a compras de fórmula infantil.

Nota: Recuperado de Montgomery y Splett, 1997; Tuttle y Dewey, 1996; Hoey y Ware, 1997; Ball y Wright, 1999; Wight, 2001; Barton, Danek y Owens, 2001; Riordan, 1997; Weimer, 2001; Bartick y Reinhold, 2010; Bartick M, *et al*, 2013; Bartick, 2013; Cattaneo, *et al*, 2006; Pokhrel, *et al*, 2015; Smith, Thompson y Ellwood, 2002; Drane, 1997; Colchero, Contreras, López y González. 2015 (cómo se citó en Colchero, Contreras y González, 2016, pp. 59-65).

El debate sobre los factores determinantes del gasto público que ha surgido para mejorar las condiciones de salud del lactante, no solo queda a ese nivel, sino que también resulta esencial para contribuir al desarrollo de un país (ver tabla 10). Sin embargo, autores señalan que no hay un nivel de gasto que sea suficiente para cubrir sus necesidades, pero sí puede analizarse qué tan eficiente ha sido dicho gasto para mejorar la salud del lactante (ChangyYung, 2006; Adeniyi y Abiodun, 2011).

Tabla 10.
Literatura sobre impacto del gasto público en salud

Investigador	Localización de objeto de estudio	Años	Indicadores	Resultados
Zakir y Wunnava (1997)	117 países	1993	Gasto público en salud como porcentaje del PIB	No es factor determinante de las tasas de mortalidad del lactante
Wang y Wang (2002)	Estados Unidos, Rusia y China	1988-1994	Gasto Público en salud en zonas urbanas y rurales	Pueden reducir la mortalidad infantil
Akram, Padda y Khan (2008)	Pakistán	1972-2006	Gasto en salud, disponibilidad, calidad servicios y PIB <i>per cápita</i> .	El gasto público en salud tuvo efectos negativos en la sanidad de las personas
Rao, Jani y Sanjivee(2009)	Indonesia, Malasia, Singapur, Filipinas y Tailandia.	--	Gasto en salud y PIB <i>per cápita</i> .	El crecimiento del PIB y, por ende, del gasto público en salud mejoró la calidad de vida de las personas.
Adeniyi y Abiodun (2011)	Nigeria	1985-2009	Gastos ordinarios y totales en salud, y PIB	El gasto público en sanidad fue positivo para la población.
Elmi y Sadagi (2012)	20 países	1990-2009	PIB y gasto en salud.	El gasto público en sanidad fue positivo para la población.
Tang (2012)	Malasia	1970-2009	Gasto en salud y PIB.	El gasto público en salud tuvo efectos positivos en la sanidad de las personas Veracruz, Tabasco, Oaxaca, Chiapas y Guerrero fueron los Estados con menor participación del gasto de la seguridad social en el gasto público
Pinzón, Reveiz, Idrovo y Reyes (2014)	México	2000, 2005 y 2010	Gasto en salud, desigualdad del ingreso e índice de marginación	Esta situación es opuesta a la verificada para los Estados de Coahuila, Baja California y Nuevo León. Los resultados sugieren que el gasto federal tiende a favorecer a los indicadores en salud en general más que el gasto estatal.
Kumar (2015)	India	1960-2008	PIB <i>per cápita</i> , porcentaje de gasto en salud, Tasas de Mortalidad Infantil y Materna (TMI, TMM).	El incremento del gasto público en salud disminuyó la tasa de mortalidad infantil
Cavalieri y Ferrante (2016)	Italia	1996-2012	Descentralización del gasto en salud y mortalidad infantil	Mayor control del gasto público por los gobiernos locales disminuye la tasa de mortalidad infantil.
Dhrifi (2018)	93 países desarrollados y en desarrollo	1995-2012	Gasto Público, crecimiento económico y mortalidad infantil	Los gastos en salud tienen un efecto positivo de reducción de la mortalidad infantil solo en los países de ingresos medio altos y altos. En los de ingresos bajos y medio-bajos el gasto sanitario no tiene un impacto significativo

Nota: Elaboración propia en base a literatura consultada (Zakir y Wunnava, 1997; Wang y Wang, 2002; Akram, Padda y Khan, 2008; Rao, Jani y Sanjivee, 2009; Adeniyi y Abiodun, 2011; Elmi y Sadagi, 2012; Tang, 2012; Pinzón, Reveiz, Idrovo y Reyes, 2014; Kumar, 2015; Cavalieri y Ferrante, 2016; Dhrifi, 2018).

En sintonía con lo anterior, entre los primeros autores que relacionan la salud con el nivel de ingreso de las personas, se tiene a Mushkin (1962), afirmando que un bien de salud posee una doble característica. En primer término, dice que las personas sanas son más productivas y pueden alcanzar más altas remuneraciones salariales; segundo, mejores remuneraciones de ingreso les permitiría pagar un mejor nivel de atención médica.

Asimismo, Fuchs (1972) establece la relación inversa, debido a que primero es necesario aspirar a mejores niveles de salud y, posteriormente, las personas son más productivas; mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS), liga la mala calidad de la salud con las condiciones de la pobreza de una población. Dando continuidad al vínculo entre el gasto público y la salud del lactante, Grossman (1972) propone un modelo teórico de demanda de salud en forma dual.

En principio como un bien de consumo, o sea, la demanda de atención de servicios de salud, medicamentos y demás bienes y servicios que las individuos están dispuestas a comprar para recuperar su nivel de salud y, posteriormente, como un bien de inversión mediante la parte del tiempo que las familias dediquen a prevenir, atender e incrementar su salud, tales como realizar ejercicio, alimentarse sanamente y acudir al médico.

Van y Muysken (2003) hacen un aporte teórico, mediante un modelo que dice que deberán optimizarse los recursos públicos de la atención a la salud para minimizar los recursos a la curación, sobre todo para la vejez. Por ello dividen los servicios en atención curativa y preventiva. Acemoglu y Jhonson (2007), dicen que el incremento en los gastos públicos gubernamentales destinados a la salud, aunado a los avances en la ciencia y la tecnología biomédica han reducido las tasas de fertilidad y mortalidad.

Además, habrá de mencionar que existen enfermedades que pueden presionar por un mayor gasto público para que las personas recuperen su salud o no se enfermen. Para ello Hamoudi y Sachs (1999) dicen que hay tres elementos que provocan enfermedades: efectos de largo plazo, impactos demográficos y enfermedades endémicas. Aquí solo se hace referencia a la clasificación de largo plazo, identificada como problemas ocasionados por la mal nutrición que tiene efectos tanto en los niños como en los adultos. Una mala nutrición, desde la infancia, condiciona la capacidad física y el

ingreso monetario en el futuro, lo que también lleva a presionar una mayor demanda por gasto público.

Desde el luego que el nivel de gasto en salud está ligado al desempeño de la economía de cada país, por lo que naciones desarrolladas destinan más recursos públicos para la sanidad, pudiendo con ello bajar las tasas de mortalidad y morbilidad en la población lactante. En un estudio realizado por Adeniyi y Abiodun (2011) para Nigeria se evidenció que el incremento del gasto público fue positivo para mejorar la salud. En tanto que para Chang y Yung (2006) en un trabajo realizado para algunos países de la OCDE, arrojaron que el gasto público tuvo una mayor tasa de crecimiento respecto a la tasa del Producto Interno Bruto (PIB) de cada una de las economías de dichas naciones.

Otros autores como Rao, Jani y Sanjivee (2009) dicen que incrementos del gasto público en salud y PIB *per cápita* son útiles para mejorar la calidad de vida. Asimismo, Elmi y Sadeghi (2012), en trabajo realizado para 20 naciones encontraron evidencia positiva entre el gasto público en salud y el crecimiento del PIB en sus economías. Por su parte Tang (2012) en una investigación realizada en Malasia, dice que el nivel de gasto público en salud es muy relevante para la calidad de vida de las personas.

Al revisar otras evidencias empíricas, se encontró que el gasto público tuvo efectos negativos sobre la salud del lactante, tal como lo planteó una investigación realizada en Pakistán por Akram, Padda y Khan(2008). En cambio, Kumar (2015), al efectuar una investigación sobre la India, encontró que incrementos del gasto público en salud disminuyen la tasa de mortalidad en los lactantes. En un artículo sobre gasto en salud en México, de acuerdo a Pinzón, Reveiz, Idrovo y Reyes (2014) llega a la conclusión que:

La inversión financiera realizada por ente federal parece ser más efectiva para fortalecer las condiciones de salud de la población que la inversión realizada por el ente estatal, lo que vuelve a poner en discusión el proceso de descentralización iniciado con la reforma de salud (p. 6).

En la actual administración pública federal de este país hay indicios que se quiere volver a centralizar la administración de la salud. Para Cavalieri y Ferrante (2016) en su estudio del impacto de la descentralización fiscal sobre la salud infantil en Italia, donde sus principales resultados “mostraron que a mayor proporción de ingresos tributarios aumentados y/o controlados localmente, así como una menor dependencia transferencial

del gobierno central están asociadas consistentemente con una tasa de mortalidad del lactante” (p. 74).

Respecto a los trabajos realizados sobre la mortalidad infantil en otros países del mundo, autores como Wang y Wang (2002) examinan los elementos clave para los resultados en materia de salud en Estados Unidos, Rusia y China, tanto en zonas rurales y urbanas, y destacan que el gasto público en salud a nivel nacional puede reducir notoriamente la mortalidad infantil. A partir de datos transversales de 1993 que abarcan 117 países, Zakir y Wunnava (1997) descubren que el gasto en salud de los gobiernos, como porcentaje del Producto Nacional Bruto (PNB), no es un factor determinante de las tasas de mortalidad infantil.

Finalmente, en la revisión de evidencias, Dhryfi (2018) se planteó la hipótesis que habría una correlación positiva entre el gasto en salud y la mortalidad infantil, de modo que un aumento del gasto redundaría en la disminución de las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años. Sus resultados mostraron que un mayor gasto sanitario tiene un efecto positivo y significativo solo en los países de ingresos medio-altos y altos, pero no en los de ingresos bajos y medio-bajos. Lo anterior pudiera implicar que en estas últimas naciones los recursos no estén aplicándose eficazmente a la población infantil.

De esta forma, se revisó la teoría y evidencia empírica que liga al gasto público con la salud donde está presente el lactante. Al buscar mecanismos que favorezcan a la población lactante, como estrategia preventiva reduciendo enfermedades prevenibles en esta población. Se aspira que esto contribuya para que el gasto público en el HG-JKR sea más eficiente e impacte en la salud del lactante.

1.11. Gasto en Salud Respecto al PIB

Conforme a datos de 2014 para México, el gasto en salud apenas representó el 3 por ciento del PIB, cifra inferior al resto de los países que se consultaron y muestran en la tabla 11. Costa Rica fue el país latinoamericano que más invierte en salud con 6 por ciento respecto a su producción interna. En referentes internacionales resalta Francia con casi un 9 por ciento de inversión respecto a su PIB (Kanavos, Colville, Kamphuis y Gill, 2019).

Tabla 11.
Gasto público como proporción del PIB, estudio de 13 países

País	Gasto en salud % GDP	Gasto militar % GDP	Gasto en educación % GDP	Gasto en pensiones sociales % GDP
Argentina	4.88	0.81	5.88	0.50
Brasil	3.81	1.35	5.95	0.50
Chile	4.91	1.92	4.90	2.90
Colombia	4.13	3.08	4.48	0.10
Costa Rica	6.19	0	7.06	N/A
Ecuador	4.24	2.51	5.00	0.30
México	3.06	0.56	5.33	2.30
Panamá	4.32	0	3.19	0.20
Perú	3.25	1.30	3.81	0.10
Uruguay	6.44	1.88	4.36	0.50
Francia	8.73	2.33	5.52	13.80
España	6.51	1.13	4.28	11.40
Uk	7.94	1.81	5.63	6.10

Nota: Gasto en salud (Banco Mundial, 2018b); Gasto militar (Banco Mundial, 2017a); Gasto en pensiones (Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú, Uruguay (Banco Mundial, 2018a); Chile, México, Francia, España y Reino Unido (OCDE, 2015); Gasto en educación (Banco Mundial, 2018c) (Argentina, 2015; Brasil, 2014; Chile, 2015; Colombia, 2016; Costa Rica, 2016; Ecuador, 2015; México, 2014; Panamá 2011; Perú 2016; Uruguay, 2011; Francia, 2014; España, 2014; Reino Unido, 2015).

1.12. Marco Jurídico-Normativo

Para brindar servicios de salud orientados a la población lactante, la organización requiere del recurso humano, de infraestructura y equipamiento, de los cuales, se logró plantear dentro del presente marco jurídico-normativo, el cual está conformado bajo el derecho y la clasificación desde el orden internacional y nacional. Con ello, permite la protección del lactante en materia de amparo alimentario, donde sus padres brindan el acceso a los servicios de salud según las condiciones laborales o de recursos económicos que ellos poseen. Por ello, no solo el lactante y su familia se ve reflejado en este apartado, también se incluyen elementos del prestador de servicios y la organización.

Con ello, se hace referencia desde el orden internacional, donde se contempló la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU, 1948) establece dentro del Capítulo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Por otro lado, a nivel nacional en México, se retoman elementos que hablen sobre la protección en materia de derecho a la salud, deriva de las fuentes de trabajo que permite a la persona garantizar el acceso a la salud según sea el rubro del desarrollo para el ejercicio laboral desempeñado. Es por ello que la Secretaría de Gobernación (SG) hace referencia de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece del Capítulo I. “todas las personas gozarán de los derechos humanos” (SG, 2017, p. 9).

La Ley Federal del Trabajo (LFT, 2019, p. 1) establece en su Título Primero de los Principios Generales del artículo 2º que, “las normas del trabajo tienden a conseguir el equilibrio entre los factores de la producción y la justicia social, así como propiciar el trabajo digno o decente en todas las relaciones laborales”. De ahí, según lo reformado en 2012 propone que:

La igualdad sustantiva, se logra eliminando la discriminación contra las mujeres que menoscaba o anula el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y las libertades fundamentales en el ámbito laboral. Supone el acceso a las mismas oportunidades, considerando las diferencias biológicas, sociales y culturales de mujeres y hombres (DOF, 2012).

Asimismo, el Estado Mexicano tiene a la Secretaria de Salud (SS) como órgano rector de la salud en el país, quien no distingue el rubro de prestación de servicios, sean estos públicos o privados para todo el país. Por ello, se contrae la Ley Federal del Trabajo (LFT, 2012, p. 1), donde planteó en el Artículo 3º que “el trabajo es un derecho y un deber sociales”. El cual se reformo en 2019, y la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión a través del Diario Oficial de la Federación (DOF) mencionaron que el trabajo:

No es artículo de comercio, y exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta, así como el reconocimiento a las diferencias entre hombres y mujeres para obtener su igualdad ante la ley. Debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida digna y la salud para las y los trabajadores y sus familiares dependientes (DOF, 2019, p. 2).

Asimismo, el Artículo 123, plantea como parte de los decretos que “toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley” (S.G., 2008).

En el mismo tenor, el artículo 1º de la Ley General de Salud (LGS, 2019, p. 2) reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. Al cual, en 2013 se adicionó el artículo 1º. Bis donde, se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

De ahí que, en la misma ley según la Cámara de Diputados en 2019 y 2017, planteó desde el artículo 2º el derecho a la protección de la salud, que tiene las siguientes finalidades: el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades (fracción reformada DOF, 2013), así como la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, entre otras. Las cuales se orientan al beneficio de la sociedad.

Además, más allá de la pertinencia ética de la iniciativa, está cuenta con el amparo de la legislación nacional, de acuerdo a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2017, p. 9) quien retoma la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se señala desde el Título Primero Capítulo I De los Derechos Humanos y sus Garantías al plantear en el artículo 4º Constitucional que “el varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia” además, establece que “toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, y el Estado lo garantizará”. Además, en otro apartado del artículo 4º la Secretaría de Gobernación (2014) mencionó que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución (p. 20).

Por otro lado, los lineamientos de la Ley General de Salud, planteó en lo referente a las políticas, acciones y toma de decisiones del Estado que, en todas las decisiones y actuaciones será el propio Estado quien velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez (DOF, 2014 p. 1).

Asimismo, se planteó que los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios. Donde, el Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez (CNDH, 2017, p. 10). Por otro lado, la Cámara de Diputados (2020, pp. 4-5) mencionó según la LGS en el Título Segundo del Sistema Nacional de Salud Capítulo I de Disposiciones Comunes establece en el Artículo 5°:

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Y el Artículo 6° señaló que el Sistema Nacional de Salud planteó como parte de sus objetivos “dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez”, asimismo, Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud, Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud y Diseñar y ejecutar políticas públicas que propicien la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, que contrarreste eficientemente la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria, entre otros.

Además, en fracción Bis II adicionada de la misma ley, busca promover e impulsar desde las instituciones del Sistema Nacional de Salud, donde se implementen programas cuyo objeto consista en brindar atención médica integrada de carácter preventivo, acorde

con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas, en lo dicho por Cámara de Diputados (2020, p. 6).

A su vez, el derecho humano al cual tienen derecho la población lactante, se retomó lo dicho por la Cámara de Diputados (2019, pp. 2-7), quien reconoce desde el artículo primero de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, donde son titulares de derechos, con capacidad de goce de los mismos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; y en el artículo 2 fracción I donde se busca: garantizar un enfoque integral, transversal y con perspectiva de derechos humanos en el diseño y la instrumentación de políticas y programas de gobierno. Asimismo, el artículo 6º plantea para efectos del artículo 2 de esta Ley, son principios rectores, los siguientes: fracción VI. El derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo. Asimismo, en el artículo 7º de la presente ley se menciona que:

Las leyes federales y de las entidades federativas deberán garantizar el ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos de niñas, niños y adolescentes; así como prever, primordialmente, las acciones y mecanismos que les permitan un crecimiento y desarrollo integral plenos. Y en el Título Segundo desde el artículo 13 se establecen en las fracciones el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; el derecho de prioridad; el derecho a la identidad; el derecho a vivir en familia; y el Derecho a vivir en condiciones de bienestar y sano desarrollo integral.

Por otro lado, se articula lo establecido en lo referente a los lineamientos, normas y criterios que se establecen desde el orden nacional para las organizaciones de salud proveedoras de servicios de salud para la población lactante. En lo referente al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la Cámara de Diputados (2013, p. 10-11), donde el capítulo IV para las Disposiciones para la Prestación de Servicios de Hospitales, señalan en el artículo 70 que se clasificarán los hospitales será atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución de la atención hospitalaria, por ello, al hablar de un hospital general es considerado como:

Un establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: cirugía general, gineco-obstetricia,

medicina interna, pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

Por otro lado, la Cámara de Diputados (2019, pp. 57-129), señalaron que la LGS en el capítulo V de las disposiciones para la prestación de servicios de atención materno-infantil, donde deriva el artículo 61, que tiene por objeto la protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post-parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto, se plantea que las acciones tendrán que ser en carácter prioritario. Asimismo, en el artículo 62 se plantean los servicios de salud, que se promoverá la desde la organización institucional, los comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Asimismo, la Cámara de Diputados (2019, p. 60), mencionan que el artículo 64, señala que la organización y operación de los servicios de salud que están destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios; y Título Cuarto se planteó para lo referente a los Recursos Humanos para los Servicios de Salud, estableciendo los lineamientos desde el capítulo I a profesionales, técnicos y auxiliares, que está sujeto a las profesiones según establece su actividad.

En lo referente al artículo 98 la Cámara de Diputados (2013, p. 15), señala que el personal responsable de los servicios de cuna y similares de un hospital gineco-obstétrico, estará obligado a fomentar la lactancia materna. Sólo estarán facultados para indicar fórmulas artificiales para la alimentación de recién nacidos, los médicos que atiendan a éstos durante su estancia en el hospital.

Además, la Cámara de Diputados (2019, p. 59) estableció el artículo 61 fracción VI la atención del niño y su vigilancia durante el crecimiento y desarrollo, y promoción de la integración y del bienestar familiar, además el 61 Bis señala que toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud.

De la misma forma, la Cámara de Diputados (2019, pp. 57-61) la fracción II del artículo 64, se establecen las acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar, la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado, de ahí que la fracción I Bis, señala que: al menos debe existir un Banco de Leche Humana (BLH) por cada entidad federativa en alguno de sus establecimientos de salud que cuente con servicios neonatales. Aquí, a bien se puede señalar que en el estado de Sinaloa no ha atendido la recomendación, de instalar y operar un BLH.

Por otro lado, la Secretaria de Salud (SS, 2017) a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, señalan el marco normativo a fin de “determinar las áreas, los espacios físicos, equipamiento necesario para el funcionamiento del establecimiento de salud en el Programa Médico-Arquitectónico (PMA)”. En el cual, toman en cuenta la funcionalidad y dimensiones del área física para la prestación de servicios según el tipo de hospital. Además, consideran la rotación de paciente, familia y personal multidisciplinario, de estos últimos contempla las actividades a desarrollar. De ahí se derivan las:

1. NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios;
2. NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada;
3. NOM-027-SSA3-2013, para la regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica;
5. NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención

médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud; 6. NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud; y 7. NOM-087-ECOL-SSA1-2002, para la protección ambiental, de residuos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

Por otro lado, se plantea las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y programas que han impulsado desde la política pública para asegurar la alimentación de la población lactante, de ahí que dentro del marco normativo, se recuperó la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, la cual señala desde su objetivo la aplicación de esta norma que establece los criterios que deben seguirse para orientar a la población en materia de alimentación, asimismo, el apartado 4.3.3 implícito en la disposición general, planteó que “se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del individuo (SG, 2013).

Además, en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, incorporó como objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida. Asimismo, se propone que, dentro de los servicios que tiene la organización de salud que ha sido retomada por el equipo multidisciplinario de salud, quien es prestador de servicios de la persona recién nacida, orientando la alimentación sostenida en forma exclusiva al seno materno y/o leche humana desde el alojamiento conjunto. Teniendo como disposiciones generales orientadas a la atención médica desde un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería. Haciendo notar desde la promoción de la salud materna y perinatal, que:

La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr desde la consulta reducir los riesgos de la salud y planificar adecuadamente la familia.

Con lo cual, se consideran las Normas Oficiales Mexicanas que consideran al lactante y la necesidad que se debe cumplir desde la organización de salud, por ello, Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, tiene como objetivo establecer las características y especificaciones mínimas que deberán observar las instituciones

públicas, sociales y privadas, que otorguen asistencia social alimentaria a grupos de riesgo. Para ello, se brindará orientación alimentaria. En el caso de la leche se deberá revisar en la etiqueta que en sus ingredientes no se incluyan sustancias ajenas a este producto. De ello depende:

La promoción de la participación de los grupos beneficiarios en el desarrollo de redes de alimentación, fomento al desarrollo de talleres y pequeñas empresas que generen ingresos, la conservación y mantenimiento del medio ambiente, a través del buen uso de los recursos locales, de los residuos derivados de la entrega de ayuda alimentaria, así como la incorporación de buenas prácticas de producción de alimentos, donde se lleve la implementación de mecanismos de desarrollo de capacidades que permitan la autogestión de los beneficiarios.

Conjuntamente, la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño, tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años.

En lo referente a la Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, de productos y servicios, para las fórmulas de lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Establece las disposiciones sanitarias y nutrimentales generales orientadas al control, expedición, etiquetado, especificación y suministro público en forma responsable. Implantando como objetivo la observancia obligatoria para las personas físicas y morales que se dedican al proceso y/o importación de los productos objeto de la misma, que van a ser comercializados en el territorio nacional.

A su vez, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna, como objetivo establece los criterios y procedimientos para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna hasta los 2 años de edad, siendo alimento exclusivo durante los primeros seis meses de edad, así como también plantea las disposiciones generales que indican que:

En todo establecimiento que proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida y continuarla a libre demanda y en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida del recién nacido. Además contiene apéndices donde menciona, las razones médicas que justifican el uso de sucedáneos de leche materna, propone la carta de consentimiento informado para el uso de sucedáneos, establece cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, así como, los requisitos para la instalación de salas de lactancia y capacitación en lactancia materna.

En el periodo de 2014-2018 el Gobierno de la República (GR) puso en marcha la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, el cual tuvo como objetivo general, incrementar el número de niñas y niños que son alimentados al seno materno desde su nacimiento y hasta los dos años de edad. Teniendo en cuenta el trabajo coordinado interinstitucional, para desarrollar las acciones, la medición y evaluación de indicadores y dar seguimiento de los resultados; para el fortalecimiento de las capacidades institucionales (GR, 2014, pp.7-20).

Asimismo, en 2017 entra en vigor Ley para la protección, apoyo y promoción a la lactancia materna para el estado de Sinaloa. En lo que se establece el artículo 2 para la protección, apoyo y promoción a la lactancia materna es corresponsabilidad de padres o quienes ejerzan la patria potestad, tutela, guarda o custodia. El Estado garantizará el cumplimiento del objeto de la presente Ley en coadyuvancia con los sectores privado y social. Así como el artículo 4 que para efectos de la presente Ley el alimento complementario: se entiende como aquel alimento adicional a la leche materna o a la fórmula infantil; que ayuda a la provisión de alimento complementario a los lactantes y niños pequeños, que no satisfacen sus necesidades alimentarias en cantidad y calidad, bajo prescripción médica; donde se encuentra el banco de leche, que es entendido como el establecimiento para recolectar, almacenar, conservar y suministrar la leche materna extraída o donada. A lo que se describe como lactancia materna a la alimentación procedente del seno materno, que habrá de brindarse al lactante, a quien se describe como a la niña o niño de cero a dos años de edad. Por lo que se conducirá la política estatal en materia de lactancia materna.

Capítulo II.

Metodología

Respecto a los pasos metodológicos que se tomaron en cuenta para realizar el presente trabajo de investigación, sobre gasto público en salud del lactante, se menciona primero que, esta investigación se vincula al ejercicio diario del gasto público que se genera en el HG-JKR. De esta forma, se procedió a delimitar las áreas de interés que incluyen a la población que mayormente demanda servicios de consultas, medicamentos y hospitalización, obteniendo datos que se limitaron (son los que tenía la organización) para este caso de niños y niñas menores de cinco años, delimitando a la propuesta solo a los lactantes que de forma positiva impactara a las edades subsecuentes como individuos.

Por ello, se segmentó en dos fases la primera para el diagnóstico y la segunda para el estudio del sujeto de interés (lactante) inserto en la organización, donde su aplicación surgió del interés para el desarrollo de la presente investigación que dio pie a la propuesta metodológica para la creación de un Banco de Leche Materna (BLM) destinado a la población lactante. Pero para marcar las pautas se parte con teorizar y mostrar los pasos secuenciados a los que se recurrió como investigados donde se incorporaron herramientas definidas y otras requirieron ser diseñadas.

Expresando así que, la investigación científica brindo al investigador pautas que derivaron en respuesta y argumentos que permitieron conducirlo hasta llegar a hacer la propuesta metodológica como parte del conocimiento surgido de la experiencia de otras entidades que permitió como transferencia llegar a un nuevo conocimiento. Ante lo cual, Munch (2012), señala que la investigación científica constituye “una serie de etapas a través de las cuales se busca el conocimiento mediante la aplicación de ciertos métodos y principios” (p. 25). En ese tenor, el investigador hace uso de la investigación científica, en busca de dar respuestas a problemáticas empleando una metodología que brindó conocimiento.

Ante ese entendimiento, se precisó de un campo de saber, donde estuvo presente la comprensión social, que hizo viable el abordaje, la investigación social puede entenderse como el proceso por el cual, surgen preguntas sobre comprensiones del ser humano,

donde en cada momento de la investigación se necesita estar describiendo e interpretando la percepción y explicación de la realidad que experimentaron quienes participan en una organización de salud.

Desde luego, primero se consultaron documentos y presupuestos sobre los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) para el Estado de Sinaloa y, a partir de allí, se procedió a enfocar el esfuerzo en el objeto de estudio localizado en el HG-JKR, ubicado en la ciudad de Los Mochis (localizado en el norte de esta entidad federativa).

Así, el objeto de estudio seleccionado, es el gasto en salud del lactante, que son atendidos en el HG-JKR. Para abordarlo fue necesario tomar datos de bitácoras de hospital, así como información proporcionada por informantes clave que permitieron hacer la estimación del gasto en consultas, medicinas y hospitalización.

De acuerdo a lo reflexionado en las primeras páginas de este capítulo, el objetivo es dar a conocer el método y pasos que se utilizaron para abordar el problema surgido en el marco empírico de la restricción presupuestal sobre los servicios de salud y alimentación del lactante en el HG-JKR. Ello preocupa, en el sentido de frenar la mortalidad por causa prevenible del lactante. De hecho, la evidencia presentada por Roberts y Bogg (2004) sustentó que los infantes nacidos en hogares de bajos ingresos tienen una mayor probabilidad de tener problemas de desarrollo y de salud desde su nacimiento.

2.1. Método

Para decidir el método que se utilizaría en esta investigación, se retomaron premisas de autores donde se busca que haya una relación entre el conocimiento y la práctica, cuyo propósito es solucionar problemas o necesidades de la sociedad (Baena, 2014; Cortés e Iglesias, 2004; Pereira, 2011; Cascante, 2011).

Por ello, en forma permanente, se decidió aplicar el método mixto. Este tipo de método se está consolidando en el mundo, se le reconoce como un enfoque que presenta varias perspectivas para ser utilizado. Es decir, busca dar explicación de un fenómeno cuando un enfoque u otro no alcanzan a resolver la problemática planteada.

Este tipo de método es incluyente y plural, su meta no es ser considerado un método dual o anteponer un método sobre el otro, sino busca la integración sistemática de ambos

métodos, al utilizar y combinar las fortalezas de ambos. Aquí se reconoce el valor del conocimiento bajo una visión completa del fenómeno a estudiar (Hernández, 2014; Chaves, 2018; Pole, 2009; Cerdeño, 2012; Durán, 2019; Gil, 2006). Ante estas características, el método mixto es pertinente para el tipo de organización en la que se desarrolló el estudio.

2.2. Fase 1. Diagnóstico

Previa autorización de ingreso como investigador, se utilizó en forma inicial el método cualitativo, para ello, se abordaron a informantes clave para la aplicación del instrumento para la recolecta de datos en forma general de la organización pública de salud, el cual fue el diagnóstico (el cual se tuvo que diseñar), herramienta que permitió la aproximación a las áreas de la organización que demandan mayor gasto público como producto de los servicios que otorgan al ser generado por extensión del día estancia cama de la persona hospitalizada. Elementos que permitieron acotar la información hasta llegar a identificar el sujeto como población de interés para el estudio, que en este caso fue la población lactante.

2.2.1. Universo: contexto de la organización de salud.

El recorrido se realizó en forma sistemática dentro de la organización de salud (HG-JKR), a partir de la autorización que otorgó el director como responsable legal y máxima autoridad de la institución. Se realizó presentación con los líderes de altos mandos y personal asistencial que permanece inmerso en los servicios y en contacto directo con el paciente. Además, se tomaron acuerdos donde se les hará entrega de un documento impreso además de la presentación de resultados, al autorizar la tesis por la coordinación del programa de doctorado en gestión de las organizaciones.

2.2.2. Población.

El sujeto de estudio es el HG-JKR, entidad responsable de brindar servicios de salud pública a la población del municipio de Ahome, donde se encuentra el personal del área

médica, paramédica, confianza y afín quienes forman parte de la organización, institución pública de segundo nivel de atención.

Además, aquí se planteó que aun trabajando para el HG-JKR el personal contratado con régimen de tercerización (subrogado), fue excluido en las dos fases de la investigación, ya que se encuentra realizando funciones en vigilancia, lavandería e intendencia, bajo el argumento de que es personal eventual con rotación frecuente y permanece tiempo corto en la organización.

2.2.3. Muestra y muestreo.

En forma inicial se acudió a realizar visitas con directores de las tres instituciones públicas del municipio de Ahome (IMSS, ISSSTE y SS), entre los meses de agosto a noviembre de 2016. El propósito era acceder a una de estas instituciones para realizar la investigación. De esta forma en el mes de mayo de 2018, fue el director del HG-JKR quien autorizó el ingreso, brindó el permiso y voto de confianza para aplicar cada una de las fases que requirió la investigación. Fue así como se decidió el objeto de estudio de esta investigación. Para el desarrollo del diagnóstico de la organización se necesitó emplear el periodo comprendido de junio a septiembre de 2018.

Respaldando lo anterior, Espinosa, Hernández, López y Lozano (2018) mencionan que “Goodman en 1961 describe que el término de bola de nieve se usa con frecuencia para medir características en poblaciones que carecen de marco muestral, para acceder a poblaciones de baja incidencia y/o a individuos de difícil acceso; a lo que se conoce como poblaciones ocultas” (pp. 4-5).

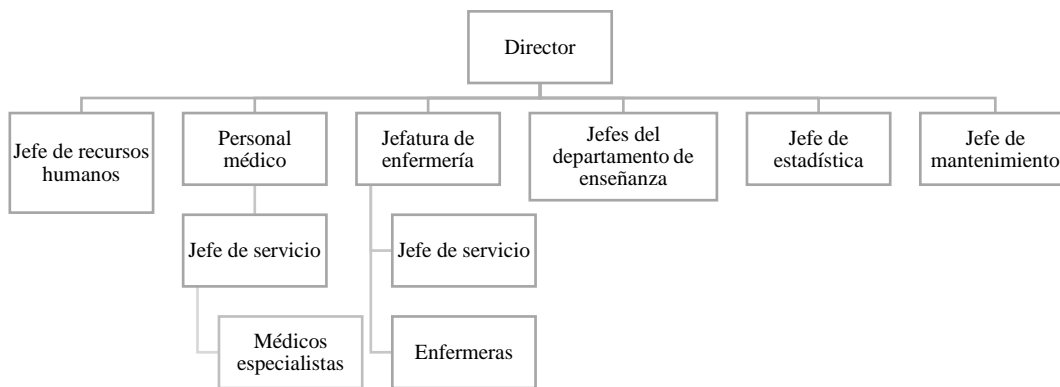
En estos casos no es posible aplicar alguna técnica de muestreo probabilístico, y de allí surge la conveniencia de usar el método de bola de nieve. Esta técnica no probabilística sustenta que los miembros de la población tienen una red social, la cual nos permitirá contactarlos.

Cuando se delimitó y seleccionó a los individuos para ser estudiados, se reclutaron a nuevos participantes entre sus conocidos, así el tamaño de la muestra se incrementó en forma significativa durante el desarrollo, para lo que se aplicó el muestreo por bola de nieve. En este tipo de muestreo, un primer participante del grupo muestral sugiere a otro

y se esa forma sucesiva hasta saturar o repetir la información sobre el tema de interés sobre el que se investiga (Pérez, Lagos, Mardones y Sáez, 2017; Corral, Corral, y Corral, 2015). Donde, esta técnica es no probabilística y permitió sustentar que los miembros de la población tienen una red social de contacto o comunicación, la cual, permitió contactarlos con facilidad.

De esa forma, se consideraron como informantes clave, (ver figura 9) consistió de 10 enfermeras, 2 jefas de enfermería, 3 jefas de servicio de enfermería, 3 médicos jefes de servicio, 5 directores médicos que estuvieron presentes en periodos diferentes, 5 médicos especialistas, un jefe de recursos humanos, una jefa y un jefe de enseñanza, también participaron el jefe de estadística y otro de mantenimiento, a quienes cuidando su anonimato, privacidad e individualidad se asignaron categoría con siglas, donde solo el investigador conoció a los participantes, descritos a continuación:

Figura 9.
Informantes clave del HG-JKR, durante el Diagnóstico



Nota: Elaboración propia.

De E.1 a E-10 corresponde a personal de Enfermería que son 10.

J.E.A. Jefa de Enfermería Anterior.

J.E. Jefa de Enfermería (actual).

JEM. Jefa de Enseñanza del área Médica.

J.E.S. de 1 a 3. Jefa de Enfermera de Servicio.

DM-1 a DM-5 para Director Médico.

MJS. de 1 a 3. Médicos Jefes de Servicio

M-1 a M-5 Corresponde a Médicos Especialistas.

J.R.H. Jefe de Recursos Humanos.

JMT. Jefe de Mantenimiento.

JDE. Jefe del Departamento de Estadística.

Donde para ser informante clave se contempló a aquellas personas quienes son considerados expertos sobre el tema y quienes habían vivido experiencias laborales en la institución, y aquellos que fueron propuestos por líderes de la organización, donde brindaron información confiable. El evento quedó a manera de reclutamiento de la muestra hasta que llegó al punto de saturación, partiendo de contar con voluntad de participar en la investigación.

2.2.4. Técnica de recolecta de la información.

En esta fase, el investigador realizó la descripción de los primeros pasos que permitieron la caracterización de la organización de salud HG-JKR, donde se consideraron elementos y criterios que parten desde la aprobación para acceder y conocer el inmueble en toda su composición física, productividad de los servicios que prestaron en un tiempo determinado (2016-2019), y la clasificación la plantilla laboral que comprende al personal médico, administrativo y operativo, quienes fueron el recurso estratégico clave para la obtención de información como fuente primaria.

Como acto seguido, se requirió verificar la información obtenida a través de la fuente secundaria que comprendió: reportes del archivo hospitalario, bitácoras, expedientes y registros clínicos. Dando paso al reporte sintético, este permitió proceder a delimitar el tema de investigación.

La colaboración del investigador en el contexto, fue con criterios de participación moderada, al involucrarse en algunas actividades pero no en todas, a partir de cumplir los propósitos, se mantuvo en forma permanente la observación desde el momento de aceptación, lo que permitió describir conforme las dinámicas del contexto y durante las fechas antes especificadas, se logró identificar y comprender procesos que desarrollan los profesionales, con ello, se pudo identificar una gama de problemas institucionales y de salud que aqueja a la organización y que trae consigo la población lactante. Respecto

a la dinámica del ambiente físico (entorno) y el ambiente social humano, se contó con acciones, recursos e instrumentos específicos que emplean los prestadores de servicios durante sus intervenciones.

Para la formalización del ingreso se necesitó realizar la gestión pertinente desde la Coordinación General del Programa de Doctorado en Gestión de las Organizaciones, donde se emitió carta de gestión (ver anexo 2). La carta de aceptación emitida por el director de la organización de salud (ver anexo 3). Asimismo, se integra carta de consentimiento informado (ver anexo 4), incorporando cada uno de los anexos a la presente investigación.

Acto seguido se diseña y aplica instrumento de investigación, el cual fue validado por el grupo de expertos de la organización, la información se administra en base Excel, la cual fue tratada a través del Método Hanlon que derivó en la priorización del problema dentro de la organización pública de salud de segundo nivel de atención.

2.2.5. Instrumento para la recolección de la información.

En tanto, la recolección de información (ver anexo 5) se confeccionó el diagnóstico a quien se asignó el nombre de Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS), estructurado a partir de elementos que están en dos instrumentos gubernamentales, los cuales son: Diagnóstico Situacional (DS) para unidades médicas sede DEP/97 y el Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud (PMCCS), que se comprendió 15 capítulos constituidos en 51 sub-capítulos, 12 apéndices y una cedula descriptiva con cinco apartados con preguntas de opción de respuestas abiertas los que se describen a continuación:

Documento 1. Diagnóstico Situacional (DS) para unidades médicas sede DEP/97 propuesto por la Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. El documento constituido por datos establecidos que contienen: identificación de la institución, autoridades, organigrama, población a quien se presta servicios, tipo de hospital, recursos humanos, tipo de enseñanza, consulta que se brinda, hospitalización, procedimientos quirúrgicos, estudios con auxiliares diagnóstico, comités funcionales, otros servicios que se ofrece en la institución, morbilidad y mortalidad hospitalaria.

Documento 2. Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud (PMCCS) propuesto por la Secretaría de Salud se encuentran los criterios que solo retoman los: datos de identificación y presentación de la institución. Así se dispuso la correspondiente a la fase I (de las cuatro que comprende) denominada planeación lo que favoreció en forma significativa el ciclo de esta metodología.

Dentro del análisis y priorización de la información recabada se mantuvo organizada en una base de datos en programa informático excel 2016, donde se analizó la información obtenida del DOIS siguiendo los pasos y criterios del método Hanlon, que permitió determinar la priorización del problema, dentro de los problemas existentes en la organización pública de salud. En lo referente al método Hanlon, fue adoptado en 2014 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien extiende la propuesta a la OMS y a aquellos gobiernos nacionales, porque este método suele ser útil ya que “proporciona un enfoque más preciso para la asignación de prioridades a los programas de salud pública relativos al control de enfermedades y a otras áreas programáticas” (OPS, 2014).

Asimismo, Molares y Cabrera (2018, p. 42), refieren que desde una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud, el método de Hanlon, es una herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. A lo cual, Rodríguez y López (2004, p.p. 181-182) refieren que este método es el más utilizados en priorización, ya que es flexible y cada componente puede “objetivarse” sin dificultad. Y para Cruz, Fernández y López (2012, p. 80) mencionan que este método constituye una tecnología en salud para la toma de decisiones adecuadas.

Para ello, se siguieron los cuatro componentes que propone el método Hanlon, según lo dicho por Morales y Cabrera (2018, p.p. 42-49) quienes mencionaron que son: magnitud del problema, severidad del problema, eficacia para la solución del problema y factibilidad de la intervención. Con estos elementos, se inicio con la ponderación que permitió la priorización del problema, seguido de la medición de la magnitud y severidad del problema, con lo cual se identificó el número de personas que se pueden verse afectadas por el problema prioritario, por ello, existe una estrecha relación entre la población total expuesta al problema de salud y el problema que se presenta con mayor demanda de servicios, aunado a la población vulnerable y la factibilidad de resolución,

ante lo cual se delimita al número de tiempo por día estancia cama, durante la hospitalización y según las camas censables de la organización pública de salud, durante el tiempo estudiado que se planteó para el estudio que fue 2017.

Componente A: magnitud del problema.

Al que se asignaron puntuación de prioridad (A+B) C X D

Donde la estimación de la magnitud del problema (ver tabla 12) a partir del número de personas.

Tabla 12.
Ponderación según componente de magnitud del problema

Unidad por 1,000,000 de población	Puntuación
50,000 ó más	10
5,000 a 49,999	8
500 a 4,999	6
50 a 499	4
5 a 49	2
0.5 a 4.9	0

Nota: Elaboración propia a partir de criterios del método Hanlon.

Componente B: severidad del problema.

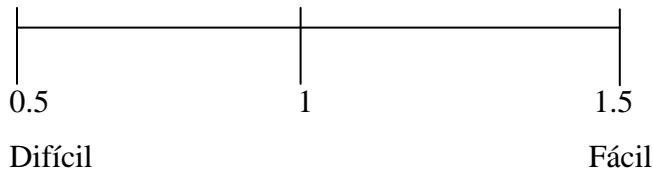
Al que se integraron datos objetivos y subjetivos, que derivan en rigor científico, partiendo que de acuerdo al grupo investigador se asignó según los criterios de las tasas de mortalidad, las tasas de morbilidad día estancia hospitalaria, ingresos y egresos hospitalarios, que contempla el gasto que se generan como producto de la enfermedad demandante de servicios de salud para lo cual se asignó de entre una puntuación de escala de 0 a 10, según sea el caso o aspecto evaluado se asignó el valor máximo de severidad buscando obtener la media.

Componente C: eficacia para la solución del problema.

Se tomaron en cuenta son el recurso humano, tecnológico, técnico y material, a los que dentro de la valoración se asignó la puntuación de una escala de 0.5 a los problemas difíciles de solucionar y 1.5 a los que tienen mejores condiciones posibles de solución

(ver figura 10). Donde la eficacia, la valoración define que tan fáciles o difíciles es realizar la solución de los problemas.

Figura 10.
Componente de eficacia para la solución de problemas



Nota: Elaboración propia a partir de criterios del método Hanlon.

Componente D: factibilidad de la intervención o también conocido como PERLA.

Aquí se consideraron como elementos: P= pertinencia E= factibilidad económica A= aceptabilidad. R= disponibilidad de recursos L= legalidad

De acuerdo al valor positivo con relación a la factibilidad permite dar las pautas necesarias, pero no determinantes para que un problema suela ser establecido como prioritario. En este caso, en cada uno de los factores se responderá con un “sí” que se le asignará un valor de 1 o “no” al que le corresponderá el valor 0. Como recordamos, este componente multiplica al resto del producto obtenido en los componentes A, B y C, por lo tanto, un valor de 0 en todos los factores del componente D considera inviable el problema que se está abordando. En este sentido, un valor positivo en la factibilidad es una condición necesaria, aunque no suficiente, para que un problema se considere como prioritario. Con ello, se hizo posible hacer la propuesta de solución del problema que quedo a nivel de propuesta de intervención: el modelo al que se denominó Modelo para la gestión, diseño e implementación de Bancos de Leche Materna (BLM).

2.3. Fase 2. Estudio del Sujeto de Interés Inserto en la Organización

Para el desarrollo de esta fase se mantuvo el abordaje a través de metodología mixta tomando en consideración que fue un estudio de conformación secuencial, se partió bajo el entendido de conjuntar las dos fases, para lo cual, esta etapa consideró los resultados

de la etapa anterior, al resultar útiles, al permitir delimitar las áreas y/o servicios en el cual permanece mayor tiempo la persona hospitalizada, dando paso a hacer uso de los dos tipos de investigación.

En la etapa cuantitativa, se describe el comportamiento del gasto público del FASSA por municipio; mientras que en HG-JKR se estimó gasto en consultas en medicinas, leche enlatada y gasto de bolsillo. Esto a partir durante la utilización de los servicios hospitalarios por parte de la población lactante.

2.3.1. Universo: áreas delimitadas de la organización en estudio.

Con los resultados preliminares obtenidos mediante el DOIS, sirvió para delimitar el objeto de estudio el gasto público que genera para la organización (HG-JKR) el proceso de atención de salud durante el otorgamiento de servicios de salud para la población lactante, situados en las áreas correspondientes a neonatología, pediatría y ginecología.

Con ello, se logró poner en práctica una de las características que tiene la investigación cualitativa, que fue la flexibilidad que el investigador desarrolla al acceder a las fuente y validación de datos, lo cual fue clave para el cumplimiento de cada etapa de esta investigación. Ante lo cual, se pudo pormenorizar que la participación que tuvieron los informantes clave como profesional prestador de servicios responsable del cumplimiento de procesos de servicios en forma directa e indirecta según sus funciones dentro de la organización.

2.3.2. Población.

El objeto de estudio es el gasto público otorgado a la población lactante, quienes reciben servicios de salud en el HG-JKR.

2.3.3. Muestra y muestreo.

Se mantiene la técnica de bola de nieve, se incrementó el número de participantes clave, donde, se ubica al jefe de archivo y estadística, recursos humanos; mantenimiento, enfermería, enseñanza, pediatría y del programa CAUSES, quienes son parte inherente a

la organización, ellos expresaron códigos verbales u no verbales durante la aplicación de entrevista semi-estructurada (ver anexo 6), se consideró a personal con mayor antigüedad, donde la rotación generada en los servicios donde se encuentra la madre y el niño, lo que generó preguntas detonantes para prestadores de servicios que incrementaron el grupo de informantes clave, quienes se describieron a continuación:

J.P.C. Jefe del Programa CAUSES.

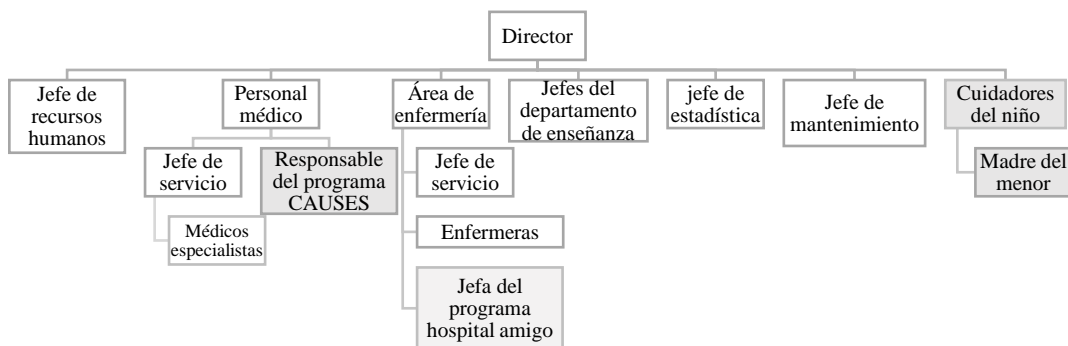
MF.1 hasta MF 5. Madres o cuidadores del niño menor de dos años.

FMF. Familiar de la madre de familia.

JPHA. Jefa del Programa Hospital Amigo.

Cabe resaltar que al momento de aplicar del instrumento a los informantes se consideró al personal inserto en las áreas, donde además se consideró las madres y/o cuidadores del niño (preguntas en anexo 6) que solicitaron servicios de salud, por lo que se consideró incluir al tema de investigación, quienes no tuvieron inconveniente en participar, por ello, sea líderes de la organización, personal del área médica y los cuidadores del niño (ver figura 11).

Figura 11.
Informantes clave del HG-JKR, del sujeto de interés inserto en la organización



Nota: Elaboración propia.

2.3.4. Técnica de recolecta de la información.

Desatacar aquí se presentaron dificultades para obtener datos estadísticos. Por tanto, al no existir en los archivos cifras históricas o reportes sobre gasto en salud del lactante por consulta médica y medicamentos. Por lo que, de conformidad con recomendaciones de codirección de tesis, experto en métodos cualitativos, se sugirió detectar a informantes clave (médicos, enfermeras, encargados de archivo clínico, entre otros) quienes indicaron que de no existen datos en los archivos del hospital a fin de proporcionar documentos y expresar a partir de su experiencia sobre el gasto que se lleva en consultas médicas, hospitalización y costos de medicamento estimado en la población lactante estudiada durante el periodo estudiado y que a partir de ello, estas evidencias son válidas. Derivado de lo anterior, y en apego a los datos estadísticos proporcionados por los informantes clave, se procedió a estimar las cifras para el periodo estudiado. Documento que fue avalado durante la estancia académica realizada en 2018 en el Centro de Investigaciones Socioeconómicas de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Por ello, para la recolección de datos cualitativos y cuantitativos se hizo a través de observación con participación moderada, donde se aplicó un cuestionario semi estructurado con preguntas que tienen opción de respuestas abiertas, manteniendo cuidadosamente la identidad de quienes participaron en todo momento en la investigación, además el investigador se apoyó en documentos complementarios que fueron parte de la investigación documental, se accedió al uso de bitácoras y registros clínicos que se lograron preservar con el transcurso del tiempo, elementos que permitieron tener un abanico de información estratégica para el estudio de investigación dentro de la organización. El tratamiento de la información se hizo a través de programa microsoft office excel versión 2016, donde se realizó la captura, clasificación y análisis de la información obtenida de los testimonios de los participantes, que fue registrada en el instrumento de anexo 6, y la información recabada de bitácoras se presentó a través de tablas y gráficos de frecuencia como parte de los resultados.

En esta etapa la información que se logró recopilar contempla la secuencia retrospectiva, aquí los datos y eventos que se presentaron en el pasado permitió ver la

transición en el tiempo sobre el gasto generado por la organización y la familia los servicios que requiere el lactante. Por ello, se utilizó fuentes primarias y secundarias que incluyo investigación documental.

En forma complementaria se realizó consulta de bases de datos de los organismos como fue: INEGI, CONAPO, FASSA y CONEVAL. Asimismo, dentro de la información estadística que se exploró fueron: el escenario de seguridad social, indicador de pobreza y desempleo y tendencia de nacimientos. También se examinó la evolución, tendencia, flujo, fuentes de financiamiento, gasto per cápita y porcentaje respecto al Producto Interno Bruto (PIB).

Al explorar los documentos de registro con los que cuenta la organización, se pudo observar que no se cuenta con base de datos, ya que solo se logró recuperar información parcial de gasto que tiene la organización o bien que gasto de bolsillo genera para la familia el acceder a los servicios de salud y cuando no se cuenta con la cobertura total de los programas públicos universales de salud. Ante la limitada información sobre el gasto publico ejercido, surgió la necesidad de realizar estimaciones sobre el número de consultas, tipo de ingreso o egreso hospitalario de los niños menores de cinco años, costo unitario y total estimado en gasto por consulta médica, costo unitario y total por medicamento y gasto en salud del lactante.

Para calcular el costo estimado de gastos en medicamentos y consultas para niños y niñas de 0 a 5 años que acudieron al HG-JKR durante el periodo comprendido de 1993-2017, se hizo de acuerdo a:

Consultas médicas= a

Es por ello que: $axb=c$

Costo unitario por consulta= b

Costo total consultas= c

Para el costo unitario por medicamento=d

Es por ello que: $dxa=e$

Costo total medicamento= e

Costo total a precios corrientes= c+e

Para lo referente al gasto de bolsillo se analizó lo que genera para las familias el sustituir la LM por leche artificial (fórmula láctea) de lata que tiene un peso aproximado

de 400 gramos. A este tipo de producto accede la madre o los cuidadores del menor como opción para alimentar a los niños menores de dos años. Para ello se tomaron datos de 8 farmacias y tiendas que venden este producto. Explorando marca del producto, consumo y gasto aproximado con precio unitario, mensual y anual. El Gasto estimado en leche enlatada de 400 gramos para niños y niñas a precios corrientes y constantes se obtuvo de la siguiente manera:

Consultas médicas= a

Es por ello que: $axb=c$

Costo unitario por lata de leche= b

Costo total= c

Costo anual total a precios corrientes= d

Es por ello que: $cx12=d$

Para la estimación de recursos del FASSA de acuerdo a población sin seguridad

Población sin seguridad social= a

Tasa de población sin seguridad social respecto al total= b

Al depurar la información obtenida se generaron categorías de análisis, lo que dio origen a la búsqueda sistemática de información en fuentes internacionales y nacionales de contrastación. Con esos elementos se dio paso al diseño de la propuesta de intervención que permite transferir la generación de un Banco de Leche Materna (BLM) modelo que en otros países están aplicando en su población lactante, en lo referente a México ya algunos estados lo están haciendo, pero en el Estado de Sinaloa aun no.

La diferencia de la propuesta es que en el país no se aplica la gestión por mérito de convocatoria, las organizaciones en los Estados que han accedido a la implementación lo hacen por fuente directa de presupuesto de la federación, en este caso se propone bajo la premisa de vincular una teoría que no es de organización gubernamental o privada que se contrae con la metodología de proyectos de mejora de la calidad en la atención médica, donde este último ha brindado beneficio social.

A la propuesta se añade que los recursos serán etiquetados para esta propuesta en beneficio de la organización y la población que en ella es atendida, bajo la política centrada en el gasto público y a la alimentación del lactante, orientada al bien común

con responsabilidad compartida entre la madre del niño, los prestadores de servicios de la organización de salud (HG-JKR) y el Estado como ente rector de la salud pública.

2.4. Aspectos Éticos.

Para fines del desarrollo del presente trabajo se reconoce que el gremio del área de la salud quien está regido por un código de ética que hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Su fusión orientada a tocar la conciencia durante el ejercicio profesional de salud constituido en un ámbito de legitimidad y autenticidad. En beneficio de la sociedad, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones. En sí, apegado al compromiso de las leyes en materia de salud que existen en nuestro país establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación [DOF]: 2014).

Capítulo III.

Resultados y Discusión

En este apartado se presentan las deducciones que, como resultado del análisis e interpretación de datos obtenidos de las dos etapas que correspondieron a la presente investigación, en primer término, se muestran los resultados obtenidos de la fase de Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS) recabando la información de eventos y/o sucesos que se presentaron durante el periodo 2016-2019, a lo cual se logran mostrar estadísticos de reportes presentados del 2017 habiendo tomado la información (aplicación del DOIS) en el periodo 2018.

Y para el segundo momento, se presentan los resultados de la fase dos que se denominó estudio del sujeto de interés (lactante) inserto en la organización, actor de interés a ser investigado, lo que derivó la propuesta metodológica de intervención para el HG-JKR. Cabe resaltar que en esta etapa se presentaron limitaciones y dificultades que se sortearon obtener información y/o datos estadísticos, elementos que permitieran la construcción del presente apartado, es que la organización no cuenta con la existencia de archivos, cifras históricas o reportes sobre gasto en salud del lactante, ni lo referente al gasto por consulta médica y medicamentos.

Por lo que, se aplicó la opinión de expertos sobre métodos cualitativos, donde los informantes clave considerados por mayor experiencia en los servicios (médicos, enfermeras, encargados de archivo clínico, entre otros) participaron proporcionando documentos y su experiencia propia sobre: consultas médicas, hospitalización y costos de medicamento del periodo estudiado en la población lactante estudiada y que, a partir de ello, estas evidencias son válidas. Derivado de lo anterior, y en apego a los datos estadísticos proporcionados por los informantes clave, se procedió a estimar las cifras para el periodo estudiado.

3.1. Resultados de la Fase 1: Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS)

Para explorar las características únicas que componen una organización pública de salud como entidad de interés, se eligió en forma prioritaria para el desarrollo de la

presente investigación la población lactante del HG-JKR. Se sorteó un desafío, al no conseguir un instrumento de la vasta gama de recursos que tiene la Secretaría de Salud (SS), que guiara en forma precisa el proceso que demandaba el diagnóstico de la organización en forma inicial. Esta situación permitió generar en un compendio único, donde la herramienta de trabajo inicial de campo recibió el nombre de Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS), al recuperar dos documentos validados por la SS.

Acto seguido, el DOIS, se confeccionó a partir de dos instrumentos, uno de ellos, fue el Diagnóstico Situacional (DS) para unidades médicas sede DEP/97 y el otro es el Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud (PMCCS) de la Secretaría de Salud (SS). Teniendo como resultado el DOIS organizado en 15 capítulos que comprenden 51 subcapítulos, 12 apéndices y una cedula descriptiva con cinco apartados que permite mostrar un resumen ejecutivo de la organización de salud, pero que no se agregó a la tesis por su extensión.

De esta forma se entrevistó al personal, se revisó la infraestructura, los recursos técnicos, tecnológicos, materiales, y las fuentes de financiamiento que son utilizados por el equipo multidisciplinario de salud. Además, se examinó la productividad que tiene la organización a partir de las causas y/o motivos de ingresos a los servicios de urgencias y hospitalización, aunado a aquellas personas que permanecen mayor tiempo en la estancia hospitalaria.

A través de la observación y registro de notas pormenorizadas, se detectaron problemas que enfrenta la organización, entre otros, solicitud de servicios médicos, estancia hospitalaria e insumos hospitalarios. Además de la demandan recursos económicos y humanos. A partir del análisis y priorización de la información recabada se delimitaron las áreas y priorizando el problema a través del método Hanlon, lo que puede representar mayor gasto público a la organización de salud por ello, se segmenta a los infantes como las personas que mayormente están afectadas y representaría impacto a su vida, atendiendo como problema social desde la organización de salud.

3.1.1. Antecedentes.

En apego al trabajo de campo desarrollado en dicho hospital, mediante datos proporcionados por informantes clave, el HG-JKR cuenta con permiso para estar funcionando desde hace más de 50 años en forma ininterrumpida. El cual, ha cambiado su ubicación geográfica, dentro de la ciudad de Los Mochis, en tres puntos y momentos diferentes hasta llegar al domicilio actual donde ha cumplido 24 años.

Respecto al nombre que lleva el Hospital, durante el año 2012 se hizo merecido reconocimiento y retribución al Dr. Jesús Kumate Rodríguez, por su contribución e importante gestión para que se lograra la construcción de esta institución de salud en beneficio de los habitantes del norte de Sinaloa. Así, su identidad se refleja en su misión, visión, política y valores que son compatibles con los propuestos en el Estado. De acuerdo a las directrices organizacionales de esta institución de salud, el HG-JKR es una organización pública de segundo nivel de atención.

Es importante resaltar el antecedente de que, en 1991, los gobiernos de México y Argentina firmaron el convenio para la construcción del HG-JKR con recursos provenientes de ese país, cuando era Secretario de Salud en nuestro país, el Dr. Jesús Kumate. El inmueble terminó de construirse y acondicionarse, cada una de sus áreas, en 1995. Sin embargo, su principal gestor el Dr. Arao¹ no pudo ver concluida su obra ya que su vida llegó a su fin justo después de poner la primera piedra del mismo.

De acuerdo a la consulta de documentos sobre el programa de pago de la deuda entre la República de Argentina y México, la primera saldó esa obligación con la construcción de 4 hospitales en nuestro país. Entre ellos se encuentran el Hospital Regional Cuernavaca (HRC), Hospital General Puebla (HGP), Hospital General Ciudad Valle (HGCV) y Hospital General Los Mochis (HGM). En el documento del Grupo MASDA (2010) se cita:

Para estos hospitales, se consideró, las instalaciones necesarias para el tratamiento de agua municipal (desmineralización y potabilización), recolección y tratamiento de aguas residuales, para riego y entrega a drenaje municipal conforme a parámetros autorizados, tratamiento químico bacteriológico de desechos orgánicos, tratamiento

¹ De acuerdo a informantes clave de esta organización de salud pública, un médico llamado Arao, fue el primer director de este hospital general y fue él quien realizó gestiones para la construcción de dicho inmueble en beneficio de la población.

y disposición de sustancias químicas tóxicas disposición de materiales riesgosos y equipo de desinfección bacteriológica (p. 19).

3.1.2. Infraestructura e Instalación Física.

El inmueble, según el plano de la institución, está distribuido en una superficie de 29,000 m². De estos, 3 mil m² han sido ocupados para estacionamiento de empleados de la maquiladora DELPHI desde el año 2017 (espacio que estaba destinado para la construcción de un hospital gineco-pediátrico, según el testimonio²). El HG-JKR tiene 15 mil m² de construcción para las áreas de hospitalización.

En el cual, se cuenta con 120 camas censables y 67 no censables distribuidas en cuatro servicios básicos que comprende: cirugía, medicina interna, pediatría y ginecología. Ante ello, la Secretaría de Salud (SS, 2005), quién faculta la operación de la Norma Oficial Mexicana (NOM-040-SSA2-2004), describe en el apartado para definiciones y abreviaturas, que una cama no censable es aquella que:

Está destinada a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

Actualmente la organización presenta un efecto un desfase en lo referente a este tipo de camas (no censables), las que están situadas en las áreas de valoración, labor, quirófanos, sala de parto, recuperación de quirófanos y ginecología, además de sitio para cuidados mediatos, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde se atiende a personas adultas, asimismo se encuentra la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico (UCIP), Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), urgencias adultos, urgencias pediátricas, área de neonatos y los consultorios de medicina general y especialidades, contemplado también hemodiálisis, servicios complementarios para estudios diagnósticos de laboratorio, patología y rayos X (ver tabla 13).

² Información proporcionada por informante clave (jefa de enfermeras).

Tabla 13.
Camas censables y no censables del HG-JKR

Servicio	Distribución de camas censables				Cama no censable		Total
	Cama hospitalaria		Cuarto aislado		Mujer	Niño	
	Mujer	Niño	Mujer	Niño			
Pediatría	NA*	21	NA*	3	NA*	NA*	24
Ginecología	30	NA*	2	NA*	0	24	56
Medicina interna	24**	NA*	2**	NA*	NA*	NA*	26
Cirugía	36**	NA*	2**	NA*	NA*	NA*	38
Urgencias pediátricas	NA*	0	NA*	NA*	NA*	8	8
Urgencias adulto	0	NA*	NA*	NA*	10**	NA*	10
Unidad cuidados intensivos adulto (UCI)	0	NA*	NA*	NA*	6**	NA*	6
Quirófanos	0	NA*	NA*	NA*	3**	NA*	3
Valoración	0	NA*	0	NA*	2	NA*	2
Labor	0	NA*	0	NA*	6	NA*	6
Quirófanos de ginecología	0	NA*	NA*	NA*	1	1	2
Toco-cirugía	0	NA*	NA*	NA*	2	2	4
Sala de cuidados mediatos	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	4	4
Recuperación de ginecología	0	NA*	NA*	NA*	6	NA*	6
Recuperación de quirófano	0**	NA*	NA*	NA*	6**	NA*	6
Cirugía ambulatoria	0**	NA*	NA*	NA*	6**	NA*	6
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN)	NA*	0	NA*	NA*	NA*	6	6
Neonatos	NA*	0	NA*	NA*	NA*	12	12
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)	NA*	0	NA*	NA*	NA*	2	2
Consulta externa	0**	0	NA*	NA*	NA*	16	16
Hemodiálisis	0**	NA*	NA*	0**	NA*	6	6
Laboratorio	NA*	NA*	NA*	NA*	4	NA*	4
Banco de sangre	NA*	NA*	NA*	NA*	2	NA*	2
Rayos X	NA*	NA*	NA*	NA*	6	NA*	6
Patología	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	0
Total	90	21	6	3	60	81	261

Nota: Elaboración propia a partir del Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS) realizado en agosto de 2018. Nota: NA*= No aplica. **= Asignación a pacientes de género femenino y masculino.

Al considerar el análisis de construcción, el HG-JKR, está distribuido en cuatro niveles, con una edificación mixta (que forma en su diseño una H). Para las vías de acceso, se cuenta con 2 elevadores, 1 rampa, 4 escaleras de las cuales 2 son para salida de emergencia. La distribución de los espacios, se encuentra delimitada a cuartos de pacientes compartidos, a excepción de los cuartos aislados que son asignados a pacientes en forma individual por ser considerados en su diagnóstico como alto riesgo. Además de vestidores, baños con sanitario (sin ventilación) y estacionamientos.

Por otro lado, se cuenta con señales de riesgo que especifica ruta de evacuación, salida de emergencia, punto de reunión, señal de hidrante, extintor, botiquín y procedimiento de sismo. En el trabajo de campo del diagnóstico pudo observarse que no figuran mapas para ruta de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI) donde realizan están realizando esta actividad, lo cual es muy grave.

En un comunicado de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), mencionó que el secretario de Salud, José Narro Robles, y el Gobernador de Sinaloa, Quirino Ordaz Coppel, entregaron obra que generó una inversión de 21 millones de pesos, recursos provenientes del gobierno federal y el Estado, que consistió en remodelación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del HG-JKR. Cuenta con equipo de vanguardia para atender a neonatos en condiciones críticas de nacimiento, además se incluyó dentro de la mejora sanitaria orientada en asegurar el equipamiento, mantenimiento y operación.

Esto significa que, en todas las áreas del hospital, la modernización en infraestructura y servicios de alimentos, mantenimiento y limpieza de áreas de atención al público, consultorios, camas, cocina, baños, quirófanos, ductos de aire, farmacia y almacén, así como mediciones permanentes de calidad del agua, control de fauna nociva y tareas de capacitación y supervisión de recursos humanos. Donde la participación del Ayuntamiento de Ahome, fue para las mejoras del HG-JKR en trabajos del exterior, en materia de señalización, jardinería, luminarias, instalación de botes de basura y desazolve de drenajes. (COFEPRIS, 2017)

La organización, cuenta con servicios de luz, agua, drenaje (sin clasificación o tratamiento previo a verter al drenaje público). Asimismo, internet, manejo de basura que incluye RPBI (donde la organización realiza el pago correspondiente según el peso del residuo, para la disposición final). Además, se cuenta con tomas y tanque general de oxígeno, succión, extintores, gas, calderas de vapor, cisterna para captura de agua, ventanales, área de jardinería (con tragaluz en ciertos espacios), incinerador (no maneja captura de gases o partículas de descontaminación). En lo referente a las vías de acceso, la institución está ubicada en un sitio privilegiado, al que se puede acceder por vía terrestre, aérea, marítima y férrea.

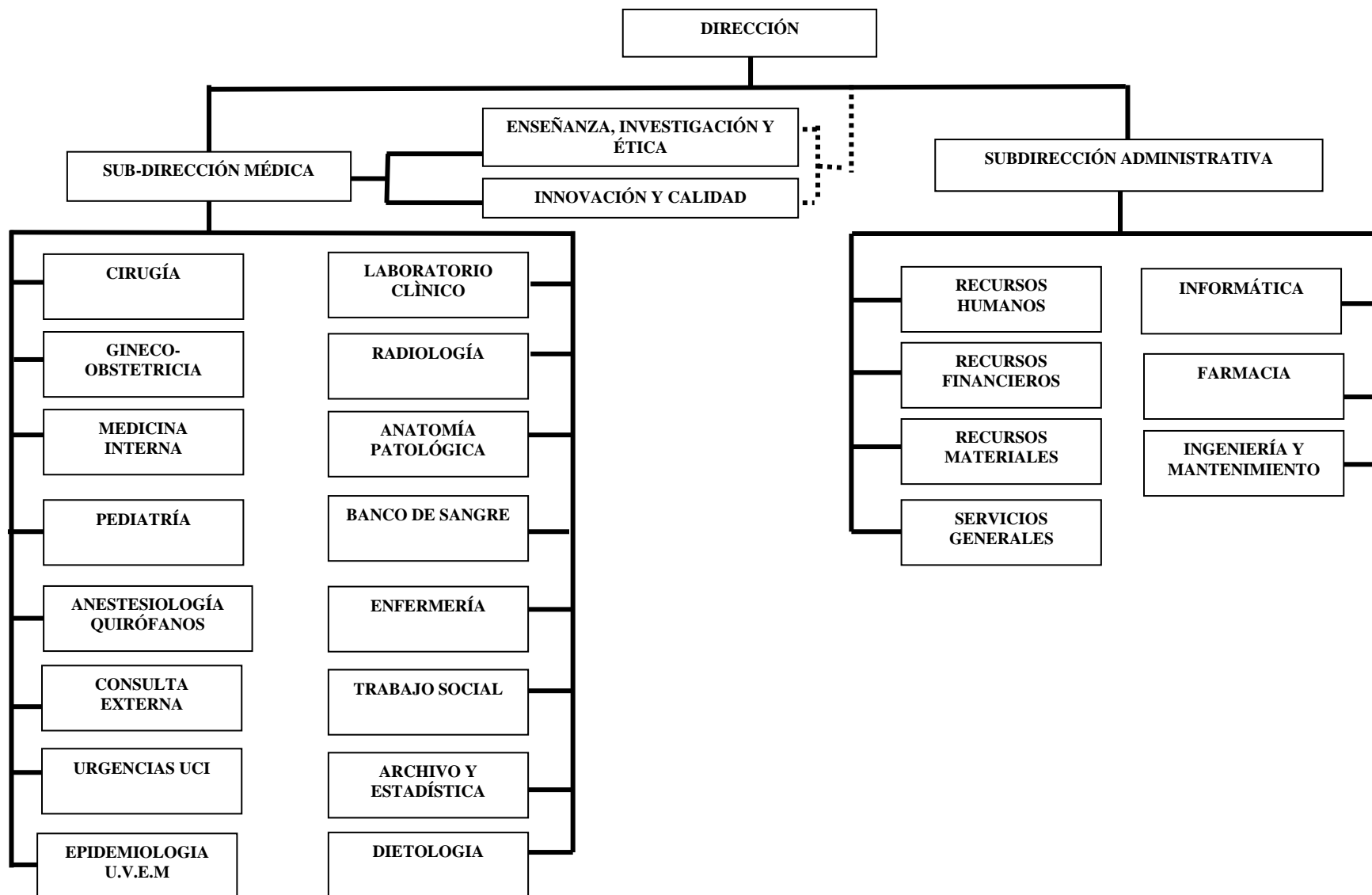
3.1.3. Autoridades y Organigrama.

Los puestos ubicados en el organigrama de esta organización, son considerados de confianza, lo revela que no existe garantía de permanencia (expira hasta donde son requeridos por el gobierno en función), solo en aquellas personas que resguardan la plaza base son quienes permanecen laborando, resto presenta inseguridad. Situación que ha generado rotación frecuente del personal de la primera línea de mando.

En el puesto de director del HG-JKR que, durante 2016 a 2019 tiempo que duró la investigación, la organización ha tenido cuatro titulares, quienes realizaron la adecuación de su equipo de trabajado, haciendo cambio de jefes de servicio, porque él es quién coloca al personal de su confianza en los diversos puestos. Además, se resalta que dentro del organigrama (publicado desde hace 24 años) se presenta, en orden descendente se cita como responsable de la organización al director del hospital y, en forma subsecuente, se encuentran las áreas de subdirección médica y administrativa. Además, se ilustra con líneas punteadas quienes realizan la función de asesoría donde está los jefes de enseñanza, investigación y ética e innovación y calidad (ver figura 12).

Bajo la línea de sub-dirección médica se encuentran las jefaturas de las áreas de cirugía, ginecología, medicina interna, pediatría, anestesiología y quirófanos, consulta externa, urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos, epidemiología y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Medica (UVEM). Asimismo, laboratorio clínico, radiología, anatomía y patología, banco de sangre, enfermería, trabajo social, archivo y estadística y dietología. También el trabajo, del cual es responsable la sub-dirección administrativa, corresponde a las áreas de recursos humanos, financieros, materiales, servicios generales, informática, farmacia, ingeniería y mantenimiento.

Figura 12.
Organigrama del HG-JKR, diseñado en noviembre de 1995



Nota: Recuperado de información publicada en la sala de juntas de la dirección (consultado en agosto de 2018).

Por otro lado, el actual director expresó estar interesado en la acreditación del hospital para acceder a recursos que deriva de los programas del seguro popular, CAUSES y siglo XXI. Así como, otra evidencia es, que, en el organigrama no se presenta la figura del sindicato y, del área de hemodiálisis que fue diseñada y puesto en marcha desde 2010.

3.1.4. Población.

El equipo multidisciplinario de salud, brinda servicios a la población, clasificada según el grupo de edad, género, padecimiento, interconsulta y el estado de salud, para ser distribuida en alguno de los servicios básicos. La atención médica contempla procesos continuos, que van desde la consulta de especialidades, hospitalización, atención de cuidados críticos y/o quirúrgicos, según sea el caso.

Las personas, que acuden al HG-JKR son dependientes de la cobertura médica que ofrecen los recursos públicos, la cual suelen llegar a cubrir en forma complementaria con recursos económicos propios. El sistema de salud pública para asignar recursos al hospital y regular la prestación a quien tiene derecho, contempla a quienes se encuentren inscritos al Programa de Seguro Popular (PSP), y otros considerados como población abierta (sin derechohabiencia, indigentes, abandonados, trabajadores de campo o quienes cuentan con afiliación a una organización pública -IMSS, ISSSTE-SEDENA).

Al HG-JKR acuden pacientes no solo del municipio de Ahome, sino también de El Fuerte, Choix, además de la ciudad de Guasave y comunidades circunvecinas, además de aquellas personas que son procedentes de los Estados de Chihuahua y Sonora. Situación que lleva a no tener precisión o claridad sobre datos que llegan a sesgarla partida o recursos económicos asignados para la población del Estado de Sinaloa, sin embargo, se prestan en forma general algunos datos que dieron claridad al rumbo que tomó el tema de interés, donde se segmentó los servicios donde se situó la población vulnerable de interés.

3.1.4.1. Productividad.

Dentro de las diversas áreas hospitalarias se pudo observar la productividad que se presentó durante el periodo comprendido de 2016-2018, lo que permitió el registro durante la aplicación del DOIS, ante lo cual, no pudo pasar inadvertida la participación que tienen los prestadores de servicios de salud en el cuidado directo con la persona enferma. Por otro lado, se pudo apreciar que existen procesos específicos que requieren la participación y enlace de turno en servicio que se realiza principalmente por médicos y enfermeros. Esto hace extensivo las necesidades sentidas y los procedimientos pendientes de cada uno de los pacientes, haciendo las anotaciones y registros conforme su práctica y organización de trabajo, y continuar los servicios programados y no programados.

Los servicios de salud que se solicitaron, de acuerdo al censo diario del HG-JKR en el año 2017 (ver tabla 14), fue de 30 mil 234. El lugar donde se ubica el neonato con 2 mil 551 y pediatría asignado al menor de 16 años fue de 3 mil 744. De estas últimas, una proporción significativa de 2 mil 183 correspondió a menores de dos años. En el mismo año, el porcentaje ocupación fue de 63 por ciento, de ello se presentó el 9 por ciento en forma diaria. Lo referente a estancia cama, en relación a los neonatos el 43 por ciento del total, de una ocupación general de la institución de salud de 69 por ciento de ocupación de las 120 camas censables y 67 no censables, alcanzaron un promedio de 3.56 día estancia cama (información recabada de las bitácoras de los servicios hospitalarios, 2017).

Tabla 14.
Ingresos hospitalarios, ocupación día-estancia-cama, 2017

Servicio	Número de camas censables			Ingresos hospitalarios	Porcentaje ocupación	Día estancia
	Hospitalaria	Aislado	Total			
Pediatría	21	3	24	3,744	42.74	3.77
Ginecología	30	2	32	7,411	63.45	1.73
Neonatos	-	-	24*	2,551	63.54	8.56
Medicina interna	24	2	26	5,563	59.62	4.80
Cirugía	36	2	38	10,965	79.06	6.54
Porcentaje ocupación anual 2017 de las 120 camas censables y 67 no censables registradas				30,234	69.03	3.56

Nota: Elaboración propia a partir de datos recuperados en la bitácora de los servicios del HG-JKR de Los Mochis, Sinaloa, agosto, 2018. Nota= *camas no censables.

Asimismo, durante el año 2017 se llevaron a cabo estudios de radiología, haciendo un total de 3 mil 957 de especialización, ultrasonido 6 mil 844 de la institución y 2 mil 437 de otras unidades de salud, (acuden pacientes derechohabientes de IMSS e ISSSTE). Asimismo, mastografía 2 mil 595 de la unidad y 2 mil 457 externa. En la tabla 15 se muestra que se presentaron 34 mil 909 casos que fueron principales motivos de ingreso al servicio de urgencias médicas donde se agrupo todo tipo de población, lo que permite ver que dentro de las especialidades predominó traumatología y ortopedia, medicina interna y pediatría con 3527 casos.

Tabla 15.

Ingresos por especialidad al Servicio de Urgencias Médicas, 2017

No.	Especialidad	Causa	Cantidad	Porcentaje
1.	Traumatología y ortopedia, medicina interna y pediatría.	Traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa	3527	10.1
2.	Medicina interna y pediatría	Infección respiratoria	2601	7.5
3.	Traumatología y ortopedia, cirugía neurocirugía y medicina interna.	Traumatismo internos e intracraneales	1142	3.3
4.	Medicina interna	Enfermedades del corazón	733	2.1
5.	Medicina interna	Enfermedades hipertensivas	578	1.7
6.	Medicina interna y cirugía general (vascular)	Diabetes mellitus	553	1.6
7.	Pediatría, medicina interna y cirugía general	Enfermedades infecciosas intestinales	481	1.4
8.	Pediatría, medicina interna y cirugía general	Trastornos de tejidos blandos	440	1.3
9.	Pediatría y medicina interna	Bronquitis crónica, enfisema y asma	431	1.2
10.	Ginecología y obstetricia	Causas obstétricas directas (excepto aborto)	298	0.9
11.	Todas	Varias	25945	74.3
	Total		34.909	100

Nota: Elaboración propia a partir del DOIS, agosto, 2018.

En otros datos, se realizaron 8 mil 500 procedimientos anestésicos con intervención quirúrgica. Lo que comprendió con ello de 290 intervenciones para cirugía ambulatoria, 3 mil 599 en procedimientos de ginecología, 3 mil 600 partos y mil 255 cesáreas. En lo referente a cirugía general para adultos fueron 932 procedimientos, cirugía plástica cinco, traumatología 144, oftalmología ocho, cirugía pediátrica tres, neurocirugía cuatro, cirugía maxilofacial 30, cirugía vascular dos, proctología nueve y urología uno.

Por otro lado en la tabla 16 se puede apreciar que se egresaron 9 mil 427 casos teniendo como principal especialidad de ginecología y obstetricia con 2164 casos por causas de parto espontáneo y en la misma especialidad se presentaron 1840 casos por causas obstétricas y 490 abortos, resultando en motivo de los egresos hospitalarios.

Tabla 16.
Causas de egreso hospitalario, 2017

No.	Especialidad	Causa	Cantidad	Porcentaje
1.	Ginecología y obstetricia	Parto único espontáneo	2164	23.0
2.	Ginecología y obstetricia	Causas obstétricas	1840	19.5
3.	Traumatología y ortopedia y medicina interna.	Traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causa externa	1060	11.2
4.	Traumatología y ortopedia	Fracturas	634	6.7
5.	Ginecología y obstetricia	Abortos	490	5.2
6.	Medicina interna	Neumonía	313	3.3
7.	Ginecología y obstetricia	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	309	3.3
8.	Cirugía general	Colelitiasis y colecistitis	268	2.8
9.	Medicina interna	Enfermedades del corazón	222	2.4
10.	Cirugía general	Enfermedades de apéndice	194	2.1
11.	Cirugía general	Hernia de cavidad abdominal	177	1.9
12.	Medicina interna y cirugía general (vascular)	Diabetes mellitus	173	1.8
13.	Ginecología y obstetricia y pediatría (neonatología)	Hipoxia intrauterina y trastornos respiratorios en el periodo perinatal	156	1.7
14.	Pediatría y medicina interna	Infecciones respiratorias	103	1.1
15.	Ginecología y obstetricia	Trastornos no inflamatorios del ovario, trompa de Falopio y ligamento ancho	81	0.9
16.	Todas	Varias	2033	21.5
		Total	9427	100

Nota: Elaboración propia a partir del DOIS, agosto, 2018.

Por otro lado, en lo referente al criterio de comité, la organización cuenta con 11, de los cuales solo dos están activos. Existe un departamento de enseñanza, investigación y ética que se encuentra abierto de lunes a viernes de 7 a 21 horas, el cual está equipado con los recursos físicos y audiovisuales en cada una de sus tres aulas que se mantiene funcionando por el personal del área médica y paramédica principalmente.

3.1.5. Estructura para la Prestación de Servicios.

En la organización de salud pública (HG-JKR), los profesionales de salud son responsables en forma directa de brindar asistencia médica, que contempla las acciones centradas en prácticas de prevención de salud, procesos salud-enfermedad, natalidad,

invalidez, longevidad y la atención de problemas o complicaciones de enfermedades crónico-degenerativas, no transmisibles y de infecto, según se presente la persona a manera de consulta, urgencia, quirúrgico y/o crítico. Como parte de un sistema integral, se prestan servicios las 24 horas durante los 365 días del año divididos en seis turnos.

Por otro lado, es considerada una organización formadora de médicos y residentes, enfermeros, químicos, radiólogos, trabajadores sociales, entre otros, porque se cuenta con personal considerado como profesores del equipo médico y paramédico, quienes realizan simultáneamente múltiples funciones (asistencial, gestión, docencia e investigación). La producción científica, la realizan los estudiantes en servicio social, para lo cual dentro de los requisitos de liberación está la elaboración y presentación de proyecto de investigación, por lo que la investigación no es desarrollada por el personal de contrato o base.

Asimismo, en lo referente a la seguridad, se ha logrado mantener el servicio de vigilancia (por contratación subrogada) en forma permanente con sistema fijo, rotatorio y por cámara de seguridad en todo el inmueble. Manejo de RPBI se tiene contemplado en forma permanente la recolección con 3 horarios por día, donde se utiliza para esta función las mismas rutas del hospital para el traslado del paciente, el acceso a los pisos se hace a través de la rampa (evita el uso de los elevadores).

3.1.5.1. Relación laboral del personal.

El recurso humano se clasifica según tipo de contratación sea de base, interino o por contrato, de acuerdo al perfil, puesto, función y salario. Según el código funcional, los cuales están constituido en diversas ramas y códigos, de las cuales para la rama médica se cuenta con 13 códigos, la rama paramédica cuenta con 90 códigos, rama afín 13 códigos, rama afín administrativa 8 códigos, y confianza 64 códigos (ver anexo 1). Quienes ingresaron a laborar en las categorías de: base federal, estatal, homologados, regularizados, por el programa de seguro popular o siglo XXI. Las áreas funcionales son: médico, paramédico, afín y de confianza, bajo nómina de la SS; y tercerización (subrogado) asignados a tareas de vigilancia, lavandería e intendencia (quienes no fueron incluidos en la investigación).

El personal que participo en el DOIS, mencionó que existía mucho trabajo, que faltaba el personal frecuentemente, y que la plantilla laboral estaba incompleta, situación que llega a repercutir en sobrecarga de trabajo. Para los datos del recurso humano que labora en las diferentes áreas, servicios y responsabilidades que se clasifico en las categorías que conforman la plantilla laboral con 917 plazas ocupadas en 2017, las cuales se encuentran distribuidas en personal médico, de enfermería, técnico, administrativo y para servicios generales y de mantenimiento, como personal en categoría de base y en formación, donde se engloba a todo el personal que se encuentra ejerciendo en la SS, de acuerdo al centro de trabajo (ver tabla 17).

Tabla 17.
Plantilla laboral, 2017

No.	Personal contratado	Cantidad
1.	Médicos especialistas	106
2.	Médicos generales	23
3.	Enfermeras auxiliares	140
4.	Enfermeras tituladas	126
5.	Enfermeras especialistas	9
6.	Otro personal profesional no médico	23
7.	Personal técnico	117
8.	Personal administrativo	113
9.	Personal de servicios generales y mantenimiento	40
	Total de personal base	697
	Total de pasantes	220
	Plazas ocupadas	917

Nota: Entrevista directa realizada al Jefe del Departamento de Recurso Humano (JDRH) en el HG-JKR, 2018.

En lo referente a la promoción al puesto, se dispone del programa de profesionalización, el cual surgió en enero de 2004 durante el sexenio del ex-presidente Vicente Fox Quezada, es aquí donde el personal interesado aplica y accede a la convocatoria del programa, el cual, se ha mantenido favoreciendo al personal que busca promoción de puesto y mejoras en la categoría, salario, y para la organización el esfuerzo de los trabajadores se tendrá que reflejar durante la prestación de servicios.

El programa está diseñado exclusivamente para las disciplinas de enfermería, trabajo social y rehabilitación. Siempre y cuando aquel personal logré nivelar sus estudios a licenciatura o maestría, con ello puede acceder al beneficio de promoción, solo cuando

termina el grado académico y posterior a la obtención de los documentos probatorios, es cuándo son promovidos automáticamente al código inmediato superior.

Otro de los mecanismos para cambio o promoción de código, se presenta cuando existe baja definitiva, jubilación, pensión, defunción y escalafón, donde al momento de la promoción del puesto vacante, es el interesado quien participa y de acuerdo al puntaje de la evaluación es promovido.

Existen casos específicos, como el personal médico quién suele mantenerse con el grado de estudios que obtuvo previo a su ingreso a la organización, pero esto no sucede a otras áreas laborales como son camilleros, cocineros, administrativos, entre otros, quienes suelen participar en procesos de formación constantemente. Entre ellos pueden mencionarse los enfermeros con han avanzado en grados de especialidades, maestría y doctorado, lo que refleja en beneficios a la organización, el paciente y familiares que visitan la institución.

Quienes participan en su capacitación, lo hacen buscando mejorar su situación laboral ya que no se cuenta con escalafón. Es el propio trabajador quien busca superación laboral y académica, por lo cual tiende a regular sus gastos e invertir sus propios recursos económicos en la formación. Aunado a la dedicación de tiempo que requiere esta actividad, que no siempre logran descarga laboral, por lo que acumula a sus actividades y horarios que se traslapan por lo que recurre a disponer de prestaciones y arreglos internos para cubrir las guardias de trabajo. Por otro lado, hablar de los gastos de colegiatura, que se incrementan en sus hogares, al disponer de ellos sin esperar el apoyo porque no se refleja o recupera inmediatamente lo invertido.

En ocasiones el profesional que ha invertido en sus estudios, llega a frustrarse por que los líderes de la organización que son quienes interfieren directamente en los cambios de servicio, turno o no toman en cuenta para promoción de puesto o funciones, al trabajador que cuenta con el perfil o el código, suele existir una tendencia sobre el personal de su “confianza”, el trabajador no es reconocido por sus jefes.

3.1.5.2. Marco jurídico.

La existencia jurídica del HG-JKR se apoya en la legislación nacional y local, como son la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Plan Nacional de

Desarrollo (PND), Programas Sectoriales, Leyes, Códigos, Reglamentos, Decretos, Acuerdos, Normas Oficiales Mexicanas, ordenamientos jurídicos.

3.1.5.3. Marco técnico.

Asimismo, dentro de los diversos procesos que desarrollan los profesionales de salud están apegados a documentos normativos-administrativos se considera al Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) y Modelo de Gestión de Calidad en Salud (MGCS), ISO (Organización Internacional de Normalización) 9001:2015 lo que orienta la certificación del estándar en el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

Además de protocolos, manuales, guías técnicas, proyectos, indicadores de calidad (que solo evalúa la práctica del personal de enfermería), guía de práctica clínica y guía técnica. Los instrumentos son variados, donde al emplearse no se organizan los profesionales y llega a duplicarse la información y termina no están al acceso del personal que es quien realiza los procesos en forma directa con el paciente, y no puede utilizarlos.

3.1.6. Recurso Tecnológico.

Cada una de las áreas de la institución de salud se encuentra con los recursos tecnológicos fijos que es controlado en bitácoras de registro durante la recepción de turno (enlace) función asignada al personal de enfermería. Está dotado de insumos reutilizables y otros son desechables, el costo de estos últimos es cubierto por el paciente o su familiar en la gran mayoría de los casos. Hay etapas que se comparten los recursos entre servicio y servicio, lo que genera un puente de transmisión de riesgo. Se cuenta con un departamento de mantenimiento y personal profesional como ingeniero de biomédica, quienes permiten contar con el funcionamiento de los recursos.

El equipo electro-médico permite dar soporte al diagnóstico clínico que requiere la población de acuerdo al padecimiento que cursa, donde se pueden mencionar que se cuenta con máquinas de anestesia, endoscopía, tomografía, entre otras, para lo cual en la

tabla 18 se muestra el inventario del equipo con que cuenta el HG-JKR, que suele resultar insuficiente en relación a la demanda de los servicios que son solicitados.

Tabla 18.
Equipo electro-médico y de diagnóstico clínico

Equipo	Cantidad
Carro rojo	7
Ecosonografía	1
Tomografía	0
RX portátil e intensificador de imagen	1
Eco cardiografía	1
Electrocardiografía	7
Electroencefalógrafo	1
Endoscopia	1
Bomba de infusión	7
Lámparas de fototerapia	1
Ventilador mecánico	12
Campana de flujo laminar	1
Cama con tracción	16
Gasometría	1
Monitores cardiopulmonares	6
Ventiladores	14
Nebulizadores	18
Desfibriladores	4
Autoclave	3
Máquinas de anestesia	6
Cardioscopio	10
Oxímetro de pulso	15
Capnógrafo	9
Analizadores de gases respiratorios	1
Total	143

Nota: Elaboración propia a partir del Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS) realizado en agosto, 2018.

Al mismo tiempo, se cuenta con el uso de recursos técnicos-digitales para el manejo de la información (quien administra esta información a nivel general es el departamento de archivo clínico). Además, se cuenta con expediente electrónico que es utilizado por médicos y profesionales en formación. El área de enfermería solo accede al expediente para el registro de hemoderivados, de forma reciente se incorpora el registro digital de cartilla de vacunación como proyecto innovador impulsado a nivel nacional desde 2016, el cual apenas se inició en la institución en abril de 2018.

3.1.7. Fuentes de Financiamiento.

El financiamiento del HG-JKR proviene de transferencias federales, estatales y por cuotas de recuperación que al día de hoy son administrados a través del Estado. La partida presupuestal que se asigna a la institución de salud se realiza de forma anual, pero se mantiene con el enfoque para solo aquellas camas que son censables. Cómo se mencionó anteriormente, se invirtieron 21 millones de pesos para remodelación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del HG-JKR, donde hubo aportación de recursos tanto del gobierno estatal como federal, además de cuotas de recuperación que son administradas por los servicios de salud de Sinaloa que se encuentran en la capital del estado.

En lo referente a la partida presupuestal según lo dicho durante la entrevista con el Jefe de Recursos Humanos (JRH) realizada en agosto de 2018, reconoce que el hospital cuenta con partida presupuestal para 90 camas censables y tiene en operación 120 camas (es la capacidad total) y las 67 no censables, donde el número es superado por las camas censables y no censables, las que no aplica para el presupuesto, bajo el argumento para estas últimas que, como no generan egresos hospitalarios, no aplican para otorgar recursos económicos, materiales e insumos médicos para quien es atendido y asignado en ellas, logrando afectar también en el incremento de la plantilla laboral, donde para el caso de enfermería existe un déficit de 143 enfermeros, sin contar con necesidades del resto del equipo multidisciplinario de salud, que por área, perfil y función se encuentra con déficit de personal la organización de salud.

Por otro lado, el personal médico, enfermería, químico, radiología y cocina pueden incrementar sus ingresos económicos al participar en la elaboración de proyectos de mejora de la calidad para los servicios de salud, donde tienen experiencia por estar participando desde el año 2008, solo que el beneficio es para quien participa y cumple con los requisitos, lo lamentable es que el proyecto que han propuesto dura solo el tiempo que corresponde a la evaluación. Sin traer beneficios duraderos a la población y/o a la organización.

Otra fuente para acceder a los recursos es a través del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SINACEAM), quien otorga dinero etiquetado para infraestructura, remodelación y mantenimiento del inmueble, aquí

solo el departamento de neonatología y UCIN han sido beneficiados por contar con la certificación requerida.

Asimismo, existen otros recursos que aplican en la institución, a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), el que comprende 294 intervenciones médicas, agrupadas en 5 conglomerados que son: 1) prevención y promoción en salud, 2) medicina general y de especialidad, 3) urgencias, 4) cirugía general y 5) obstetricia, con un listado de 633 claves de medicamentos y 37 insumos. Así como también del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y del Programa de Seguro Médico Siglo XXI.

3.1.8. Análisis y Priorización del Problema.

Dentro de cada uno de los servicios que tiene la organización pública de salud HG-JKR se procedió a delimitar a los servicios que correspondieron a ginecología y pediatría donde se encuentra el lactante tomando en consideración a las áreas de ginecología hospitalización, pediatría, neonatología y urgencias pediátrica que son los sitios en donde se encuentra el lactante (ver tabla 19) a partir de la catalogación del problema.

A efecto de abordar la problemática desde la gestión de una organización de salud pública, se delimita el caso de estudio por estar orientado a la afectación que genera el gasto público y la salud de la población. Al concretar que la persona que permanece mayor tiempo de día estancia hospitalaria es el niño recién nacido que se encuentra en el área de neonatología quien enfrenta un promedio de 8.56 días de estancia hospitalaria, pero existen casos que llegan a estar por más de 30 días, situación compleja, por pasar de la vida intrauterina a la vida hospitalaria, donde inician con alimentación asistida por Leche Materna (LM).

Al obtener la información del DOIS se procedió al análisis, clasificación y priorización de los 56 problemas que se identificaron y enfrenta la organización, la información de se presenta solo uno utilizando cada uno de los cuatro componentes que de magnitud y severidad del problema, además de eficacia para la solución del problema y la factibilidad de la intervención, los que para cada uno de ellos es:

Componente A: magnitud del problema.

Al que se asignaron puntuación de prioridad (A+B) C X D

Componente B: severidad del problema.

Al que se integraron datos objetivos y subjetivos

Componente C: eficacia para la solución del problema.

Se tomaron en cuenta son los recursos humanos, tecnológicos, técnicos y materiales, a los que se asignó de una escala de 0.5 a los problemas difíciles de solucionar y 1.5 a los que tienen mejores condiciones posibles de solución.

Componente D: factibilidad de la intervención

Aquí se consideraron como elementos: P= pertinencia E= factibilidad económica A= aceptabilidad. R= disponibilidad de recursos L= legalidad

Tabla 19.
Catalogación del problema donde se encuentra el niño lactante

Problema	Ponderación del DOIS	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Resultado (A+B) C X D
Permanencia hospitalaria	56	6	10	1.5	1	24
Gasto de recursos humanos	52	6	10	1.5	1	24
Gasto de recursos tecnológicos	26	6	7	1.5	0	0
Gasto de recursos materiales	32	6	10	1	0	0
No se cuenta con partida presupuestaria	48	6	10	0.5	0	0
No se encuentra dentro de las camas censables	29	6	10	0.5	0	0
Riesgo de salud a reingreso hospitalario	55	6	10	0.5	0	0
Insuficiente alimento para tomas del niño	54	6	10	1.5	1	24
Impacto a la salud en crecimiento y desarrollo	44	6	8	0.5	0	0

Nota: Priorización del problema de acuerdo al DOIS.

La organización cuenta con recursos humanos, materiales, tecnológicos y técnicos que facilitan la estancia o ingresos hospitalarios del lactante, pero no se cubren todos los recursos que suele necesitar el lactante en algunos casos, esos gastos que demanda la prestación de servicios que no es cubierta por la organización, suele cubrirla sus padres lo que incrementa el gasto de bolsillo, y para el caso de no cubrir las tomas de leche materna para la alimentación del lactante también el familiar provee las latas de fórmula láctea lo que incrementa el gasto de bolsillo para los hogares.

Con ello, se parte que la propuesta para la implantación de un BLM podría incidir positivamente de acuerdo a los resultados del método Hanlon lo que refleja que, durante la prestación de servicios en la estancia hospitalaria la organización provee el recurso humano e infraestructura para el lactante, además se asegura el alimento en forma y tiempo de leche materna sin aplicar presión al gasto económico de bolsillo para los padres, y generar por otro lado mejor aprovechamiento, distribución y optimización de los limitados recursos con los que cuenta la organización pública prestadora de servicios.

Otra situación que como organización de salud pública es difícil o nulo de abordar como programa o proyecto a mediano plazo para la organización serán: el incremento en la partida presupuestaria, plantilla laboral, controlar el gasto producto por incremento en los posibles reingresos hospitalarios de los lactantes (que pueden afectar su crecimiento y/o desarrollo), es imposible bajo un esquema de organización directa catalogar las camas, bacinetes, incubadoras y cunas térmicas instaladas en las áreas de hospitalizan en ginecología, urgencias pediátricas y neonatos, dado que ese proceso quedaría como política pública desde la gestión del gobierno federal.

Lo que puede generar impacto a la salud en crecimiento y desarrollo por la demanda de alimento que necesita el lactante bajo responsabilidad de la organización, partiendo que necesita en forma permanente bajo horario de dosis (leche materna) pre-establecida, que no siempre se cubre por la donación de la madre, por lo que se dispone de fórmula láctea (leche industrializada), evento que genera en el niño la posibilidad de ser una persona que genere re-ingreso hospitalario. Haciendo factible la propuesta para alimentar al lactante bajo el resguardo de su leche materna a través de un BLM.

De no abordar la situación del alimento del lactante desde la organización, se está en riesgo de mantener o aumentar la presión sobre el gasto público al demandar más

insumos hospitalarios (que no siempre es cubierto en totalidad por la organización o el Estado). Para ello se demanda mayor número de personal médico y paramédico, aumento de servicios básicos (agua, luz, agua residual-drenaje-, presión de succión y oxígeno), entre otros, por otro lado, existe producción de basura e incremento de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos (RPBI).

Mencionar que la enfermedad se encuentra en estrecha vinculación a la nutrición y la pobreza y a juzgar por la dimensión de ésta, parecería que el porvenir es poco promisorio para la población lactante que proviene de hogares pobres. Ésta investigación de tesis está enmarcada en una escala microeconómica, específicamente evaluando el desempeño del gasto público en salud del lactante atendido en el HG-JKR.

Antes de evidenciar los resultados de estadísticas sobre gasto en salud del lactante en dicha organización (HG-JKR), se logró recuperar los indicadores de pobreza (ver tabla 20) a nivel nacional y para el estado de Sinaloa comprendiendo cada uno de los municipios presentado por CONEVAL para 2010. Aquí se observa que el 36.7 por ciento de su población estaba en condición de pobreza, equivalente a 1 millón 048 mil personas, de los cuales el 5.5 por ciento correspondió a pobreza extrema, correspondiendo a poco más de 156 mil personas (CONEVAL, 2019).

Los municipios con mayor porcentaje de personas en pobreza fueron Choix, Badiraguato, Cosalá, Sinaloa y San Ignacio, mientras que Ahome se situó en la categoría de menor porcentaje de la población en pobreza con 30.6 por ciento, es decir, 136 mil 582 personas y 3.2 por ciento en pobreza extrema, o sea, 14 mil 227 personas (INEGI, 2018).

Tabla 20.
Indicadores de pobreza Sinaloa, 2010

Ámbito		Población total	Pobreza	Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerable por carencia social	Vulnerable por ingreso	No pobre y no vulnerable	Carencia por rezago educativo	Carencia por acceso a la salud	Carencia por acceso a la seguridad social	Carencia por calidad y espacios de la vivienda	Carencia por servicios básicos en la vivienda	Carencia por acceso a la alimentación	Población con al menos una carencia	Población con al menos tres carencias	Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo
Nacional	México	112,590,130	46.3	11.4	34.9	28.8	5.7	19.3	20.6	31.8	60.7	15.2	23.0	24.9	75.0	28.7	52.0	19.4
Estado	Sinaloa	2,772,029	36.5	5.4	31.1	33.8	7.7	22.1	19.2	23.1	53.4	8.4	15.4	24.4	70.2	19.1	44.2	14.1
Municipio	Ahome	447,069	30.6	3.2	27.4	38.1	7.4	24.0	16.2	22.9	48.7	5.4	12.2	26.1	68.6	16.1	37.9	9.3
	Angostura	41,181	52.4	7.2	45.2	29.9	6.7	10.9	21.0	7.1	67.2	7.1	26.3	26.5	82.4	18.8	59.2	24.1
	Badiraguato	31,481	74.8	21.1	53.7	22.3	0.9	2.1	28.7	12.0	90.2	21.6	68.0	30.4	97.1	42.7	75.7	43.9
	Concordia	24,922	52.6	12.2	40.4	35.2	3.6	8.6	27.7	18.5	71.9	26.0	36.6	33.3	87.7	37.7	56.2	22.0
	Cosalá	13,676	66.1	17.6	48.5	28.5	1.5	4.0	31.4	12.9	85.3	15.8	50.5	43.7	94.6	47.6	67.5	31.1
	Culiacán	852,233	29.8	3.0	26.8	32.8	8.5	28.9	17.2	26.2	47.2	5.7	4.6	21.3	62.6	14.4	38.3	10.1
	Choix	30,441	79.1	28.4	50.7	16.6	1.8	2.6	29.1	15.3	82.1	34.0	71.1	31.6	95.7	47.1	80.8	50.7
	Elota	40,941	56.8	13.0	43.8	30.3	5.3	7.6	28.0	19.8	74.0	17.0	33.0	32.0	87.1	33.0	62.2	26.2
	Escuinapa	47,947	50.3	8.7	41.6	33.3	4.5	11.9	25.8	16.4	62.1	7.6	35.1	27.5	83.7	21.4	54.8	21.5
	El Fuerte	92,000	48.7	10.8	37.9	28.3	9.0	14.0	19.3	16.6	59.4	16.9	35.0	31.3	76.9	29.6	57.7	24.0
	Guasave	315,307	40.8	5.9	34.9	36.9	6.6	15.7	21.2	27.2	59.1	7.4	23.1	30.9	77.7	25.0	47.4	14.6
	Mazatlán	426,243	28.1	2.9	25.2	32.9	10.6	28.3	15.5	24.5	45.2	6.9	4.9	16.8	61.1	12.0	38.7	10.4
	Mocorito	41,657	56.8	10.9	45.9	33.1	3.6	6.5	32.0	14.4	74.5	12.2	42.1	27.7	89.9	31.5	60.5	25.6
	Rosario	42,713	59.5	13.0	46.5	27.3	4.7	8.5	20.8	21.9	77.7	16.7	18.5	32.1	86.8	27.5	64.2	28.3
	Salvador Alvarado	83,735	32.8	3.0	29.8	37.9	7.8	21.5	17.3	23.2	54.6	5.3	14.7	22.0	70.7	17.0	40.6	10.6
	San Ignacio	19,960	61.3	9.9	51.4	28.8	3.5	6.4	26.2	14.8	79.6	14.1	28.2	26.8	90.1	25.6	64.8	28.1
	Sinaloa	88,347	63.0	17.4	45.6	28.0	4.0	5.0	30.2	19.2	77.1	18.4	44.0	35.7	91.0	39.2	67.0	32.2
Navolato	132,176	33.1	4.6	28.5	38.3	7.6	21.0	24.6	15.4	46.6	12.0	19.2	21.0	71.3	18.8	40.7	11.2	

Nota: Estimaciones del CONEVAL con base en la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y el MCS-ENIGH 2010.

3.2. Resultados de la Fase 2. Estudio del Sujeto de Interés Inserto en la Organización

Ahora corresponde dar a conocer los resultados sobre el gasto público en salud del lactante que acude al HG-JKR. Desde luego, en un primer momento se hace un análisis de estadísticas descriptivas del gasto del FASSA en Sinaloa; las dificultades que tuvo el investigador para obtener presupuesto del hospital objeto de estudio; su impacto en el gasto de bolsillo de los hogares. Por lo que se habrá de recordar que no existe un documento presupuestal de distribución de los recursos del FASSA para los Hospitales Generales, Hospitales Integrales y Centros de Salud en Sinaloa. Esto obligó a realizar trabajo de campo para conocer el tamaño del gasto público en salud del lactante en el HG-JKR.

Desde luego, al determinar cuál fue el gasto en servicios de consultas y medicamentos en el HG-JKR durante el periodo 1993-2017, se logró generar una aportación relevante sobre la estimación en estos dos rubros de servicios a los lactantes. Por ello, desde diferentes instancias de gobierno se han empeñado en impulsar acciones y programas que incidan en mejorar los sistemas de salud pública a favor de la población.

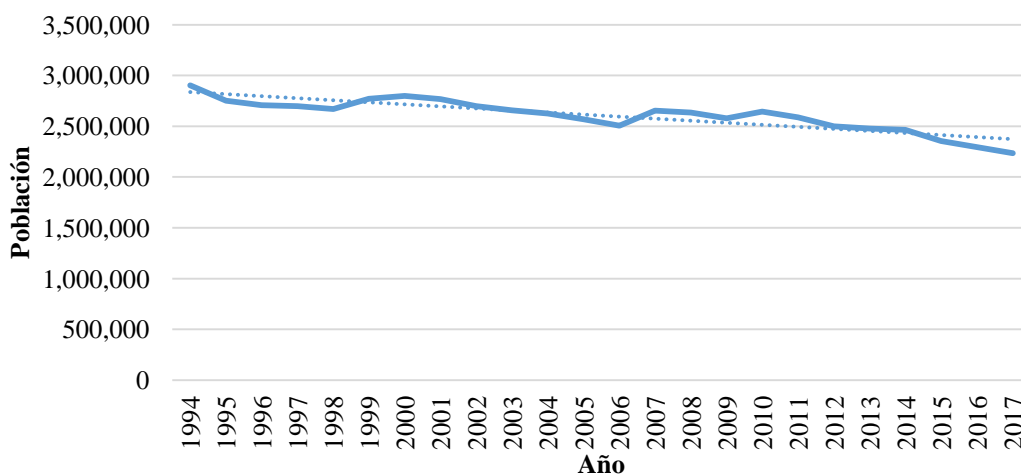
El mejor uso del gasto público en salud del lactante es una exigencia social hoy, por ello, ante las restricciones y austeridad presupuestal en las que se desenvuelve México, y es propuesto desde el gobierno federal, impulsa la cobertura médica a los grupos vulnerables que necesitan satisfacer las necesidades básicas como derecho humano, de ahí que la alimentación y nutrición del lactante es muy importante para que un niño en sus primeros meses de vida enfrente exitosamente las adversidades del medio ambiente y desarrolle sus condiciones fisiológicas, tales que le permitan un adecuado desarrollo.

3.2.1. Crecimiento Poblacional.

El financiamiento del gasto en salud pública es mayor cuando crece la tasa de población en cualquier país. En sintonía con lo anterior se exploraron, las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), desde 1994 al 2017, donde la tasa de crecimiento según los nacimientos, se muestra una tendencia

decreciente. Así, que la tendencia según las cifras del año 2017, respecto a 1994, a nivel nacional existe un descenso del 23 por ciento (véase figura 13).

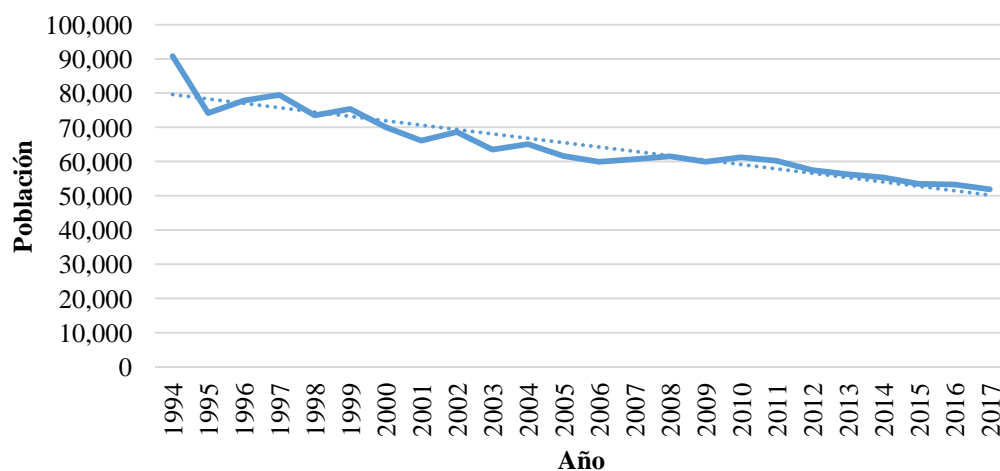
Figura 13.
Tendencia de nacimientos en México, 1994-2017



Nota: Elaboración propia en base a datos de INEGI, 11 de junio de 2019.

En el caso del Estado de Sinaloa, es más pronunciada la disminución de nacimientos, dado que se registró una tasa también negativa del 43 por ciento, es decir, 20 puntos más que la registrada a nivel nacional (véase figura 14).

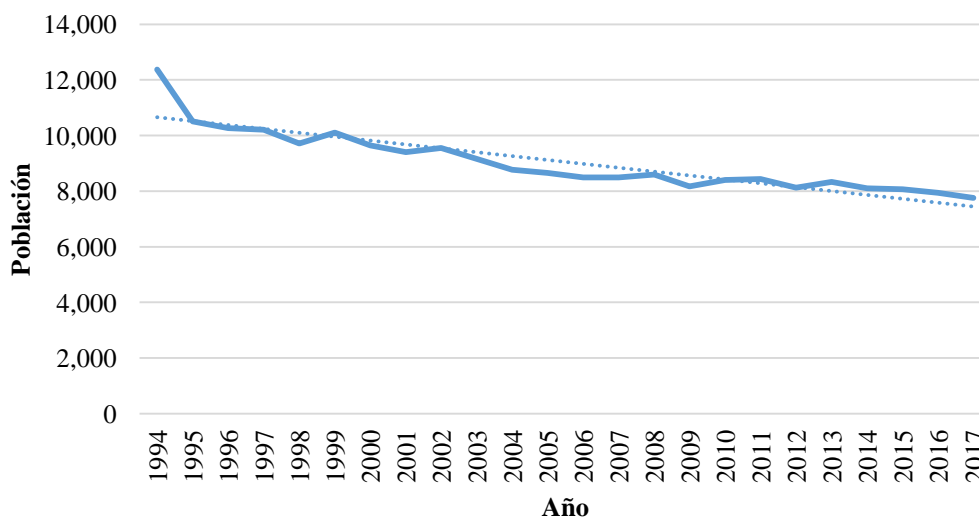
Figura 14.
Tendencia de nacimientos en Sinaloa, 1994-2017



Nota: Elaboración propia en base a datos de INEGI, 11 de junio de 2019.

En referencia a la evolución de un periodo de 24 años (1994-2017), las tasas de nacimiento nacional y estatal registraron caídas del 23 y 43 por ciento, respectivamente (véase figura 15).

Figura 15.
Tendencia de nacimientos en municipio de Ahome, 1994-2017



Nota: Elaboración propia en base a datos de INEGI, 11 de junio de 2019

Sin embargo, una de las principales carencias que afectan a este tipo de población es que no tienen acceso a la seguridad social, dado que los jefes de familia³ están desempleados o, a lo máximo, poseen un empleo en la economía informal. A este respecto, al dar a conocer el Programa de Salud Pública, el presidente de México, Andrés Manuel López Obrador mencionó que, busca integrar a los sistemas de salud y comenzar dando atención especial a la población que no tiene seguridad social quienes no son derechohabientes; hace referencia a más de la mitad de la población. Lo que apareja a la situación de la población en pobreza (Excélsior, 14 de diciembre de 2018).

Así, el debate por el gasto público en los diferentes rubros de salud, educación, infraestructura y todos los demás renglones que se presupuestan en México, gira en torno a la exigencia que se le incrementen recursos cada año. Sin embargo, en este ejercicio fiscal de 2019, y para el próximo, no se vislumbra un mayor presupuesto. Lo anterior implica que si se cuenta con igual o menos recursos, entonces el gasto

³Jefatura económica pertenece al miembro de la familia que percibe el mayor ingreso por su trabajo según INEGI (Las Familias Mexicanas,1999)

debe mejorar. En dicho escenario es relevante revisar, para este trabajo, el presupuesto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) para Sinaloa, en relación al PIBE, al gasto público total, fuente de financiamiento, gasto per cápita y estimación de recursos por municipalidad.

Referente al ejercicio fiscal 2019, se puede mencionar que de los 8 fondos que conforman el ramo 33, denominado en el campo de la investigación académica transferencias condicionadas, el FASSA representa el 14 por ciento respecto al total de estos recursos etiquetados que empezaron a recibir a partir de enero de 2019. De los 735 mil 758 millones de pesos, el FASSA se integró por 99 mil 461 millones de pesos, como se observa en tabla número 21.

Tabla 21.
Ramo 33, ejercicio fiscal de 2019 para Entidades Federativas de México

Fondo	Cantidad en pesos	Porcentaje
Fondo de Aportaciones para la Nómina Educativa y Gasto Operativo	381,742,463,359	52
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud	99,461,316,705	14
Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social	83,181,605,577	11
Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal	84,263,551,819	11
Fondo de Aportaciones Múltiples	26,769,125,856	4
Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de Adultos	7,090,243,899	1
Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública de los Estados y del Distrito Federal	7,210,000,000	1
Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de las Entidades Federativas	46,040,265,600	6
Total	735,758,572,815	100

Nota: Elaboración propia en base a consulta en Diario Oficial de la Federación (DOF), publicado 21 de enero de 2019.

Ahora bien, respecto al primer planteamiento de ¿cómo se distribuyen los recursos del FASSA para los Hospitales Generales, Hospitales Integrales y Centros de Salud en Sinaloa?, después del análisis descriptivo de algunas variables y, ante la inexistencia de cifras del FASSA por Hospital pertenecientes a la SS y datos de gasto por municipio (ver tabla 22), se procedió a tomar el presupuesto total de 2019 para Sinaloa y a partir de ello se hizo una estimación por municipio. Lo anterior en base a la tasa de población sin seguridad social.

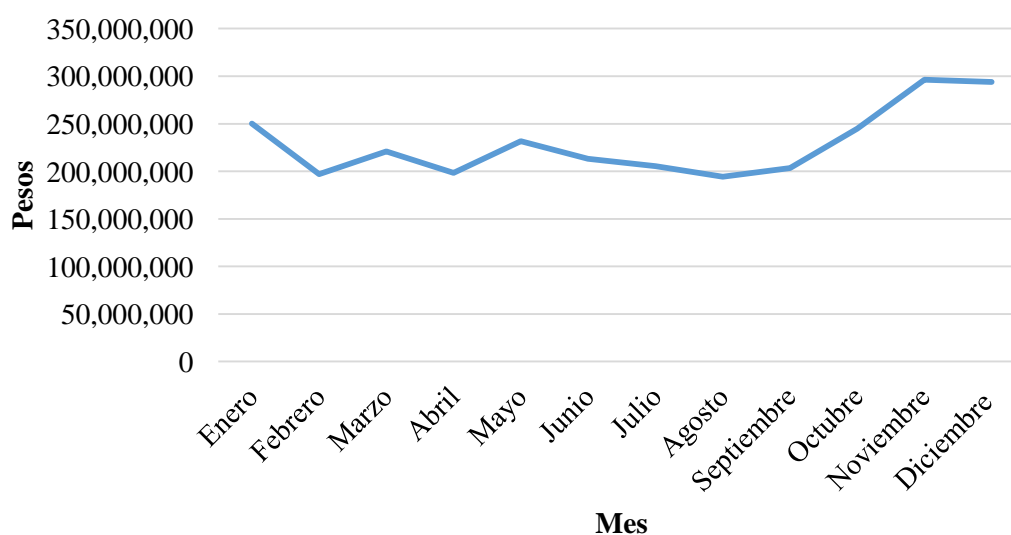
Tabla 22.
Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud en Sinaloa (2019)

Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud en Sinaloa, periodo comprendido, 2019.	
Mes	En pesos
Enero	250,237,697
Febrero	196,923,706
Marzo	220,761,547
Abril	198,374,840
Mayo	231,671,431
Junio	213,221,924
Julio	205,278,269
Agosto	194,183,640
Septiembre	203,295,448
Octubre	244,764,274
Noviembre	296,155,418
Diciembre	293,763,294
Total	2,748,631,488

Nota: Elaboración propia en base a consulta en Diario Oficial de la Federación, publicado 21 de enero de 2019.

Esta entidad federativa, al concluir el ejercicio fiscal de 2019, recibirá 2 mil 748 millones de pesos por concepto del FASSA, cuya tendencia del flujo mensual se observa en la figura 16.

Figura 16.
Estimaciones, tendencias del flujo de gasto público de FASSA, en factor de población sin seguridad social, en el Estado de Sinaloa (2019)



Nota: Elaboración propia en base a consulta en Diario Oficial de la Federación (DOF), publicado 21 de enero de 2019.

Dichos recursos se ministran mensualmente por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público a la Secretaría de Administración y Finanzas (SAF) de la citada entidad federativa del noroeste de México. Luego la Subsecretaría de Administración de la entidad lo dispersa a los hospitales y centros de atención médica de la SS para otorgar los servicios de salud demandados (véase tabla 23).

Tabla 23.
Propuesta de distribución de recursos del FASSA (2019)

Estimación de los recursos del FASSA de acuerdo a población sin seguridad			
Municipio	Población sin seguridad social (a)	Tasa de población sin seguridad social respecto al total (b)	Estimación de gasto público (FASSA) conforme a población (axb)
Ahome	167,063	0.1240	340,793,186.34
Angostura	26,315	0.0195	53,680,184.71
Badiraguato	27,771	0.0206	56,650,291.08
Choix	28,589	0.0212	58,318,936.00
Concordia	21,615	0.0160	44,092,616.10
Cosalá	13,845	0.0103	28,242,529.25
Culiacán	350,634	0.2602	715,261,177.52
El Fuerte	57,513	0.0427	117,321,241.24
Elota	23,945	0.0178	48,845,602.24
Escuinapa	32,720	0.0243	66,745,796.84
Guasave	170,422	0.1265	347,645,238.04
Mazatlán	176,845	0.1312	360,747,568.51
Mocorito	34,014	0.0252	69,385,438.07
Navolato	52,339	0.0388	106,766,756.13
El Rosario	37,152	0.0276	75,786,670.05
Salvador	31,037	0.0230	63,312,631.31
Alvarado	18,783	0.0139	38,315,596.03
Sinaloa	76,827	0.0570	156,720,028.54
Total	1,347,429	1.0000	2,748,631,488.00

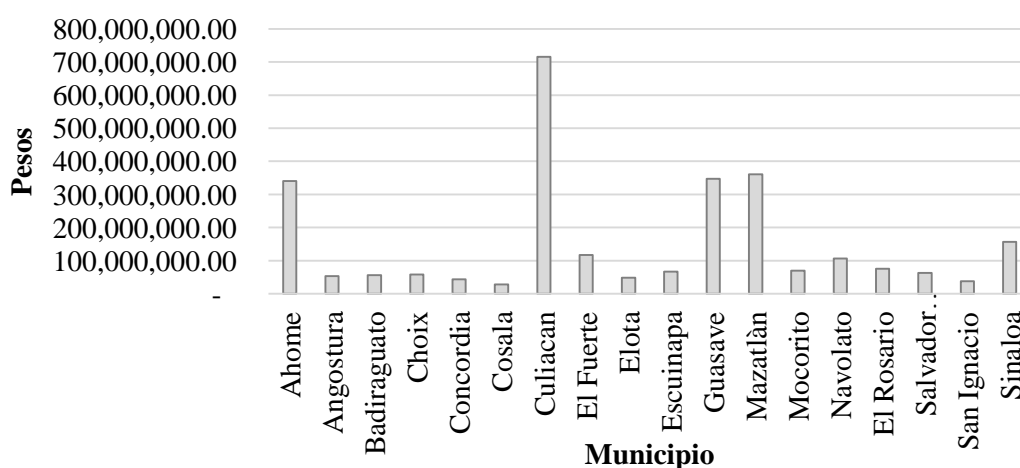
Nota: Elaboración propia en base a consulta de población sin seguridad social. Este último dato se tomó de la subdirección de Recursos Financieros de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en Sinaloa, el día 9 de julio de 2019.

Los recursos del FASSA se aplican en la SS, que es donde se atiende a la población sin seguridad social. De acuerdo a la estimación que se hizo para este trabajo, tomando el factor poblacional, la capital sinaloense se llevaría la mayor parte del presupuesto, un 26 por ciento, equivalente a 715 millones de pesos; Mazatlán con 13 por ciento, es decir, 360 millones; mientras que Guasave y Ahome les

corresponderían 347 y 340 millones, respectivamente. El municipio de Cosalá sería quien recibiría la menor cantidad de recursos con solo 28 millones de pesos (obsérvese figura 17).

Figura 17.

Escenario conforme a la población que no tiene seguridad social por municipios en el Estado de Sinaloa, 2019



Nota: Elaboración propia en base a tabla 23.

El presidente de México dijo (el financiero, 8, julio, 2019 p. 46) “todos los que trabajan en esta institución son héroes (...) por eso tengo confianza que vamos a sacar adelante el sistema de salud pública”. La cuestión es que no basta solo con voluntad dado que el presupuesto de gasto en salud para 2019 es limitado. Por ello hay carencia de médicos y enfermeras, particularmente en las zonas rurales marginadas. Ante dicha restricción presupuestaria, el gasto del FASSA deberá centrarse en mejorar la eficiencia de la atención de salud. Ello para que la intervención del Estado y el sector salud logren mejores resultados e implemente políticas de manera adecuada.

3.2.2. Desempleo y Pobreza.

En México, la pobreza se manifiesta en el nulo o escaso ingreso que tiene el jefe de cada familia para brindar calidad de vida a sus descendientes; aunado a lo anterior, no tienen acceso a servicios de salud, a una nutrición adecuada o a una

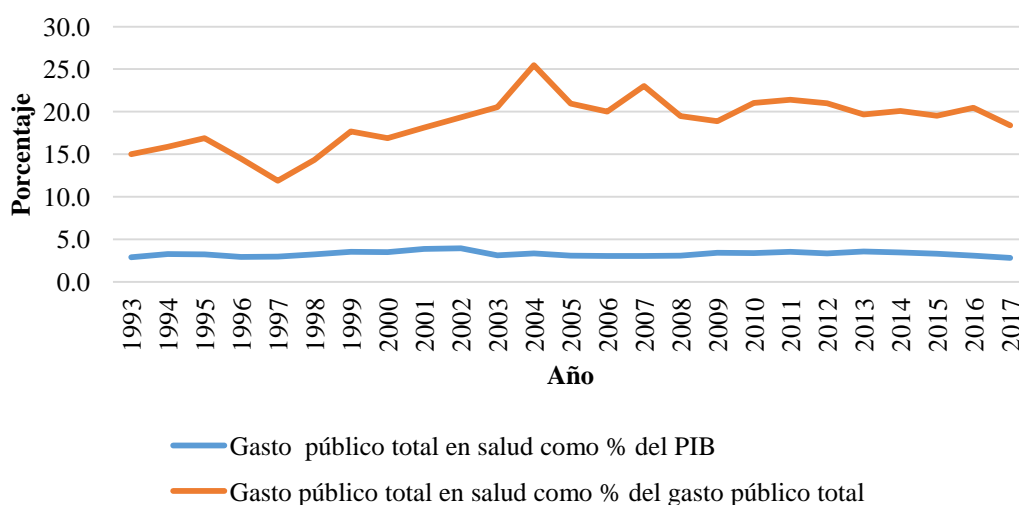
educación de calidad. De acuerdo a la UNICEF (2019) una de las principales carencias que afectan a la población de 0 a 17 años es el acceso a seguridad social. Ello se debe en parte a la alta tasa de empleo informal en el país y a que muchas familias no tienen acceso a programas de protección social.

Aunque en Sinaloa es menor la marginación que otras entidades del sur del país, poco más de 1 millón 300 mil personas no tienen acceso a la seguridad social, según la Secretaría de Salubridad y Asistencia en Sinaloa (SSA, 2019). El desempleo o quienes laboran en la economía informal tienen carencias. El salario que perciben no les alcanza para cubrir gastos en consultas médicas, tampoco para hospitalización en caso de requerirse y compra de medicinas. Por ello muchas familias incurren en gastos catastróficos e hipotecan sus bienes inmuebles para poder saldar adeudos por servicios de salud que hayan tenido que prestárseles en hospitales privados.

3.3. La Evolución del Gasto Público en Salud

Como se observa en la figura 18, al analizar el periodo 1993-2017, el ejercicio fiscal de 2002 tuvo el mayor presupuesto para salud al representar 3.9 por ciento respecto al Producto Interno Bruto Estatal (PIBE). En el mismo tenor, durante el año 2004 se destinó el 25.5 por ciento del total de presupuesto hacia el sector salud de esta entidad federativa.

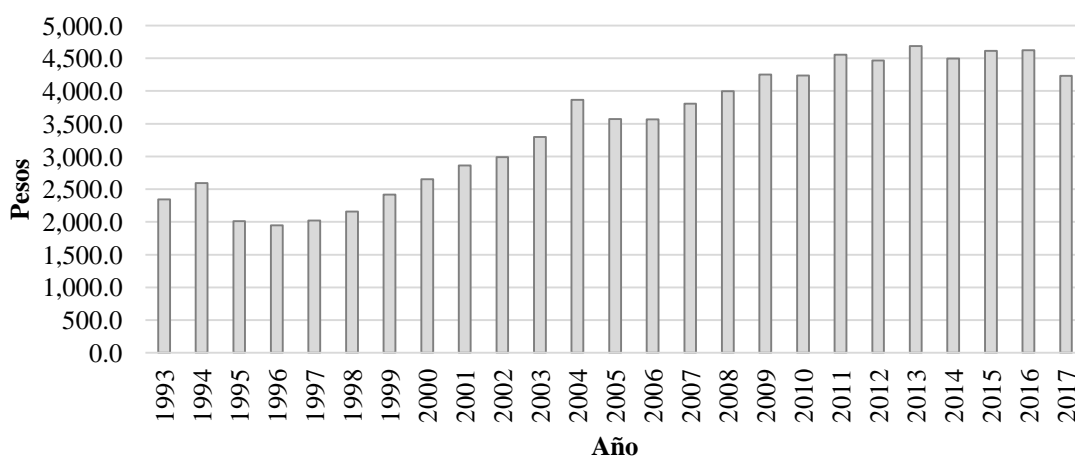
Figura 18.
Evolución del Gasto Público en Salud, de 1993-2017



Nota: Elaborada en base a datos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), consultado el 19 de junio de 2019.

Durante el ejercicio fiscal de 2013 fue el momento en que se destinó el mayor gasto per cápita a salud, por un monto de 4 mil 688 pesos y el menor fue el año 1996 por una cifra de un mil 900 pesos por persona. Estas cifras expresan de manera global tanto a la población con y sin seguridad social para el Estado de Sinaloa (ver figura19).

Figura 19.
Evolución del Gasto per cápita en Salud, Sinaloa (1993-2017)



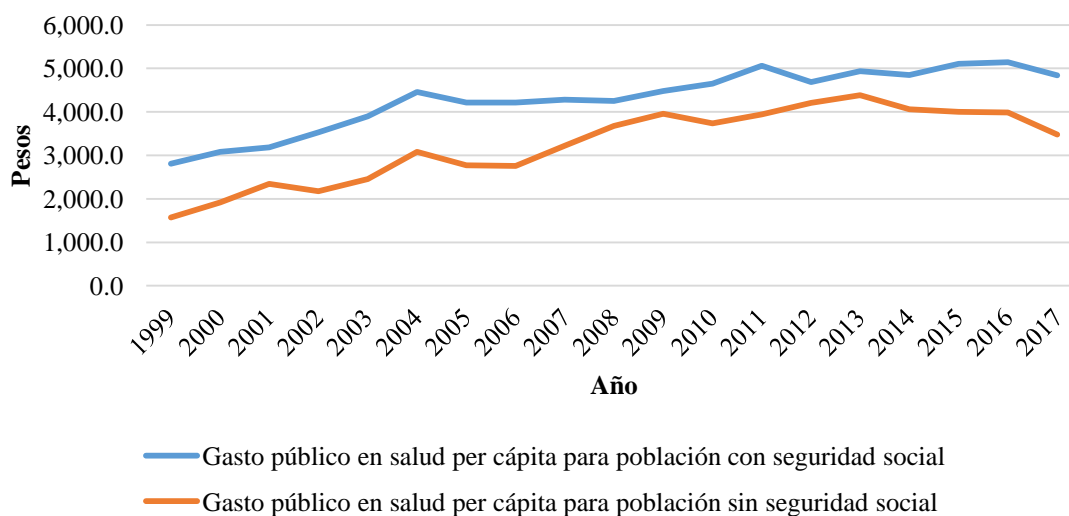
Nota: Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019.

Desglosando el análisis, en 1999 según el promedio de gasto para quienes contaban con seguridad social era de 2 mil 806 pesos, mientras que para los que no tenían seguridad era de un mil 573 pesos; para el año 2017 estas cifras de gasto crecieron a 4 mil 838 y 3 mil 478 pesos, respectivamente (ver figura 20).

Es relevante el peso que tienen las fuentes de financiamiento que garantizan donde la oferta de los servicios de salud públicos que son demandados en Sinaloa. La intervención del Estado en la prestación de este servicio busca ofrecer acceso universal de salud a las personas, sin depender del salario mensual en el momento que el individuo o familia requiera atención médica.

De acuerdo a la forma en que opera el Sistema Nacional de Coordinación Fiscal en México, la mayor parte de la recaudación de ingresos la efectúa el más alto nivel de gobierno, el Federal, pero que en la práctica es más bien centralizado. Por ello, en la financiación del gasto en salud pública para Sinaloa proviene de transferencias federales y una menor parte de ingresos propios de las entidades federativas.

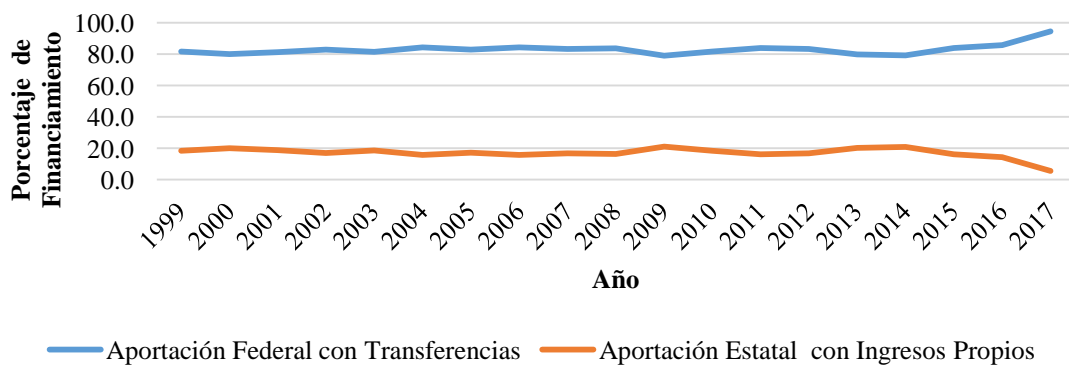
Figura 20.
Evolución de Gasto Público de población con y sin seguridad social



Nota: Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019.

En la figura 21 se observa que en el año de 1999 las transferencias constituyeron el 82 por ciento de los recursos ejercidos en salud pública, mientras que el 18 por ciento fue con recursos de la hacienda pública de Sinaloa. El año 2009 fue cuando el Estado de Sinaloa hizo su máxima aportación con 21 por ciento del gasto total, el restante 79 por ciento le correspondió a la federación. El punto extremo fue el año 2017, donde el gobierno federal hizo su máxima aportación al gasto con el 94.4 por ciento del gasto total.

Figura 21.
Evolución por fuente de financiamiento para salud



Nota: Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Salud Pública, consultado el 19 de junio de 2019

3.4. Evidencia de Entrevistas para Conocer Gasto de Bolsillo

De acuerdo al testimonio del personal participante como informante clave, para fines del presente estudio se contó con datos proporcionados por director médico, personal médico, enfermería, jefes de enseñanza (médico y enfermería anterior y actual), además al jefe de recursos humanos, archivo y estadística, y jefe de mantenimiento, a quienes se asigna cuidando la privacidad en su participación en el estudio se asigna las letras DM1 a DM-5, M-1 a M-5 y de E-1 a E-10, JE, JMEN, JEE, JEEA, JRH y JMT.

Además, se incluye a MF-1 hasta MF-1 a MF-5, quien representa a las madres de familia y FMF-1 Familiar de la madre de familia. Que en lo sucesivo serán quienes aparecen según sus propios relatos, donde en forma consecutiva según se agruparon las categorías. Al ser ellos, quienes permanecen en contacto directo con los pacientes mencionan durante la entrevista realizada a E-1 a E-8. Durante el período comprendido del 7 al 22 de noviembre de 2018 entre los horarios de 9 a 14 horas coinciden al mencionar que:

“...en los últimos años no solo se atienden los pacientes de Sonora y Chihuahua, también están recibiendo paciente de Salvador Alvarado (Guamúchil), Guasave y Sinaloa (Sinaloa de Leyva), con ello se ha aumentado la cobertura médica de pasando de tres municipios a seis de los 18 municipios del Estado. La atención y el número de pacientes ha ido aumentando, reflejados en los casos de traslado y referencia para que se brinde atención, siendo mujeres embarazadas, niños y adultos, así como personas accidentadas y heridas por armas, los principales pacientes que envían”.

Referente al gasto de bolsillo que hacen las familias en medicina, el informante clave MF-1, nos comparte el monto del gasto que generaron estudios de gabinete⁴ que se realizaron a su hijo desde el nacimiento que fue el 12 de noviembre donde duró su hospitalización 27 días en el área de UCIN hasta el 8 de octubre de 2018 que fue dado de alta, donde la cifra reportada en el convenio fue de 97 mil 306 pesos. Se recordará que el área de UCIN no cuentan con partidas presupuestales, al ser considerada el área para camas no censable.

⁴ Dentro de los diversos estudios complementarios que necesita el equipo médico para definir el diagnóstico o la evolución de la salud de la persona están los de laboratorio, ultrasonido, rayos X, entre otros.

La estancia hospitalaria que necesita el niño demanda gasto de bolsillo, entre ellos el destinado a insumos médicos, tecnológicos, humanos que fueron destinados hacia otro rubro. Sin embargo, por la situación apremiante se reorienta el destino para subsanar las necesidades del niño, lo que afecta el presupuesto del ejercicio fiscal corriente e impacta en el programa de Seguro Popular (SP) y el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Ante ello, el D-5 menciona estar enfocado a propiciar todas las condiciones para acreditar el hospital y que el HG-JKR cuente con los beneficios y los recursos que provienen del programa CAUSES, esto en lo dicho después de entrevista realizada el 3 de abril de 2019 a las 10 horas.

Ante ello, no se refleja con inversión de recursos o partidas especiales de financiamiento para que la institución a través de los recursos que tiene pueda soportar la cobertura para la que no fue diseñada. En lo referente a los servicios que demandan la mujer embarazada y/o el niño menor de dos años, necesitan de recurso humano, infraestructura e insumos médicos que garanticen la prestación en forma oportuna y tienen que estar disponibles, lo que alude por el personal entrevistado del 4 al 16 de agosto de 2018 durante los horarios de 14 a 18 horas, mencionan que durante los últimos años se presenta en la organización:

E-1“...existe falta de medicamentos (insumos), se han tenido que modificar el horario del medicamento porque las personas no quieren comprar el medicamento, el familiar no quiere gastar, utiliza el dinero que tiene para comprar comida, refiriendo que no tienen dinero y que eso lo cubre el seguro popular. Hace referencia que este programa ha estado deficientes no cubre la atención total y ha descendido de un 90 porciento hasta un 40 o 30, por lo cual no se tiene recurso con que trabajar ante lo que el paciente necesita en su tratamiento”.

E-2 “...las personas piensan que el surtimiento de medicamento para el tratamiento, todo les daba la institución de salud a través del seguro popular, y nos exigen que les apliquemos todo, ¿pero de dónde? no hay medicamentos, no hay insumos y afecta en la salud por no contar con recursos, hay mucha carga del trabajo dejan a 2 enfermeras a cargo de 15 pacientes ya que la vigilancia es muy importante en el servicio de pediatría”.

E-3 “...nos piden que realicemos la técnica del lavado de manos y el indicador completo, pero no nos abastecen en insumos (material jabón y sanitas), nos secamos con batas”.

E-4 "...la falta de material, medicamentos es esencial para la recuperación y salud de los pacientes, hacen falta médicos, enfermeros y de nutrición, solo ha habido cambios en la infraestructura, los insumos son muy pobres. Nosotros presentamos dermatitis por humedad, por los químicos del jabón, teniendo un riesgo de infección".

E-5 "...lo que es la infraestructura: el área de neonatos está muy equipada, más sin embargo es de poca calidad porque no hay bombas de infusión suficiente, serían muy útiles para la administración de aminas, y hay demasiados pacientes para una enfermera hasta 10 pacientes y algunos de ellos muy delicados, hay muchas hojas de registro".

E-6 "...está incierto cuando el paciente viene solo o no tiene recursos (como reponer), con que se va a hacer lo necesario para ayudarlo, se puede ver que al familiarse le pide que surta tela adhesiva (yo no quise encargárselo al familiar, ya es mucho) y guantes".

E-7 "...no hay soluciones, no hay punzocat, y si agarramos material del carro rojo ¿cómo se reponen después?, no nos dejan ir (salir de guardia) las compañeras de otro turno, si no entregamos completo el carro". No hay insumos (medicamentos) y la atención si ha mejorado la atención, pero solo en algunos servicios.

E-8 "... la falta o tardanza para que el familiar surta la receta, haga que se genere un manejo inadecuado que afecta el tratamiento continuo. Sería bueno que se llevara una buena práctica de salud en cuestión a la prevención es que se hicieran estudios rutinarios para los niños y las mamás como la biometría hemática, ahí se pueden ver muchas enfermedades o infecciones, que los vean como una cultura los estudios. Implementar más programas, políticas públicas que se realicen en todos los hospitales ISSSTE, IMSS, SS. También programas para mamás primigestas, familias disfuncionales, mamás adolescentes, de esos temas".

El personal que labora tiene experiencia en las áreas de gineco-obstetricia y pediatría (quienes son responsables del niño menor de dos años), y van de 6 a 40 años de experiencia profesional y la que han adquirido por la rotación en los diversos servicios, principalmente para el equipo médico y de enfermería. Además, durante el estudio de campo de agosto de 2016 a abril de 2019 (donde se obtiene la autorización por DM-3 el 25 de mayo del 2018) se pudo observar la rotación por inestabilidad que hay con el cuerpo de gestión (al ser puestos de confianza) en la dirección médica en

ese periodo han estado rotando cinco directores, dos jefes de enfermería y tres médicos jefes de enseñanza.

En la entrevista realizada a M-2 el 21 de mayo, 7 de junio, 4 de julio y 16 de agosto del año 2018 entre un horario de 9 a 11 horas, en cada momento no acepta que se desarrolle el PHAN (Programa Hospital Amigo del Niño) en el HG-JKR con el argumento que existía mucho trabajo, además de la falta de personal médico que tiene que ser cubierto por ellos mismos, y que no han podido contratar médicos menciona que no quieren venir por el bajo el pago del contrato porque son muchas las funciones y responsabilidades que tiene que hacer (no les conviene) en comparación del pago.

El 25 de mayo de 2018 en la reunión realizada con el DM y JE a las 9 horas, mencionan no estar interesados en que se realice el PHAN, o que se capacitara al personal porque no había recursos, JE refiere que el personal de enfermería está muy cansado, se están quedando a doblar turno, falta mucho personal y no ha habido contratos. DM menciona que en relación al programa todo quedaría detenido para otro momento y ni modo.

El 11 de junio de 2018 en la reunión realizada a las 11 horas, donde participaron M-3, E-9, E-10 y M-4 comentan estar interesados en que se realice la implementación del PHAN iniciando con la capacitación de todo el personal. Ante ello E-9 menciona que hacía falta integrar el comité, que ella se había encargado en conjunto de seis enfermeras de capacitar al personal (quienes solo cumplieron fue el personal de enfermería y que el equipo médico estaba renuente a capacitarse) pero que ya hacía un año y esa capacitación se tenía que repetir.

Asimismo, M-3, menciona que "...si hay posibilidades, falta que se le pongan ganas al trabajo, para que se desarrolle el programa, pero sería muy complicado tratar de instalar un banco de leche materna porque es muy costoso y que recientemente le habían autorizado al hospital de Culiacán la implementación alcanzando un costo superior a dos millones de pesos". Por otro lado, en la entrevista realizada a JMEN, M-2, JENA y E-9, el 8 de abril de 2019 a las 10 horas es cuando ya se muestran con mayor interés de que se genere el comité, se diseñe el programa de intervención y se inicie la capacitación que estaría propuesta

Del 26 de agosto al 19 de septiembre de 2018 durante los horarios de 9 a 14 horas se realizaron entrevistas a M-2, M-3 y M-4 se estuvo información relacionada a la participación de la madre durante la alimentación del lactante, se mencionan algunos

problemas de salud relacionada a la suspensión precoz de la leche materna, además de algunas políticas públicas que se han impulsado hablando de: salud materna y del lactante, haciendo un compendio aproximado por décadas, el análisis de la información permitió crear la figura 22, misma que fue avalada por M-1 el 22 de abril de 2019.

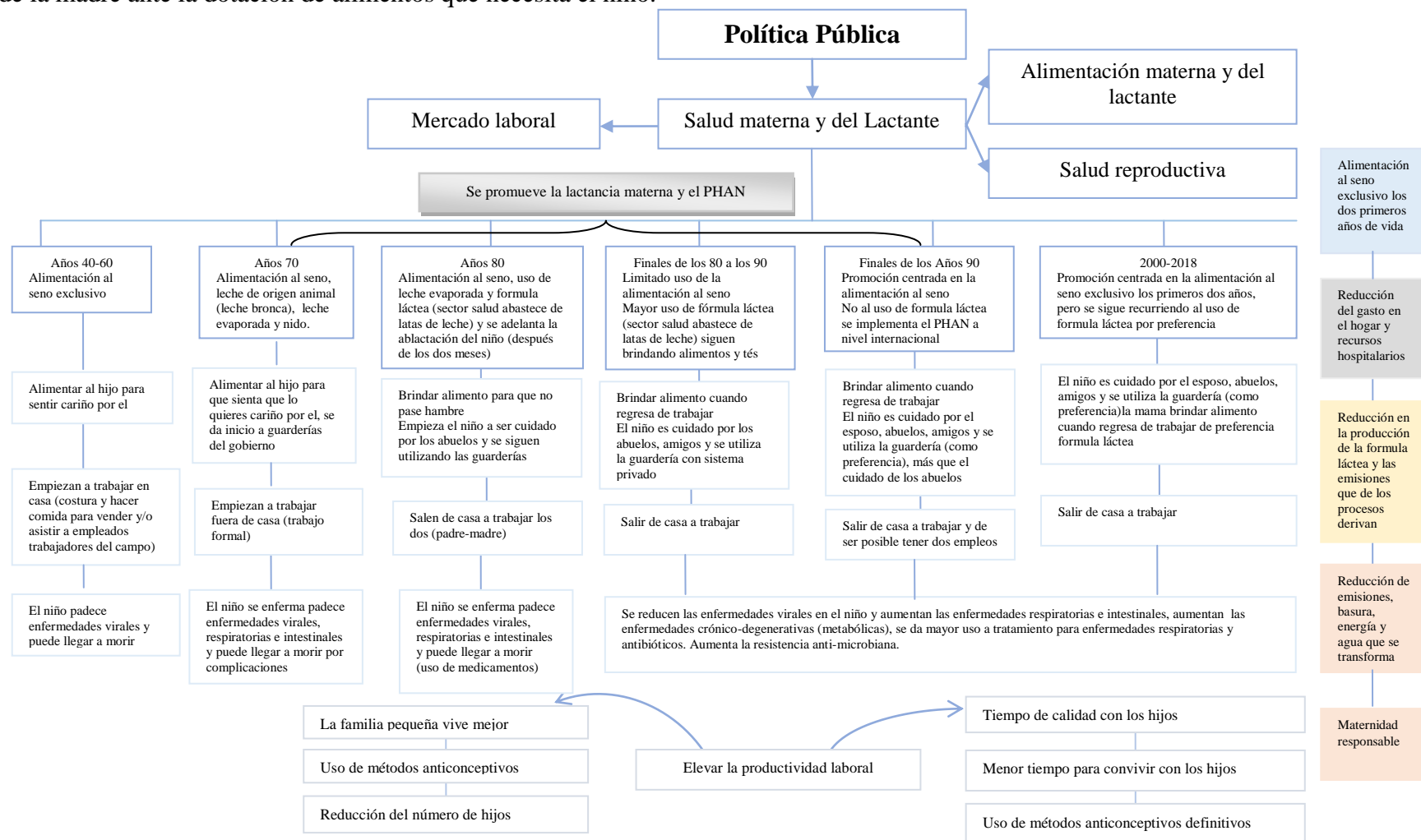
Durante el estudio de campo realizado el día 22 de abril de 2019 a las 10 horas, el entrevistador obtuvo permiso para estar presente cuando M-1 y M-2 conversaban sobre las oportunidades que ha brindado el sistema de salud público a través de la cobertura nacional con las acciones preventivas que ha impulsado en los centros de salud, haciendo referencia a los programas de inmunizaciones, tamiz neonatal, y las ventajas que esta medida ha tenido para la población lactante y que las vacunas han protegido a las mujeres en edad fértil, y a los propios trabajadores de los hospitales.

M-1 y M-2 “...los doctores cuentan con especialidad en pediatría son responsables del cuidado del niño en cada área donde este se encuentre, participan en el nacimiento, en situación de enfermedad y en estado crítico”.

M-1 y M-2 “...Hacen referencia que la dinámica social, la transición laboral y los programas de política pública han estado cambiando durante décadas. Y en la década de los 40s la alimentación del niño se vio modificada a consecuencia de la segunda guerra mundial y que se necesitó de la mano de obra de las madres (para que diseñaran aviones y armas), y los niños necesitaron ser alimentados con leche de vaca en depósitos de frascos de vidrio y le colocaban un caucho que servía de mamila. Con ese hecho, las industrias observaron esta situación y de ahí surgió el gran negocio”.

M-2 “...además el gobierno mexicano en la década de los 80^s daban seis latas de leche a la madre trabajadora, pero si el padre trabajaba también le daban otras seis latas como dotación mensual. Pero afectó las finanzas gubernamentales, se elevó el gasto para sostener este tipo de programa. Pero que eran más las desventajas para los niños que eran alimentados con fórmula láctea, empezaron a aumentar los casos de diarrea, trastornos digestivos y alergias”.

Figura 22.
El rol de la madre ante la dotación de alimentos que necesita el niño.



Nota: Elaboración propia a partir de entrevista realizada a dos médicos especialistas en pediatría

M-1 "...el gobierno desde la década de los 80^s creía que la leche de lata era la mejor opción para los niños y la madre trabajadora".

M-1 "...el programa hospital amigo desde 1992 brindó una oportunidad a los niños, se reconoce la participación de todos los trabajadores del hospital tuvieron a favor del cuidado del niño. Además, se pudo observar por todo el hospital del compromiso de los trabajadores. Se podía ver publicidad de fomento de la leche materna, y al momento aún se conserva un cuadro que elaboró un compañero médico".

M.2 "...cuando se empieza a dar biberón al niño presenta el síndrome de confusión, por lo que la madre interpreta que el hijo rechazó el seno, pero no es así, al niño le resulta más fácil y menos esfuerzo utilizar el biberon pero no porque lo prefiera, ya con eso la madre le resulta más fácil, dejar de darle pecho a su hijo"

M-1 "... hoy es común ver niños con biberón que son alimentados con café, refresco o te".

M-2 "...se pensaría que el salario que percibe en promedio la familia (800 pesos por semana) como pueden cubrir el gasto de leche, biberones y/o pañales (donde el costo va de 250 a 300 pesos por 31 piezas del paquete). Como podemos imaginar si la madre se hiciera responsable de alimentar al niño y ahorrar los gastos, pudiendo destinar este dinero a otras cosas más importantes para la familia".

M-1 "...antes se podría ver los tendederos llenos de pañales bordados con color azul, rosa o amarillo y daba gusto saber que en esa casa había niños, los pañales podían reutilizarse en los niños, las madres podrían imaginar a sus hijos cuando se encargaban de la limpieza o el lavado de ellos, pudiera ser que sentía cariño, apego o amor durante esa tarea de la casa".

M-2 "... si se utilizaran pañales de tela o se continuara con la alimentación materna se podría evitar contaminación ambiental".

Por otro lado, se pudo observar que la conducta del paciente o familiar ha cambiado, hoy se observa con una actitud que suelen ser exigente, pero ausente de compromiso con su propia salud y la de su hijo, ellos no quieren involucrarse. Se logró observar casos de pacientes que llegan a estar solos o abandonados (principalmente hombres) en las áreas de cirugía y medicina interna, sin que algún familiar se haga responsable de acompañarlos.

Dentro de los sucesos están relacionados en ocasiones que lamentablemente quien está enfermo resulta ser el proveedor económico principal de la familia, y en otros casos por los costos que generan insumos hospitalarios, medicamentos (surtimiento de recetas), y costo de hospitalización. En el caso del personal de enfermería asignado al cuidado de la madre-hijo en cada uno de los servicios de ginecología y pediatría se enfrentan a diversas situaciones o eventos que han expuesto de la siguiente manera. Al ser entrevistados del 4 al 16 de agosto de 2018 durante los horarios de 14 a 18 horas mencionan que:

E-1 “...si la mamá ve que el tratamiento no funciona los suspenden y regresan porque creen que no funcionan aun especificado que el tratamiento es para 8-10 días, el niño presenta resistencia al tratamiento: madres descuidadas ignoran el tiempo y forma de administración del medicamento”.

E-2 “...las madres del niño enfermo dicen: no quiere el niño, lo vomita o no le vi mejoría, por lo que deja de dar el tratamiento. Nosotras hemos visto que los motivos de ingreso más comunes en el área de urgencias pediátricas son enfermedades respiratorias generalmente dificultad respiratoria, accidentes en el hogar por descuido del cuidador (tomo cloro o se tragó una moneda)”.

E-3 “...el médico es el responsable las 24 horas del paciente y de su tratamiento. Están llegando niños que son discapacitados (niño teletón) con frecuencia, pero también han aumentado los que llegan por fracturas, enfermedades respiratorias, deshidratación y convulsiones. A también han llegado niños con cetoacidosis diabética muy chicos como desde los 6 años, se aplicó insulina, respuesta y empezar a baja al tratamiento”.

E-4 “...en ginecología las mujeres no quieren alimentar tiene el personal de enfermería que dar masajes en la mama para bajar la leche”.

E-5 “...es común ver niños deshidratados, recién nacidos en urgencias y se ve que los niños están mal alimentados. En el servicio hay más demanda en enfermedades de vías respiratorias, deshidratación, bronquitis y fracturas comúnmente regresan con el mismo padecimiento. También se presentan con niños que son ya tienen diagnóstico de crisis convulsivas (niños como los de teletón) fiebre o con diagnóstico ya tienen tratamiento indicado”.

E-6 "...las adolescentes son las que más lloran, la gran mayoría tiene control prenatal, generalmente se dan dos meses de lactancia materna, por motivos laborales la mamá trabaja y los dejan en guarderías al tiempo llegan los niños con problemas de salud a urgencias con diarrea o infecciones estomacales".

E-7 "...nos ha pasado que hay señoras que no sabían que estaban embarazadas, no fueron ni a una consulta con el médico, además no están bien alimentadas, pero vienen usando uñas acrílicas, pintadas y están tatuadas, hemos presenciado pacientes drogadas, en trabajo de parto, donde al nacer su hijo presenta síndrome de abstinencia, y la paciente menciona haberse drogado con cocaína antes de parir".

E-8 "...cuando algunas madres ven a su hijo vivir la crisis que les da el síndrome de abstinencia por recién nacido (como que la regaron y les cae el 20) y se les nota que les afecta. Pero a otras como si fuera normal, sabían que estaban embarazadas y lo seguían haciendo (drogándose) no se les ve afectación alguna".

A diferencia de esta situación en las áreas donde transita la madre y el niño donde se ubique al lactante, se puede observar que el acompañamiento que realizan los familiares a la mujer y al niño es al 100 por ciento. Donde el personal que participó en la entrevista realizada del 7 al 15 de enero de 2019 durante los horarios de 8 a 14 horas, mencionan que:

M-1 "...a partir de viajes que he hecho en el mundo me he podido dar cuenta el apoyo que brinda el gobierno a los padres en Europa, les dan un año de incapacidad para que estén con el hijo, los apoyan mucho en cuanto refiere a la natalidad "como si les pagaran por tener hijos", es cultura, en esos países viejos no les atrae mucho tener familia...también me pude dar cuenta de los países más pobres están en Asia y que aún en esa pobreza gastan en pañales desechables y leche de fórmula".

E-4 "...los familiares piden recetas para 24 horas, pero todo depende del estado de salud de la persona y de su tratamiento, porque los médicos hacen cambios en el transcurso del día y los familiares no aceptan cambios de medicamentos, se les menciona que por eso la importancia de hacer receta para cada horario".

E-5 "...los insumos que les sobraba a los pacientes dados de alta y nos los heredaba, los resguardábamos para cuando un familiar ocupaba, pero ahora no hay nada y los familiares piden que les demos asegurando que nosotras tenemos guardadas jeringas o

medicamento, si hacemos un favor buscando por los servicios o que el jefe nos consiga no agradecen. Nos han tachado de rateras”.

E-7 “...la enfermera es la que está más en contacto directo con el paciente así que es una gran responsabilidad llevar a cabo todos los programas de prevención”.

E-8 “...en el hospital están los programas de hidratación, neumonías, nutrición (tamizaje que realiza enfermería en conjunto con nutrición)”.

Durante los periodos de vacaciones en diciembre y semana santa, existe reducción en el número de pacientes en cada una de las áreas hospitalarias, incluidos los servicios de urgencias. Se reduce las visitas al área de valoración para el nacimiento del niño. Se presentan eventos obstétricos de urgencia real y partos espontáneos y fortuitos. Por otro lado, existe limpieza en las áreas del hospital y al alta de cada paciente, al desocupar la cama se limpia con soluciones especiales denominando limpieza exhaustiva. El director está propiciando las condiciones para acreditar el hospital y poder acceder a los recursos.

A esto se añade que a nivel nacional en las organizaciones de salud se presenta “fragmentación entre los niveles de atención durante la prestación de servicios”. En el objeto de estudio que es el niño y la alimentación que el necesita, se deja ver en la desarticulación que no responsabiliza a los niveles de atención médica con cada una de las tareas sustantivas que corresponde a la sociedad al concebirla como algo confuso para el cuidado de la propia salud.

Por otro lado, la afectación que se propicia al medio ambiente dada por la situación que requiere cubrirse en el niño demanda del consumo de recursos médicos que desde la elaboración emiten gases de efecto invernadero, uso de energía y agua; añadiendo que estos en ocasiones suelen requerir para el funcionamiento de limpieza, desinfección y esterilización (en aquellos insumos reutilizables), por otro lado llegado el cumplimiento del ciclo de vida del producto para lo cual fue diseñado su disposición final genera basura y genera emisiones. Además, que la alimentación suplementaria que son las fórmulas lácteas, están en circunstancias similares para el medio ambiente.

Con los elementos antes descritos, refleja que, durante la participación en el segundo nivel de atención del caso de estudio, se logró observar que el tiempo que dedica el equipo multidisciplinario de salud del primer nivel de atención, no siempre se evidencia

en la continuación de los procesos (en el segundo nivel de atención) que requiere la mujer embarazada durante el nacimiento y puerperio de su hijo.

Asimismo, se exponen en riesgo madre e hijo porque aún no han logrado tener claro la importancia que tiene la alimentación para ella y su embarazo, y lo que favorece durante el evento de nacimiento de su hijo y en la recuperación de ella. En este último momento se requiere la puesta en marcha de la preparación (previamente brindada durante el control del embarazo) para que muestre disposición durante la necesidad que muestra su hijo para ser alimentado con leche materna desde su nacimiento hasta cumplido los dos años de edad que no necesariamente debe ser del seno. Dentro de los diversos programas que desarrolla la organización solo está orientado a indicadores, normas y guías técnicas, donde el programa de LM se da como parte de las recomendaciones en forma sin profundizar en el tema, el personal entrevistado del 18 al 28 de marzo de 2019 entre los horarios de 8 a 14 horas, mencionan que:

E-1 “...la mayoría de las personas dan LM solo se les dificulta a las personas con pezón invertido. Tienen buena actitud, son personas cooperadoras. Pero hay cursos, pero faltan que sigan capacitando exclusivamente al servicio de ginecología”.

E-2 “...la alimentación al seno materno en recuperación de ginecología, las madres no quieren dar leche a su hijo ellas quieren que traiga –nosotras como enfermeras- le llevemos leche en polvo y nos dice en reiteradas ocasiones la paciente tráigale fórmula al niño (como ustedes dicen). Sábenos que existe un programa de LM pero no se lleva a cabo. Además, nosotras nos encargamos que el niño come en el turno pero desconocemos si lo siguen alimentando en los demás turnos, una señora tarahumara le estaba ofreciendo caldo de pollo al recién nacido, en otra ocasión unos familiares se fajaron la leche ocultándosela pasándola por el área hospitalaria también una señora le dio leche de la misma comida, el abandono de LM se apega a que dicen que tienen dolor, el que no pueda producir leche a la estética, se caigan o aguaden las mamas, cultura, actitud y creencias, eso creo”.

E-3 “...no hay cultura de amamantamiento, aun dando educación no quieren dar pecho las señoras, hay factores como la edad que son mamas jóvenes menores de 20 años (adolescentes), no saben las posiciones correctas para amamantar a su bebé, y no saben los beneficios. Además la nutrición de las madres no es buena, tampoco su higiene

y alimentación, además no cuentan con control prenatal sus bebés y no tomaron vitaminas”.

E-4 “...las pacientes (según ellas) quieren lo más fácil el biberón. En relación a los embarazos en adolescentes, se les debe brindar información para evitar estos casos, no existe capacitación del médico ya que durante las citas prenatales no da recomendaciones para reducir el riesgo de pezón invertido. Exigir programas para las mamás y recién nacido e implementación de programas, capacitar al personal, hay mucha pobreza faltan recursos”.

E-5 “...hay mucha información que no es cierta más sin embargo son creencias y culturas muy arraigadas de la madre para alimentar a su hijo”.

E-6 “...en muchas ocasiones al niño se le indica el médico que les demos fórmula por medicamentos que se les da durante la eclampsia a la mamá, pero ellas muestran que quieren alimentar a su hijo al seno, pero lamentablemente no se pueden así que se ponen tristes, refieren “yo lo quería o tenía la ilusión”, pero su situación de salud no permite que se lo pegue”.

E-7 “...las personas traen la actitud y ya vienen con la intención de no dar pecho al recién nacido o bien, porque ellas dicen que no producen y piden que les indiquen fórmula dicen que le duele la herida que no les sale leche. Pero si producen ahí nos tienen dando masaje o haciendo mexicanadas para formar el pezón o estimular que el niño pueda comer”.

E-8 “...en el hospital están los programas que se han implementado y son el lavado de manos, indicadores, nutrición-modificación, dietas-valoración al paciente dan dieta adecuada”.

3.5. Estimación de Gasto Público en Salud del Lactante en el HG-JKR

De acuerdo a los cuestionamientos planteados a inicios de este trabajo de investigación, respecto a ¿de qué tamaño es el gasto público en salud del lactante en el HG-JKR? ¿Cuál fue el gasto en servicios de consultas, medicamentos y hospitalización en el HG-JKR durante el periodo 1993-2017? ¿Cuánto se gasta en consultas, medicamentos y hospitalización por no alimentar con leche materna a los lactantes en el

HG-JKR? estas interrogantes son respondidas mediante las estadísticas que se obtuvieron en trabajo de campo y otras mediante estimaciones propias.

Así, para poder conocer la evolución del gasto público en salud del lactante en el citado hospital, el objeto de estudio, fue necesario realizar mucha gestión para encontrar datos estadísticos. Estos se obtuvieron mediante instrumentos como entrevistas con personal médico, administrativo y operativo. Asimismo, la consulta de documentos y bitácoras existentes en archivo histórico de la citada institución de salud pública. Poder crear esta base de datos llevó poco más de un año, dado que nuestra agenda tuvo que adaptarse a las agendas de los informantes clave, pero al fin se pudieron generar datos valiosos, dado que no se lleva una estadística ordenada sobre consultas médicas, hospitalización y el gasto de bolsillo para medicamentos de la población menor de cinco años.

De esta forma, se aprecia que durante el periodo 1993-1995 se registraron consultas anuales por debajo de 1,400 niños, dado que el inmueble del HG-JKR era de menor capacidad y estaba construido en otro lugar y no en el actual. En el año 1995 fue cuando se ingresaron 29 niños a quirófano, cifra más alta de dicho trienio.

Fue a partir de 1996 cuando se empezó a prestar los servicios de salud en la actual ubicación geográfica en que se encuentra el hospital. De entrada, se percibe el gran incremento de la demanda por servicios de salud del lactante, pues de haber atendido a 1,400 pacientes en 1995, un año después se brindaron 9 mil 500 consultas médicas en la población lactante. En este primer año de operación del nuevo hospital, se hospitalizaron 475 niños, de los cuales 191 tuvieron que realizárseles intervención quirúrgica.

Una década después, en 2006, la población atendida, mediante consultas médicas, llegó a 12 mil 320 niños y niñas. De ellos, 7 mil 392 regresaron el mismo día al hogar, es decir, solo requirieron consulta médica; se registraron 37 defunciones; 616 niños requirieron hospitalización y 246 fueron atendidos en quirófano.

Conforme a las cifras de la tabla 24, posteriormente se procedió a estimar los gastos generados en consultas médicas y medicamentos, donde el desembolso que no tuvieron que realizar los jefes de hogares para que los menores de 5 años que se atendieron en servicios de urgencias durante el periodo comprendido de 1993-2017, dado que su nivel

de ingreso es insuficiente, generando presión sobre gasto público en salud de dicho hospital.

Tabla 24.

Población infantil menor de 5 años atendida en los servicios de urgencias durante el periodo comprendido de 1993-2017

Niños y niñas de 0 a 5 años atendidos en Hospital General Jesús Kumate Rodríguez Durante el periodo 1993-2017							
Año	Consultas médicas	Egreso			Ingreso (bajo observación)		
	Número de consultas	Mismo día a hogar	Traslado	Defunción	Egreso	Hospitalización	Quirófano
1993	1253	752	1	4	408	63	25
1994	1380	828	1	4	450	69	28
1995	1400	840	1	4	456	70	29
1996	9500	5700	10	28	3096	475	191
1997	10614	6368	11	32	3460	531	212
1998	10840	6504	11	33	3533	542	217
1999	11110	6666	11	33	3621	555	224
2000	11310	6786	12	34	3687	565	226
2001	11524	6914	12	35	3756	576	231
2002	11701	7021	12	35	3814	585	234
2003	11800	7080	12	36	3846	590	236
2004	11954	7172	12	36	3896	598	240
2005	12105	7263	12	36	3946	605	243
2006	12320	7392	13	37	4016	616	246
2007	12515	7509	13	38	4079	626	250
2008	12701	7621	13	38	4140	635	254
2009	12910	7746	13	39	4208	645	259
2010	13140	7884	13	39	4283	657	264
2011	13350	8010	14	40	4351	667	268
2012	13520	8112	13	41	4407	676	271
2013	13780	8268	14	42	4492	689	275
2014	14011	8407	14	42	4567	700	281
2015	14201	8521	15	43	4629	710	283
2016	14400	8640	15	43	4694	720	288
2017	14600	8760	15	44	4759	730	292

Nota: Elaboración propia a partir de datos de bitácoras del HG-JKR, varios años (1993-2017).

Se puede observar que la población lactante que fue atendida en los servicios de urgencias donde les permite se llevaron a cabo procesos de ingreso y egreso, que a la vez

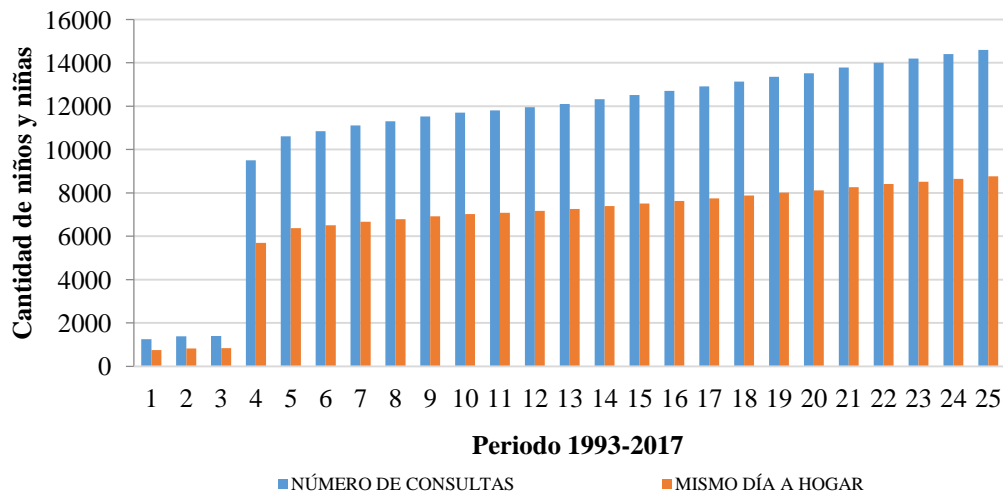
delimitaron a aquellos que derivaron su estancia a hospitalización, quirófanos o dados de alta a casa con tratamiento médico, durante el periodo comprendido de 1993-2017 (datos obtenidos de bitácoras en los servicios).

Asimismo, diez años después, en 2016, se brindaron 14 mil 400 consultas a menores de cinco años; 8 mil 640 regresaron el mismo día a su casa; hubo quince traslados; 43 muertes; 720 fueron hospitalizados; y fueron atendidos para cirugía 288 niñas y niños. El último año que se tuvo acceso a los datos fue 2017, periodo en el cual se lograron brindar 14 mil 600 consultas; 8 mil 760 niñas y niños regresaron el mismo día al hogar; por prescripción médica 15 menores de 5 años fueron trasladados en ambulancia; se registraron 44 muertes; se hospitalizaron 730; y, por último, 292 fueron intervenidos quirúrgicamente.

Por otro lado, como se puede observar en figura 23, el número de consultas registra una tendencia creciente, dado que la población que es atendida aquí no cuenta con seguridad social ni en ISSSTE o IMSS. Además, la mayoría de los menores de 5 años que fueron atendidos, provienen de hogares pobres de los municipios de Ahome, Choix y el Fuerte, pero también de comunidades marginadas pertenecientes a los Estados de Sonora y Chihuahua.

Figura 23.

Población infantil menor de 5 años atendida en los servicios de urgencias según número de consultas y egresos el mismo día al hogar, durante el periodo comprendido de 1993-2017



Nota: Datos obtenidos en base a bitácoras del HG-JKR, varios años (1993-2017).

Por otro lado, posteriormente se procedió a estimar los gastos en consultas médicas y medicamentos, desembolso que no tuvieron que realizar los jefes de hogares para que los menores de 5 años recuperaran su salud, dado que su nivel de ingreso es insuficiente, generando presión sobre gasto público en salud de dicho hospital, conforme se muestran las cifras que se reportan en la tabla 25.

Tabla 25.
Gasto público en servicios médicos a menores de 5 años

Costo estimado de medicamentos y consultas para niños y niñas de 0 a 5 años en Hospital General Jesús Kumate Rodríguez, periodo 1993-2017								
Año	Consultas médicas (a)	Costo unitario por consulta (b)	Costo total consultas (axb=c)	Costo unitario por medicamento (d)	Costo total medicamento (dxa=e)	Costo total (c+e) a precios corrientes	INPC=base segunda quincena julio 2018	Costo total a precios constantes, base segunda quincena de 2018=100
1993	1,253	15	18,795	60	75,180	93,975	15.12623154	621,271.73
1994	1,380	18	24,840	80	110,400	135,240	16.28816451	830,296.13
1995	1,400	20	28,000	100	140,000	168,000	24.5302403	684,868.95
1996	9,500	38	361,000	200	1,900,000	2,261,000	30.89511058	7,318,310.11
1997	10,614	40	424,560	235	2,494,290	2,918,850	35.9814979	8,112,085.85
1998	10,840	45	487,800	250	2,710,000	3,197,800	42.25498013	7,567,865.35
1999	11,110	57	633,270	270	2,999,700	3,632,970	48.34313257	7,514,966.05
2000	11,310	61	689,910	285	3,223,350	3,913,260	52.1366899	7,505,769.94
2001	11,524	65	749,060	310	3,572,440	4,321,500	54.93075962	7,867,176.84
2002	11,701	70	819,070	335	3,919,835	4,738,905	57.19333372	8,285,764.60
2003	11,800	87	1,026,600	350	4,130,000	5,156,600	59.40446093	8,680,492.88
2004	11,954	90	1,075,860	365	4,363,210	5,439,070	61.735929	8,810,218.11
2005	12,105	95	1,149,975	370	4,478,850	5,628,825	63.75689238	8,828,574.90
2006	12,320	100	1,232,000	380	4,681,600	5,913,600	66.08097256	8,949,020.83
2007	12,515	105	1,314,075	415	5,193,725	6,507,800	68.63982113	9,481,085.31
2008	12,701	110	1,397,110	420	5,334,420	6,731,530	72.44064713	9,292,476.35
2009	12,910	118	1,523,380	430	5,551,300	7,074,680	75.45224962	9,376,367.22
2010	13,140	127	1,668,780	450	5,913,000	7,581,780	78.15082319	9,701,471.71
2011	13,350	138	1,842,300	480	6,408,000	8,250,300	80.77126891	10,214,399.39
2012	13,520	143	1,933,360	540	7,300,800	9,234,160	83.11373673	11,110,269.33
2013	13,780	155	2,135,900	545	7,510,100	9,646,000	85.42171934	11,292,210.08
2014	14,011	160	2,241,760	550	7,706,050	9,947,810	88.19349844	11,279,527.60
2015	14,201	170	2,414,170	565	8,023,565	10,437,735	90.32068671	11,556,306.07
2016	14,400	180	2,592,000	580	8,352,000	10,944,000	93.42533928	11,714,166.72
2017	14,600	200	2,920,000	600	8,760,000	11,680,000	97.97401198	11,921,528.74

Nota: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en bitácoras del HG-JKR, varios años (1993-2017).

De esta forma, se aprecia que durante el año 1993 se registraron 1, 253 consultas anuales, cuyo costo unitario fue de 15 pesos, erogándose un total de 24 mil 840 pesos. En compra de medicamentos, el costo por unidad fue de 80 pesos, cuyo monto total en compra de dichas medicinas fue de 75 mil 180 pesos. Ambos desembolsos, fueron 93 mil 75 pesos. Esta última cifra procedió a deflactarse, con Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), tomado como base la segunda quincena de julio de 2018, por lo

que dicha cifra de 1993, traída a precios de 2018 indica que al día de hoy se hubieran erogado 621 mil 271 pesos.

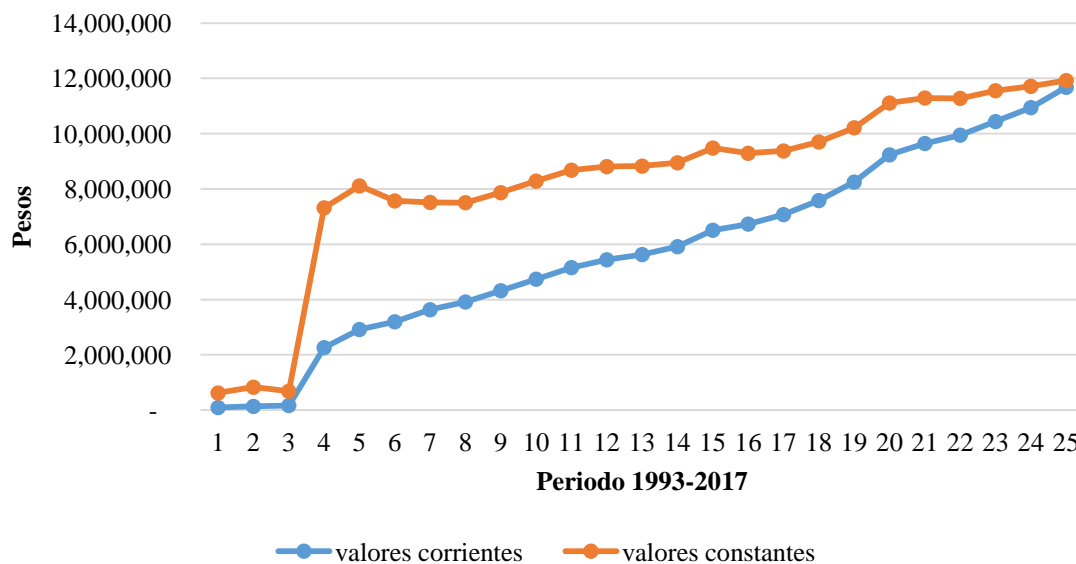
Diez años después, en 2003, se registraron 11 mil 800 consultas anuales, cuyo costo unitario fue de 87 pesos, erogándose un total de 1 millón 26 mil 600 pesos. En compra de medicamentos, el costo por unidad fue de 350 pesos, cuyo monto total en compra de dichas medicinas fue de 4 millones 13 mil pesos. Sumados los costos de medicinas y consultas representaron 5 millones 156 mil 600 pesos. Desde luego, al deflactarse esta cifra del año 2003, con el INPC, muestra que hoy se estuvieran desembolsando 8 millones 680 mil 492 millones de pesos.

Para el año 2013 se registraron 13 mil 780 consultas anuales, cuyo costo unitario fue de 155 pesos, erogándose un total de 2 millones 135 mil 900 pesos. En compra de medicamentos, el costo por unidad fue de 545 pesos, cuyo monto total en compra de dichas medicinas fue de 7 millones 510 mil 100 pesos. Sumados los costos de medicinas y consultas representaron 9 millones 646 mil pesos. Al proceder a deflactar esta cantidad del año 2013, con el INPC, indica que ahora el gasto total sería de 11 millones 292 mil 210 pesos.

Por último, en el ejercicio fiscal de 2017 se registraron 14 mil 600 consultas, cuyo costo unitario fue de 200 pesos, erogándose un total de 2 millones 920 mil pesos. En compra de medicamentos, el costo por unidad fue de 600 pesos, cuyo monto total en compra de dichas medicinas fue de 8 millones 760 mil pesos. Sumados los costos de medicinas y consultas representaron 11 millones 680 mil pesos. Al proceder a deflactar esta cantidad del año 2017, con el INPC, indica que dicha erogación sería de 11 millones 921 mil 528 pesos.

Por otro lado, podremos observar en la figura 24, la tendencia que, durante esos 25 años, es un mayor crecimiento del gasto público. Aunque hay que decir que también las familias realizan gastos de bolsillo, lo cual es coincidente con la evidencia de los trabajos que sean hechos para México y los países de América Latina. Pues a pesar que en nuestro país hay una cobertura de salud al 75 por ciento de la población, ello no evita que las familias tengan que desembolsar parte de su presupuesto del hogar, cuyo propósito fue recuperar la salud de los menores de cinco años.

Figura 24.
Gasto en salud, niños de 0 a 5 años



Nota: Datos en base a bitácoras del HG-JKR, varios años (1993-2017).

3.6. El gasto de Bolsillo en Leche de Lata

Con el propósito de conocer el impacto que tiene sobre el ingreso de los hogares, pero también sobre la presión del gasto público en salud para el HG-JKR, se procedió a realizar trabajo de campo, consistente en retomar los precios de la lata de leche de 400 gr de 5 marcas en 8 tiendas. El levantamiento se hizo durante el mes de agosto de 2019. Entre las marcas de leche se encuentran Nido, Nan, Similac, Enfagrowy Enfamil; mientras que las tiendas y farmacias donde se tomaron las muestras de los precios fueron la Moderna, Farmacon, Guadalajara, Similares, Farmacia Corerepe, Benavides, Walmart y Ley (ver tabla 26).

Tabla 26.
Datos de campo sobre precios de leche enlatada (400 gr) para niñas y niños en 2019

Precios de leche industrializada para niñas y niños en tiendas de Los Mochis, Sinaloa (agosto, 2019)								
Farmacia/ tienda	Marca del producto					Consumo		
	Nido	Nan	Similac	Enfagrow	Enfamil	1 lata	4 latas por mes	48 latas al año
Moderna	71.00	119.00	241.00	183.00	183.00	159.40	637.60	7,651.20
Farmacon	58.00	80.00	241.00	183.00	183.00	149.00	596.00	7,152.00
Guadalajara	70.00	249.00	193.00	142.00	197.00	170.20	680.80	8,169.60
Similares	70.00	110.00	221.00	250.00	249.00	180.00	720.00	8,640.00
Farmacia								
Corepepe	71.00	110.00	220.00	240.00	190.00	166.20	664.80	7,977.60
Benavides	80.00	110.00	225.00	183.00	183.00	156.20	624.80	7,497.60
Walmart	160.00	108.00	350.00	315.00	254.00	237.40	949.60	11,395.20
Ley	136.00	110.00	339.00	243.00	231.00	211.80	847.20	10,166.40
Precio promedio	89.50	124.50	253.75	217.38	208.75	178.78	715.10	8,581.20

Nota: Elaboración propia en base a consulta de precios, mediante trabajo de campo (15-30, agosto 2019).

De acuerdo a los precios del producto, diferenciado, se sacó un promedio general del costo unitario de la leche, el cual fue de 178 pesos con 78 centavos. Se consideró que las niñas y niños consumen a lo menos 4 latas al mes y 48 al año (ver tabla 27).

Tabla 27.
Precios de Leche enlatada (400 gr) para niños y niñas, en 2019

Gasto estimado en leche enlatada (400 gr.) para niños y niñas (precios corrientes y constantes de 2019)						
Año	Consultas médicas (a)	Costo unitario por lata de leche (b)	Costo total (axb=c)	Costo anual total a precios corrientes, (cx12=d)	INPC=base segunda quincena julio 2018	Costo total a precios constantes, base segunda quincena de 2018=100
2019	14,600	178.78	2,610,188	125,289,024	97.97401198	127,879,854.53

Nota: Elaboración propia en base a datos de tabla 26 y 27.

Derivado de lo anterior, se procedió a retomar el último dato que se tuvo sobre consultas en el hospital, donde se encuentra objeto de estudio, correspondiente al

ejercicio fiscal 2017, en el cual se atendieron 14 mil 600 menores de edad. A ese dato se procedió a multiplicarlo por el precio promedio de la lata de leche que se tuvo en agosto de 2019. Así, en el supuesto de que todos los niños hubieran sido alimentados con este tipo de leche, el desembolso hubiera sido de 125 millones de pesos corrientes. Si esto se convierte a precios constantes, el desembolso hubiera sido de casi 128 millones de pesos constantes.

Ahora, se estima, de acuerdo a entrevistas de informantes clave, que del total de la población lactante que es atendida en el HG-JKR, “el 85 por ciento de los lactantes no son alimentados con leche materna” (entrevista a personal médico el 1 de septiembre de 2019). Una enfermera nos informa nos da el testimonio que “en cuanto nacen los bebés, a las madres se les obliga a que les den pecho, se ponen renuentes porque se les caerán los bustos, más si son del primer parto”. Y agrega que “en varias ocasiones las abuelas llegan con biberones escondidos para darles té a los niños, son pretexto que la mamá no produce leche” (Entrevista a enfermera el 15 de agosto de 2019, a las 5 de la mañana en HG-JKR).

Bien, si de acuerdo al dato cualitativo de que el 85 por ciento de la población no lactante no es amamantado por su madre, esto tiene un impacto en el gasto público en salud de 106 millones de pesos corrientes. Esta cifra a precios constantes será de 108 millones de pesos que le costó al HG-JKR por no realizar prácticas de alimentación más sanas para los recién nacidos. Por ello, ante la actual política de restricción presupuestal que promueve el gobierno federal, creo que el gasto público en salud tiene que innovarse y ser mejor. Ante ello, nuestra propuesta es ejecutar un proyecto de inversión para el establecimiento de un banco de leche materna, donde se pueda impulsar una nueva cultura de alimentación mediante leche materna para las nuevas generaciones.

Esto es un desafío, ante la menor holgura fiscal que se tiene hoy en México para financiar la creciente demanda de servicios de salud, no solo de la población lactante, sino de la población en general. Invertir en la creación de un banco de leche materna es aprovechar mejor los recursos del gasto público. Con ello, permitiría realizar una práctica preventiva de salud y no curativa, que es lo hace más falta impulsar para la población lactante. Se considera que es hora de revisar la composición y aplicación del gasto que permita brindar mejores servicios de salud del lactante no solo de este

hospital, sino del país en general. El tema da para más debate sobre la economía de la salud.

3.7. Propuesta de Intervención

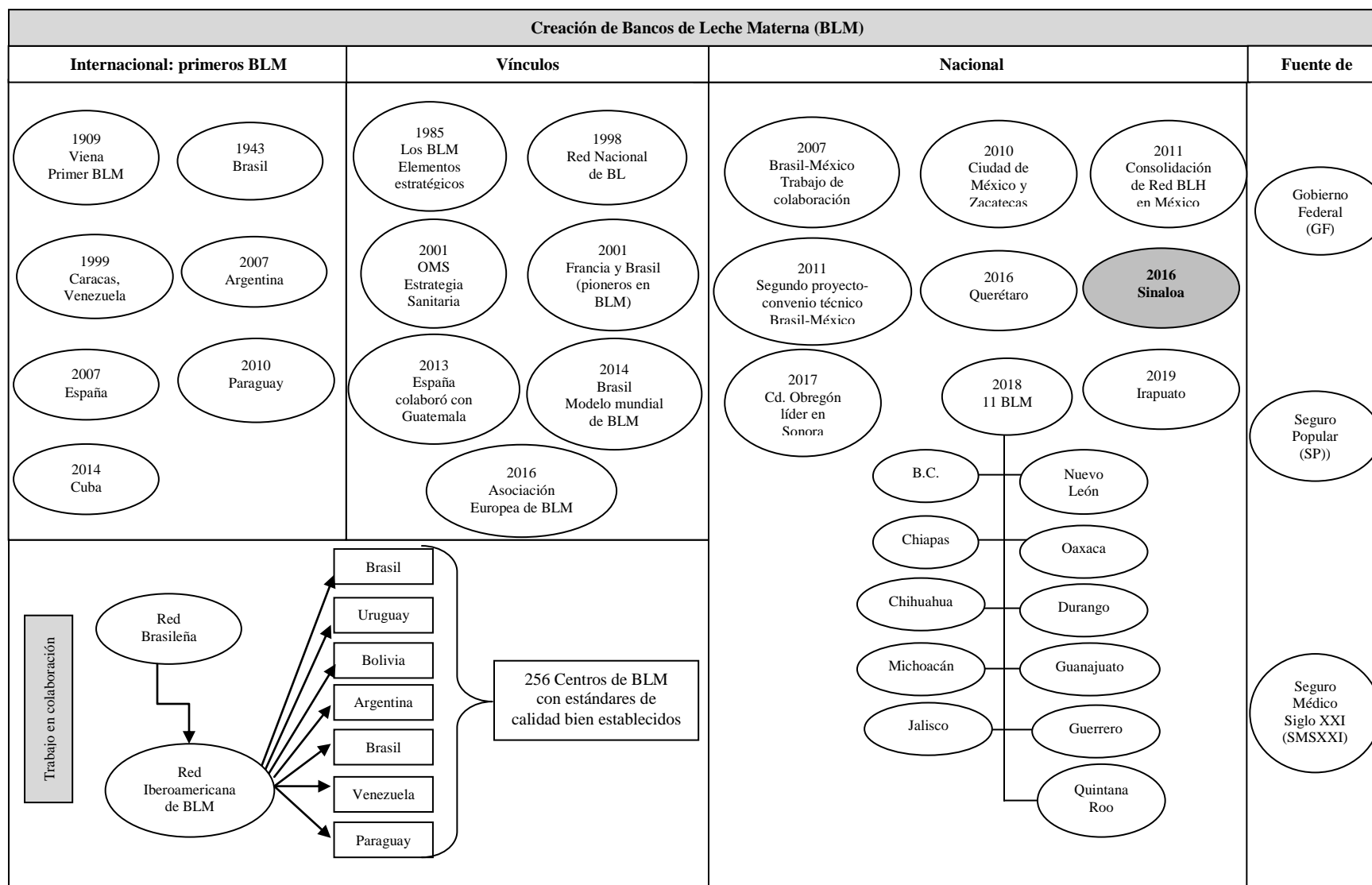
La presente propuesta de intervención no busca generar polémica sobre las prácticas que realizan las madres al inducir a sus hijos al consumo de fórmulas lácteas, al cual accede como primera y/o única opción para la alimentación del menor. Cabe resaltar que ni tampoco se busca generar una interpretación equivocada que genere un conflicto de interés con las industrias responsables de la comercialización de este tipo de productos alimenticios, al cual se considera como alimento industrializado.

Con el referente antes expuesto, se habrá de considerar que la primera infancia en los niños es una etapa clave y de oportunidad para el sano crecimiento y desarrollo como individuo, lo que puede incidir en forma positiva o negativa para el resto de su vida, al encontrarse el niño en total dependencia de las decisiones que tomen sus padres o cuidadores. Así, que los retos futuros en la economía de la salud para la población lactante es, en primer lugar, mejorar su salud y calidad de vida. Si esto se mejora puede tener impacto favorable en la fuerza laboral de las próximas décadas para la economía mexicana. Asimismo, se trata de aprovechar mejor cada centavo que se destina al gasto público en salud del lactante.

Ante la restricción presupuestal que enfrenta la organización HG-JKR, sobre los gastos públicos en materia de salud que requiere el lactante, se propone generar las condiciones desde los líderes de primera línea de la organización pública de salud, quienes sean los responsables de retomar la propuesta metodológica del Modelo para la gestión, diseño e implementación de Bancos de Leche Materna (BLM). Como estrategia de acción permitirá el aprovechamiento del gasto público y en cuanto a los servicios de salud serán orientados a la prevención y conservación, lo que a bien puede ser replicado no solo en Sinaloa sino en cualquier estado de México.

Esta estrategia permitiría garantizar al niño lactante acceder a una nutrición adecuada provista por la madre, aprovechando mejor cada centavo gastado del presupuesto de gasto en salud del lactante. Por ello, puede apreciarse el origen de los BLM en el mundo y, en específico, en América Latina, el cual se planteo en la figura 25.

Figura 25.
Origen del Banco de Leche Materna (BLM)



Nota: Elaboración propia en base a literatura plasmada en este trabajo de investigación.

Para la gestión de recursos se puede participar en las modalidades de en la atención médica, enfocada a la gestión en red e investigación donde se puede obtener el Premio Nacional de Calidad en Salud y en el Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua (asignando recurso etiquetado en especie). Por ello se propone reestructurar el criterio de asignación de recursos y acceder a subsidios en partidas directas.

3.7.1. Presupuesto.

Para el caso de México no existe con claridad el costo que ha generado la implantación de un BLM (ver tabla 28), de lo que sí existe evidencia es de un documento normativo que propone la SS (2017) a través de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), para la estimación de costo que puede generarse durante la construcción de un espacio como infraestructura nueva dentro de un hospital, gasto por equipamiento y por salarios del personal conforme el perfil, quienes serán los responsables de operar el BLM.

En relación a la infraestructura, en este apartado clasificaron por áreas las cuales tuvieron un costo propio, para el área de colecta el costo es de 731 mil pesos y área de procesamientos tendrá un costo de 606 mil pesos donde el precio podría disminuir si se tratase de rediseño o bien aumentar hasta un tope por 25 por ciento más en cada área según sea la situación que se enfrente en la propuesta arquitectónica. Para el rubro de equipamiento existe un listado de recursos para material de laboratorio, equipo y dispositivos médicos, para los cuales no proponen un precio estimado, y lo referente al salario, el costo total anual es de 1 millón 622 mil pesos, según el número de plazas requeridas. Por otro lado, en la tabla 26 podrá observar que no existe claridad cuál es el presupuesto que invirtieron algunos Estados para instaurar un BLM.

Para las organizaciones de salud que quieran acceder a la implantación de un BLM habrán de reunir las siguientes características. Que el hospital donde se habrá de implantar el BLM brinde atención de gineco-obstetricia y neonatología, existan por lo menos 3 mil nacimiento al año, tener un programa de LM bien establecido, ser nominado como Hospital Amigo del Niño y la Niña (para lo que habrán de cumplir requisitos de certificación), contar con áreas de cuidados para el Recién Nacido (RN) según sus necesidades de salud (sano, enfermo o crítico), el área de acceso según las vías

de comunicación, el trabajo en red definido y ante todo que su personal se encuentre con capacitación sobre LM.

Tabla 28.
Presupuesto para establecer un Banco de Leche Materna (BLM)

Año	Inversión-costo	Infraestructura	Programa	Lugar
2015	11 millones	Primeros 6 bancos	Gobierno Federal (GF)	Instituto Nacional de Perinatología y Hospital Regional de Alta Especialidad de la mujer D.F. Villahermosa Tabasco, Guadalajara, Zacatecas y Veracruz.
2017	95 millones	Obras de salud para equipamiento, y mobiliario, que incluyó también un BLM.	Gobierno Federal (GF)	Durango
2017	30 millones	30 BLM	Seguro Médico Siglo XXI	Baja California, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, y Quintana Roo.
2017	10 millones	1 BLM	Gobierno Federal (GF)	Sonora
2019	19 millones	Centro Regional de Atención Integral en Salud Reproductiva, y el BLM “será uno de los más grandes en América Latina”	Gobierno Federal (GF)	Irapuato, Guanajuato

Nota: Elaboración propia.

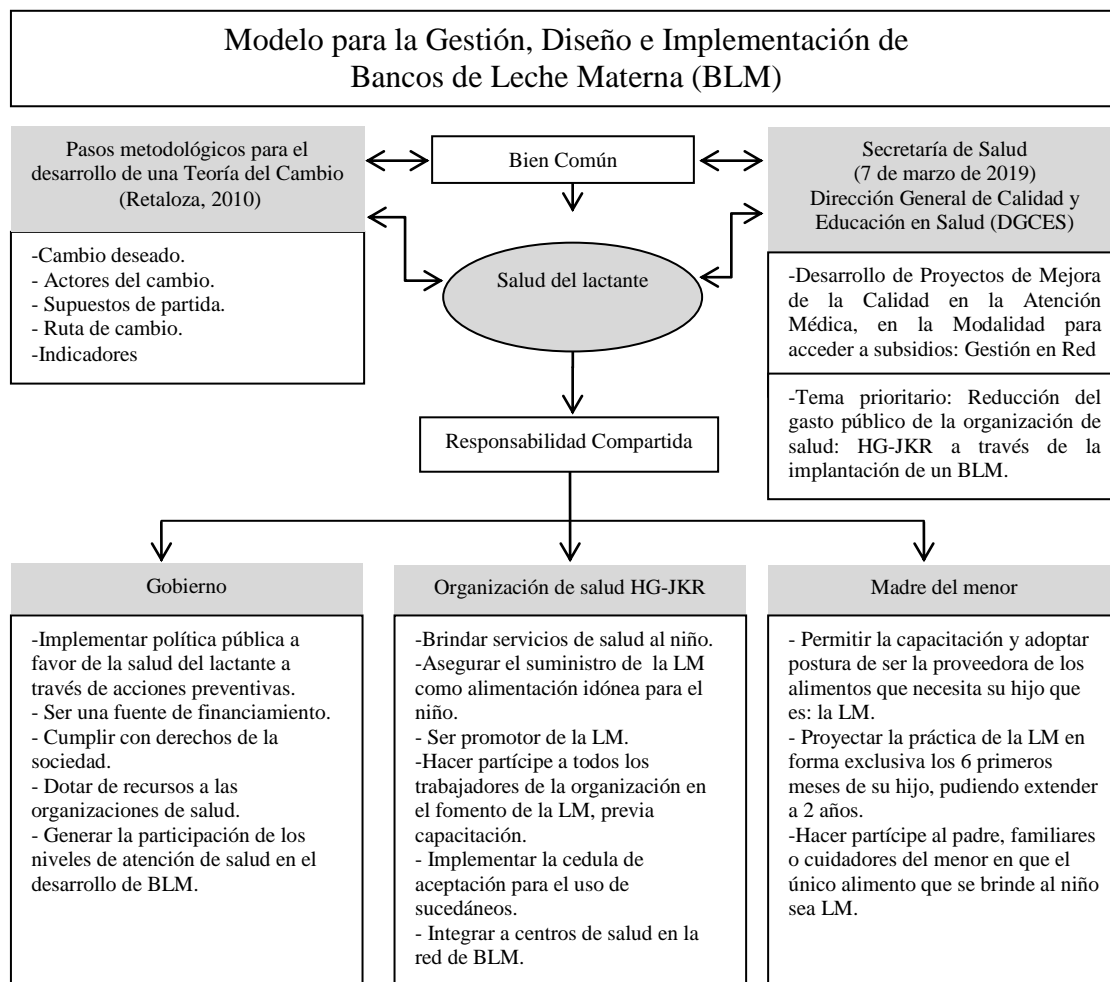
3.7.2. Metodología.

La propuesta es parte de la transferencia de conocimiento que a otros países y Estados de México han empleado como estrategia a los BLM, que han funcionado, sin embargo para la presente se incorporan elementos teóricos como parte de la contribución

del conocimiento, apegada a la teoría del cambio con enfoque del bien común y la responsabilidad compartida, incorporando también la propuesta metodológica para diseño de proyecto de mejora en del programa de calidad en la atención médica en base a la red de gestión, para ello se muestra la figura 26.

Figura 26.

Propuesta Metodológica: Modelo para la Gestión, Diseño e Implementación de Bancos de Leche Materna (BLM) en organizaciones públicas de salud de México



Nota: Elaboración propia en base a literatura del documento.

3.7.2.1. Descripción de propuesta metodológica para la implementación de BLM.

Durante el desarrollo del estudio del sujeto de interés inserto en la organización se pudo observar las limitaciones que existen respecto al gasto público en salud, y el gasto que genera cubrir una de las necesidades básicas del lactante que es la alimentación, donde los hogares sufren gasto de bolsillo impactado por la enfermedad del lactante. Con ese antecedente se buscó que organizaciones de salud, como es el caso del HG-JKR redoblé esfuerzos y voluntades para atender con acciones preventivas en la salud del niño.

Ante ello, se está consciente que se requiere de un trabajo integral, que la organización y sus profesionales no lo pueden hacer como procesos solos o aislados, se necesita de los recursos y la contribución del gobierno, además del involucramiento y participación de la madre de familia y aquellos que podrían llegado el momento ser los cuidadores del niño.

Como propósito de la presente propuesta, se busca asegurar la alimentación del niño, reducir los gastos de la organización, y el gasto de bolsillo de familias del menor, que no cuenta con la cobertura médica completa, donde no se logra cubrir todos los recursos o las necesidades que genera una enfermedad prevenible en la población lactante que depende del cuidado de sus padres o cuidadores quienes suplen o cubren con acciones sus necesidades. Es por ello que la organización podrá acceder a recursos que permitan la implantación de un BLM. Por lo que se plantea la presente propuesta metodológica que como proyección ésta a corto y mediano plazos a (ver tabla 29).

Por ello es necesario describir cada uno de los elementos, además de la fundamentación teórica y contextuales que conforman 4 fases que consisten en descripción de los elementos, diseño, gestión e implementación, por lo que se procede a detallar cada una de las fases.

a) Fase de descripción de elementos.

Para construir la propuesta se necesitó explorar diversas opciones de abordaje, entre ellas se encuentran los pasos metodológicos de la teoría del cambio y Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica, bajo la modalidad para acceder a partidas económicas de la Secretaria de Salud desde la Gestión en Red, estrategias social y de gestión, que pudieran aplicarse a una organización de salud pública, que brinda servicios a la población lactante como sujeto de interés.

Tabla 29.
Actividades a cumplir según los procesos de la propuesta de intervención

Actividades		
Corto plazo (12 meses)	Mediano plazo (12 meses)	Mediano plazo (24 meses)
Capacitación Aumentar el número de madres alimentadas adecuadamente.	Asegurar la leche materna del niño hospitalizado en las aéreas de neonatología.	Cumplir con los criterios de selección para contar con el BLM, que consiste en que la organización cumpla y/o mantenga las siguientes características:
Garantizar el alimento del niño conforme las necesidades.	Propiciar el involucramiento de la madre en la fase de puerperio inmediato.	Ser un hospital con atención de ginecología y obstetricia, y neonatología.
Implementar la cédula de consentimiento informado donde madre del menor o tutores (según sea el caso) firmen con consentimiento y asentimiento sobre el uso de fórmula láctea para alimentación del niño (anexo 7).	Generar las condiciones de mantenimiento de una alimentación al seno en forma exclusiva por lo menos en la etapa de lactante.	Estar dentro de los 3000 eventos obstétricos relacionado a nacimientos por año (para lo cual, se llevará registro anual).
Definir proceso de donación de leche para niños hospitalizados exclusivamente.	Incrementar el número de madres y el tiempo de alimentación.	Implantar el programa de lactancia, el cual se mantenga en vigencia y funcionamiento.
Involucrar a los trabajadores y usuarios de los centros de salud del municipio de Ahome, El Fuerte, Choix y Los Mochis, en el trabajo de red para la implementación de un Banco de Leche Materna (BLM).	Realizar las gestiones para la implementación de un lactario.	Generar las condiciones para acceder a la certificación como Hospital Amigo del Niño (HAN).
Participar en convocatoria para acceder a fuentes de financiamiento, a través de la elaboración de Proyectos de Mejora de la Calidad en la Atención Médica, en la categoría de Proyectos de Gestión en Red.	De forma simultánea trabajar los principales criterios para contar con un (BLM).	Continuar con la prestación de servicios en las áreas de neonatología y cuidados críticos según sea la clasificación. Mantener las vías de comunicación accesible. Incorporar y mantener el trabajo en red con los centros de salud. Sostenimiento de la capacitación continua sobre la LM para todos los trabajadores, madres y cuidadores del menor.

Nota: Elaboración propia.

Una de las características de esta población es que está a expensas de las decisiones de su madre y cuidadores, de las condiciones laborales y económicas de los padres dependerá la garantía de los servicios, subsidio y/o cobertura médica que tendrá el menor, con ello, se hace partícipe a las organizaciones de salud, sea pública o privada.

La organización de salud denominada HG-JKR tiene una dependencia directa del Estado a quien se accede como principal fuente de financiamiento, sin ello no es posible cubrir los recursos que generan el funcionamiento, equipamiento, salarios e insumos que demanda la sociedad. De ahí la importancia de hacer en lo posible acciones preventivas no remediabiles, ya que las enfermedades de las personas aumentan los costos para la organización, para el Estado, y por ende a las familias que no cuentan con atención de cobertura universal.

Con ello, se buscó que los elementos busquen posicionar en forma central la salud de la población lactante, desde la construcción de la propuesta para el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad en la atención médica, a los que se incorporó el bien común (visto desde el enfoque económico y humano). Además la responsabilidad compartida que debe existir entre el gobierno, la organización pública de salud donde está el equipo multidisciplinario y la madre del menor donde se hace co-participe a los cuidadores del niño.

La presente propuesta se retoma de la metodología que realizó inicialmente Retaloza (2010, p. 7), que caracteriza a la sociedad que actualmente se encuentra viviendo tiempos dinámicos, nutridos de constantes situaciones económicas, sociales, geográficas, políticas, interculturales, institucionales, cognitivas, entre otras. De ahí que la Universidad de Los Lagos (2016) menciona que cuando se “requiere hacer un cambio se habrá de visualizar identificando desde un inicio las dimensiones, y definiendo hasta donde se pretende llegar, mediante la teoría del cambio” (pp. 10-12).

Asimismo, la Organización Internacional Holandesa conocida como HIVOS (2019) menciona que a través de esta teoría se pueden proponer soluciones nuevas para problemas globales persistentes. En base a las actividades que se encuentran dentro de esta teoría del cambio, que incluye diseño, realiza ajustes de intervención para proceder al monitoreo, que brinde aprendizaje durante la implementación y la conduzca a la evaluación del Banco de Leche Materna, explican cómo se habrán de desarrollar, en lo dicho (Rogers, 2014; Retaloza, 2018). Para ello, Thibault (2016) incorporó “el propósito, la cadena causal, los supuestos y riesgos que pueden dar como resultado al evaluar del impacto, como componente de efectividad para los programas” (p. 47). Los cuales se propone al ser orientado hacia la salud del lactante.

Es por ello, que esta teoría tiene componentes que generan condiciones para abordar la salud del lactante desde un enfoque integral que incida en reducción del gasto público para la organización, de ahí que se seleccionaron cada uno de los pasos que orienta a la teoría hacia el cambio deseado, actores del cambio, supuestos de partida, ruta de cambio e indicadores para el cumplimiento del tema prioritario.

Por otro lado, bajo el argumento financiero y al saber que existen recursos destinados por la SS a temas prioritarios de salud pública, los cuales, se establecen

dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND, 2019-2024), específicamente la directriz 2 denominado como: Bienestar Social e Igualdad, en particular a la línea de acción “salud para el bienestar”, lo que permite orientar a las organizaciones públicas de salud a ser confiables y seguras, donde la población que acude a ellas, obtenga experiencia satisfactoria a costos razonables.

Es por ello, que, la temática de propuesta es “mejorar el gasto público de la organización de salud: HG-JKR a través de la implantación de un BLM”, la cual cumple criterios dentro del temario prioritario de la salud que requiere la población mexicana. Por lo tanto, se cumplió con el desarrollo bajo la directriz que señala a los proyectos de mejora de la calidad en la atención médica. Pero de forma inicial será en la organización denominada HG-JKR, quien participará dentro del rubro de gestión en red, para acceder a recursos económicos etiquetados, atendiendo los requerimientos que establezca en las reglas de operación de la convocatoria que emita como cada año la SS a través DGCES.

En forma permanente se estarán cumpliendo cada uno de los criterios, junto al HG-JKR se van a integrar en un primer momento a los centros de salud rurales de Ahome, El Fuerte y Choix, además del centro de salud urbano Los Mochis, en un segundo momento de la propuesta se podrá extender a hospitales integrales de Choix, Valle del Carrizo y Sinaloa de Leyva, quienes serán parte de la Red de BLM.

Asumiendo que, cuando se habla del bien común, se parte del entendido que la organización de salud precisa, cada vez más, en estar mejorando el desempeño de los servicios que prestan sus profesionales. Ante ello, el proceder de ellos, tendrá que estar en términos de eficiencia, eficacia y calidad, ante lo cual no se puede consentir que exista sufrimiento por ausencia de recursos económicos o sociales (Hernández, Nogueira, Medina y Marqués, 2013; Seguí, Toledo y Jiménez, 2013).

Sin estar al margen de las necesidades que presenta la población, los gobiernos deben atender con acciones preventivas y evitables, desde el conocimiento que se tiene como gestor de la salud de la población, pero bajo el entendimiento que no es tarea aislada es compartida, donde se asuman compromisos y en forma oportuna se realicen las funciones que a la sociedad y las organizaciones de salud le corresponden, con la comprensión de asumir con responsabilidad de ocupación en lo propio.

Ante ello, un sistema organizado, con tareas específicas, podría dar respuesta a las necesidades y demandas de la sociedad, al tomar en cuenta el valor que tiene la salud dentro del desarrollo humano y social, en forma individual o colectiva. Por ello, se necesita conocer las perspectivas del sistema sanitario, especialmente cuando se trata de la salud pública (Segredo, García, López, León y Perdomo, 2015; Bernal, Pedraza y Sánchez, 2015; Fajardo, Gutiérrez y García, 2015).

Al asumir responsabilidades desde las funciones que tiene la organización pública, creada como un bien social. Peláez, García, Solarte y Azuero (2014), señalaron que “la gestión humana, deben ir más allá que solo al cumplir un pacto formal protocolizado de trabajo-salario, debe trascender hacia ver al trabajador que va más allá de la prestación de servicios” (p.15). Hasta ese momento, se podrá considerar completa Camacho (2015) atribuyó que “comprende el rango, obligación, compromiso o manera que las empresas tienen con la sociedad” (p. 5).

Es por ello que la responsabilidad compartida, debe existir entre el gobierno y la organización pública de salud que cuenta con el equipo multidisciplinario y con la madre del menor donde se hace co-participe a los cuidadores del niño. Donde el gobierno como ente jurídico, legal y principal gestor de bienes y servicios de la nación, tendrá la tarea de generar las condiciones desde la incorporación de BLM como política pública, lo que pudiera representar una estrategia preventiva destinada a dar respuesta a la salud del lactante, como parte de los derechos de la sociedad. Para el diseño, dotación de recursos, implantación, evaluación y permanencia el gobierno será la principal fuente de financiamiento. Donde se generen las condiciones de articulación, donde serán participe los dos primeros niveles de atención.

En el entendido que el HG-JKR asumirá el liderazgo de la propuesta y será a través de esta organización, cuando se vaya incorporando a las otras entidades para formar la red de gestión. Para ello el personal que es el dador de cuidados será quien asuma el liderazgo de la propuesta y estará de forma ininterrumpida integrado en forma permanente para brindar servicios al niño (como lo ha realizado por más de 24 años).

Una de las principales tareas de la organización y su personal es asegurar el suministro de la LM como alimentación idónea única para el niño. Dentro de la conservación de información y registro de evidencia integrara a sus funciones el registro

de la cédula de aceptación para el uso de sucedáneos, donde firmará la madre con consciencia de las desventajas que se podrían presentar por interrupción de la LM supliendo con leche artificial. Así como propiciar la integración del personal de los centros de salud para fortalecer la red de BLM.

Entre tanto, se habrá de reconocer que la madre es quien juega un papel estelar porque sin la disposición o voluntad de ella no podrá sostenerse activo un BLM, por lo que se concreta que dentro de las tareas o funciones que habrá de realizar partiendo de ser capacitada donde pueda adoptar con compromiso y responsabilidad su rol estelar que requiere el niño durante su sano crecimiento y desarrollo. Ella es proveedora de la LM y es el único alimento que necesita en esa etapa el niño. Por ello, la madre tendrá que llevar a la práctica, la disposición para brindar LM en forma exclusiva al niño mínimo los 6 primeros meses de vida pudiendo extender hasta los 2 años, donde tendrá que hacer partícipe al padre, familiares o cuidadores del lactante en conciencia que es el único alimento que necesita el lactante (utilizando técnica de alimentación por vaso, según sea el caso).

Cuando se incorporó el elemento del bien común se vio desde el enfoque social que incide en lo económico. Para el cual se recuperó la opinión de autores como Saldarriaga (2013) quien menciona que este término ha sido aplicado solo hacia el cumplimiento de:

Obligaciones y compromisos legales y éticos de las funciones que desarrollan las organizaciones, el cual se produce en el ámbito social, laboral, medioambiental y de los derechos humanos, es decir, a aspectos relacionados con la incidencia de los procesos y productos de la empresa como escenario social. (p. 112).

Entre tanto para quienes vuelcan el término responsabilidad social, partiendo del proceso de auditoría social que se ha trasladado con enfoque en términos humanos, sociales, gubernamentales y medioambientales, donde la atribución de prestar servicios de salud, se da desde el punto de vista ético, al tomar en cuenta que todos somos responsables por todos, a partir de asumir que como organizaciones se tienen responsabilidades económicas y legales a ser co-responsables de los problemas sociales (Lima, Cosenza y Llena, 2015;Toca, 2017;Vargas y Vaca, 2005).

b) Fase de diseño.

Para organizar cada una de las etapas que constituye la propuesta metodológica se necesita de la participación de un grupo responsable constituido por un grupo multidisciplinario de salud, el cual, dará cumplimiento a las actividades que generen las condiciones para la implementación de BLM. Aquí se seguirán los cinco pasos de la teoría del cambio, en conjunto a las etapas que comprende la convocatoria para proyectos de mejora de la calidad en la atención médica, apegado a la temática prioritaria, junto a bases, términos, requisitos, evidencias de participación y selección para cumplir con los derechos y obligaciones, con lo que la organización habrá de acceder a los recursos que corresponden a un hospital general.

c) Fase de gestión.

Aquí se describe quienes participaran en la propuesta, cuál será la función y/o participación, y los trámites que habrán de cumplirse según las etapas que establezca la convocatoria de los proyectos de mejora de la calidad en la atención médica para el trabajo de gestión en red. Donde el líder de la organización, es quien toma la figura de entidad legal de la organización, siendo persona clave quien a partir de su autorización dará las pautas para emprender el trabajo, de inicio será él quien permita la implementación de la propuesta. Además de brindar cada uno de las evidencias que permitan cumplir con los requisitos y generar las condiciones, lo que hará viable la propuesta. Desde luego, se va a conjuntar un equipo de seis integrantes quienes realicen las funciones, por ello se necesita un líder del proyecto, un secretario, un tomador de tiempo y tres colaboradores, en forma inicial (diseño y gestión), lo que en la etapa de implementación se incluirá el resto del personal.

d) Fase de propuesta de implementación.

La implementación de BLM en organizaciones de salud de México, constituyen una opción idónea cuando en las organizaciones públicas no se tiene garantía en el gasto público, y en el país se encuentra bajo una política de austeridad, la propuesta metodológica, cuenta con la garantía de poder ser transferida y replicarse en contextos afines.

Capítulo IV.

Conclusiones.

De acuerdo a la limitación de datos estadísticos en materia de gasto público, a los que se enfrentó el investigador con los líderes de la organización de salud (lo que sucedió en rotación a cinco directores y tres jefas de enfermeras) como parte del equipo de confianza para el servicio desde el estado, situación que generó en forma tardía la autorización para acceder a la organización o facilitar información con especificidad en lo referente a gasto público que se genera desde la organización en los servicios que se otorga a los lactantes en relación a hospitalización, consulta y medicamentos.

Además, se pudo observar que, de acuerdo al periodo que desarrolla cada gobierno será la política que impulsa, donde toma de referente sus prioridades de mandato de nación, por ello, una muestra se da durante el término de la presente investigación donde se denota que, a través de la Cámara de Diputados se acaba de aprobar la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (ISABI), sustituyendo al Seguro Popular. En la normatividad del nuevo instituto resalta que los beneficiarios no pagarán ninguna cuota de recuperación y que el gobierno federal destinará en cada ejercicio fiscal una mayor cantidad de gasto público que el año anterior, a lo menos actualizado por factor inflacionario.

Aunado a ello, también compromete a que las entidades federativas, con recursos propios, deberán efectuarán aportaciones de acuerdo al número de derechohabientes, servicios prestados y medicamento entregado. En realidad, esto es un verdadero reto para el gasto público, cuyo desempeño se podrá observar y vivir en los próximos años. En el caso de la presente investigación, al abordar el gasto público en salud que se generó en los servicios destinados al lactante en la organización de salud HG-JKR fue un trabajo arduo y de mucha tenacidad. Que buscó desde la organización de salud, en cada momento atender bajo la premisa de prevención de un problema social al cual pudiera estar expuesto el lactante.

También fue complejo conocer la distribución de los recursos del FASSA en la entidad sinaloense. El recolectar la información de estadísticas de gasto en salud pública, documentos, testimonios, recolectar y registrar la información requirió mucho esfuerzo.

Aunado a lo anterior, por inexistencia de estadísticas fue necesario, en base a entrevistas y datos proporcionados por informantes clave de la organización, estimar variables como número de consultas, número de niños bajo observación, los que ingresaron y las defunciones. Desde luego, recordar que para realizar el diagnóstico se tuvo que partir de contraer dos instrumentos propuestos por la SS, el cual recibió el nombre de DOIS el cual es herramienta de aporte al conocimiento queda a disposición de investigadores de organizaciones de salud.

En México, como se mencionó al principio de este trabajo, el cambio demográfico para las próximas dos décadas, es que la mayor parte de la población va a ser más vieja. Esto no solo plantea la reorientación que debe dársele al gasto público en salud hacia el lactante, sino debe ser una preocupación para la fuerza laboral de la economía. Gran parte de la población desconoce la posible problemática que pueda enfrentar el país por esa situación. Ello, ahora más que nunca, hace relevante el campo de la economía de la salud, un área poco estudiada por los expertos. Por ello el Estado mexicano tiene retos de futuro que debe atender para la problemática que se avecina. De hecho, se va a generar mayor presión para el gasto público en salud. El asunto es que también se avecina menor holgura fiscal, lo cual anticipa que no van a crecer los ingresos provenientes del cobro de impuestos. Entonces, como luego se dice en política fiscal, se va a tener que hacer más con menos.

Así, en este último apartado, del presente trabajo, se discute y concluye el comportamiento del gasto público proveniente del FASSA, vía de la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) (2018); así como los gastos generados en el HG-JKR y su posible reorientación para que tenga un impacto más productivo sobre la salud de la población lactante. Los recursos del FASSA son una opción para las familias que no cuentan con seguridad social al momento de enfermarse.

Con esta fuente de recursos se busca la cobertura universal de los servicios de salud. Sin embargo, en el análisis realizado de los documentos y estadísticas de gasto para Sinaloa, se observa la práctica de reglas poco claras en la asignación de recursos. En concreto, debe haber criterios en la distribución del gasto que efectúa la administración pública estatal hacia los 18 municipios y/o jurisdicciones sanitarias que sean

transparentes, permitiendo contar con elementos de rendición de cuentas del gasto público en salud que ejercen los tres niveles de gobierno de este país.

Concluir que las transferencias federales, en este caso el FASSA, continuará siendo el recurso más importante para fortalecer las condiciones de salud de los sinaloenses que no cuentan con seguridad social. La hacienda pública local de esta entidad no podrá incrementar su participación en el financiamiento total, lo cual pudo apreciarse en la tendencia inercial que se tuvo durante el periodo 1999-2017. ¿Será por eso que el discurso que expresa el actual presidente de México es el de que tiene confianza de que va a sacar adelante el sistema de salud pública?

Se dice que dependiendo en el lugar donde viven las personas será la buena o mala calidad de los servicios públicos. En el pasado se creyó que la descentralización del gasto público hacia los Estados mexicanos mejoraría a favor de la población, dado el argumento que los gobiernos locales conocen mejor las prioridades de salubridad porque conocen más de cerca la demanda de salud de la población. Sin embargo, casos de peculado como en Tabasco, donde el desvío del gasto de salud generó un fuerte daño al patrimonio de la hacienda pública local, ha puesto en alerta al gobierno federal para que no vuelva a ocurrir prácticas de corrupción.

Respecto a los datos analizados en el HG-JKR, referente al gasto estimado en servicios de consultas y medicinas, equivalente a 11 millones 921 mil 528 pesos constantes, indica que es necesario hacer una estrategia de reorientación no solo del gasto público sino también de buscar mecanismos que bajen el nivel de gasto de bolsillo que hacen las familias en los menores de cinco años. La tendencia que se registró en esos 25 años es necesario revertirla para mejorar la salud de la población lactante y los presupuestos públicos y de las familias

La evidencia del gasto de bolsillo realizado por jefes de hogar donde viven los niños menores de cinco años, es coincidente con la evidencia de los trabajos que sean hechos para México y los países de América Latina. Recordar que a pesar que en nuestro país hay una cobertura de salud al 75 por ciento de la población, ello no evita que las familias tengan que desembolsar parte de su presupuesto del hogar, cuyo propósito fue recuperar la salud de los menores de cinco años.

Respecto al costo de alimentar a los menores de cinco años con leche enlatada que correspondió al ejercicio fiscal del 2017, en el cual, se atendieron 14 mil 600 menores de edad. A ese dato se procedió a multiplicarlo por el precio promedio de la lata de leche que se tuvo en agosto de 2019. Así, en el supuesto de que todos los niños hubieran sido alimentados con este tipo de leche, el desembolso hubiera sido de casi 128 millones de pesos constantes.

Una de las evidencias más importantes es que el 85 por ciento de los niños y niñas lactantes no son alimentados con leche materna durante esta etapa de vida. Agregar que una mala práctica es que en cuanto nacen los bebés, a las madres se les obliga a que les den pecho, se ponen renuentes porque se les caerán los bustos, más si son del primer parto. La evidencia cualitativa mostró además que en varias ocasiones las abuelas llegan con biberones escondidos para darles té a los niños, con el pretexto que la mamá no produce leche, justificaciones que habrán de ser retomadas y poner en práctica acciones encausadas a hacer partícipe a la madre del niño y los cuidadores para que esos juicios tiendan a erradicarse.

El hecho de que la población lactante no sea amamantada por su madre, esto tiene un impacto en el gasto público en salud de 106 millones de pesos corrientes. Esta cifra a precios constantes será de 108 millones de pesos que le costó al HG-JKR por no realizar prácticas de alimentación más sanas para los recién nacidos.

Por ello, ante la actual política de restricción presupuestal que promueve el gobierno federal, donde el gasto público en salud tiene que innovarse y ser mejor. Ante ello, surge la presente propuesta, donde se busca establecer un proyecto de inversión para el establecimiento de un banco de leche materna, donde se pueda impulsar una nueva cultura de alimentación mediante leche materna para beneficio de las nuevas generaciones.

Esto es un desafío, ante la menor holgura fiscal que se tiene hoy en México para financiar la creciente demanda de servicios de salud, no solo del lactante, sino de la población en general. Invertir en la creación de un banco de leche materna es aprovechar mejor los recursos del gasto público. Con ello, permitiría realizar una práctica preventiva de salud y no curativa, que es lo hace más falta impulsar para la población lactante. Se considera que es hora de revisar la composición y aplicación del gasto que permita

brindar mejores servicios de salud de este grupo de población no solo de este hospital, sino del país en general.

Se considera que la financiación del gasto público en salud para la población es un aspecto único y relevante para el desarrollo de una sociedad sana y productiva. Su génesis, sin embargo, no se ha abordado seriamente. Es hora de migrar de programas de gasto público convencionales hacia la reorientación del gasto público hacia programas de salubridad innovadores en beneficio de los sinaloenses. A través de reorientar por las políticas públicas presentes con tendencia a la reestructuración con fundamento desde la política legislativa, lo cual quedaría como propuesta para investigaciones futuras.

El tema sobre gasto público en salud del lactante inserto en organizaciones públicas (HG-JKR), abrió una ventana de oportunidad ya que el abordaje de esta temática da para más, el debate sobre la economía de la salud, políticas legislativas, políticas innovadoras, gasto de bolsillo para la familia, para el trabajo no remunerado de los hogares que puede contener: valor neto per cápita del trabajo doméstico no remunerado y de cuidados de los hogares, valor bruto del trabajo no remunerado de los hogares en el cuidado de la salud que relazan las mujeres y los hombres según tipo de enferma (o) al que atendieron, o según número de miembros del hogar que participan, además de temáticas sobre la distribución de las horas a la semana dedicadas por las mujeres y los hombres al trabajo no remunerado y de cuidados de los hogares por tipo de actividad.

Asimismo, las temáticas que en lo futuro pudieran desarrollarse no solo desde el enfoque de análisis, sino del diseño de impuesto que permita obtener al Estado cuotas de recuperación por Impuesto al Valor Agregado (IVA) que al momento no ha sido aplicado (disposición final de residuo hospitalario, por alimento industrializado), otra línea de investigación y propuesta de política de innovación en este rubro, sería el gasto que pueden generar quienes son responsables de cuidar a personas que se encuentran hospitalizadas, situación que requiere de gastos que contempla cubrir las necesidades básicas de alimento y transporte, alterando su rutina de vida, que suele impactar en las áreas laborales, y percepciones económicas de quien está enfermo o cuida, para lo que pudiera darse desde la aplicación de programas sociales.

Asimismo, se pudiera estudiar el gasto que generan los insumos y accesorios necesarios para brindar el alimento de los niños recién nacidos y menores, donde se

encuentran los biberones, vasos entrenadores y/o los materiales que necesitan para la higiene, sin olvidar el aumento de insumos de servicios de agua, jabón, luz, gas, y aquellos que al final terminarían en emisiones y basura, por citar algunos.

Lo anterior pudiera derivar en estudios de análisis del ciclo de vida de los recursos para alimentar al niño o la elaboración de fórmula láctea, o bien eco-etiquetado que puede ser de las latas de leche industrializada. Estos estudios no están limitados a un grado de estudio donde puede ser abordado por aquellos profesionales en formación de las líneas de investigación social, de salud o bien económico-administrativos de pre o postgrado.

A quienes aspiren dedicarse a realizar investigación en el campo de la economía de la salud, pudiera utilizarse instrumentos de política fiscal, no con fines recaudatorios, sino para que haya mejor calidad de vida en las niñas y niños de nuestro país. Un camino a ello, aunque pueda generar fuerte debate, sería plantearse la pregunta de por qué no ¿impuesto a la leche de lata? Esto queda como en trazo último, pero prioritario como una de las propuestas futuras para la aplicación de impuestos a las ventas de leche enlatada, como una forma de aquietar el consumo de dicho producto, conduciendo a favor de la alimentación de los infantes con leche materna y a un mejor uso de las partidas de gasto público en salud del lactante en nuestro país.

Cómo evidencia, recuérdese que la leche enlatada es un producto que nació en periodo de la segunda guerra mundial. Ya se han instrumentado impuestos no solo desde la visión de recaudar más ingresos para financiar el gasto público sino como instrumento para mejorar la salud. Por ejemplo, en México, en 2014, se creó el impuesto sobre los refrescos, lo cual, según la literatura consultada para esta última sección, disminuyó su consumo en 7 por ciento en el año 2017. ¿Será hora de utilizar la política fiscal en pro de la salud de la población lactante en México? La discusión da para más.

Conscientes que el acceder a fuentes de información puede resultar un reto para los investigadores, pero al tratarse de las finanzas o el gasto operativo de las organizaciones públicas implicó limitaciones las cuales son de importancia compartir para futuras investigaciones que se pueden desarrollar en esos escenarios, la información que proveen los responsables parte desde la autorización para ingresar a la organización que suele tardar conforme el interés y/o prioridad sobre el rumbo o indicación que tenga

sobre el funcionamiento o las líneas de trabajo que señalen desde el gobierno del estado al director del hospital (funge un puesto de confianza) el cual también está sujeto o limitado a esquemas de trabajo definidos.

Por ello, es relevante mencionar que los responsables resguardan y protegen muy bien la información de la organización, no compartieron ningún dato que hablara sobre: los recursos financieros, partidas presupuestales, recursos económicos que derivan de programas públicos (programa de seguro popular, siglo XXI, Causes y cuotas de recuperación propias de la organización) y/o administración o distribución que realiza de ellos. Solo en forma dosificada se comparte información que estuvo limitada y bajo a previa autorización, aquella disponible en bitácoras en los servicios, por ello, en la presente investigación cuando se habla de población infantil se presentó la información en tablas de menores de 1 año y en otras tablas a niños menores de 5 años dejando implícito a los lactantes en uno y otro momento.

De ahí que se presentó en forma permanente limitación en la información relacionada a problemas de salud o mortalidad, motivos de ingreso, egreso, entre otros datos que a bien puede participar quienes se encuentran en el departamento de archivo y estadística quienes están bajo control a no facilitar información a nadie que no sea jefe de departamentos del hospital. En las bitácoras de servicio no se encuentran registro de clasificación de grupos de edad, para lo referente a los niños, son clasificados o agrupados de menores de 5 años y/o menores de 16 años que corresponde a la edad que asignan para paciente pediátrico, según sea el caso o área de investigación.

Referencias

- Adeniyi, O., y Abiodun, L. (2011). Health Expenditure and Nigerian Economic Growth. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*, 30(30), 125–129.
- Akram, N., Padda, I., y Khan, M. (2008). The long term impact of health on economic growth in Pakistan. *The Pakistan Development Review*, 47(4), 487–500.
- Álzate-Meza M.C., *et al.* (enero-marzo de 2011). Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología Bogotá, Colombia. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(1), 58. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195222491008>
- Baena-Paz., G. (2014). Metodología de la investigación. Serie integral por competencias. Primera edición. Grupo editorial patria, S.A. de C.V. México, D.F. Recuperado de <https://editorialpatria.com.mx/pdf/files/9786074384093.pdf>
- Baeza-Bickel, N. (5 de enero de 2015). *Brasil: Modelo mundial de banco de leche materna*. University of Michigan, EEUU. Recuperado de <https://espanol.umich.edu/noticias/2015/01/05/brasil-modelo-mundial-de-banco-de-leche-materna/>
- Bahl, R., Martínez-Vázquez, J., Gómez Reino, J. L., Faguet, J.-P., Aragón, F. M., y Casas, C. (junio de 2009). Perspectivas. Análisis de temas críticos para el desarrollo sostenible. *Revista Perspectivas, Caracas: CAF*, 7(1). Recuperado de <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/181>
- Banco Mundial (BM). (19 de septiembre de 2018). *Según el Banco Mundial, la pobreza extrema a nivel mundial continúa disminuyendo, aunque a un ritmo más lento*. La pobreza registró su tasa más baja —del 10 %— en 2015, pero se corre el riesgo de no alcanzar el objetivo de ponerle fin para 2030. Ciudad de Washington. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/09/19/decline-of-global-extreme-poverty-continues-but-has-slowed-world-bank>

- Barnard, Ch. (1938) *The Functions of the Executive*, Harvart University press, Cambridge, Mass. p. 73.
- Barnard, Ch. (1968). *The Functions of the Executive*, Harvart University press, Cambridge, Mass. p. 82
- Barquera, S., Rivera-Dommarco, J. y Gasca-García, A. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública México*, 43, 465-466. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2001.v43n5/464-477>
- Barraza, M.B., Stefano-Gonzalez, E., y Gutierrez J. (2002). Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico, *en Health Affairs*, 21(3), 47-56
- Barroso, C., *et al.* (s.f.). 17. *Pediatría*. p. 1292. Recuperado de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP17.pdf>
- Becker-Gary, S. (1964). *Human Capital*, 1st ed. New York: Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research.
- Bernal-González, I., Pedraza-Melo, N.A., y Sánchez-Limón, M.L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*. 31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
- Botello, B.E. (10 de mayo de 2015). *En el olvido, bancos de leche materna; urgen donadoras*. Crónica. com.mx. Recuperado de <http://www.cronica.com.mx/notas/2015/897869.html>
- Bourges-Rodríguez, H. (octubre de 2001). La alimentación y la nutrición en México. *Revista de Comercio Exterior*. México. 897. Recuperado de <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/31/6/RCE.pdf>
- Brahma, P. y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*., 88(1), 7. DOI: 10.4067/S0370-41062017000100001
- Calvo, J., *et al.* (julio de 2018). Recomendaciones para la creación y el funcionamiento de los bancos de leche materna en España. *Anales de Pediatría, edición especial*, 89(1), 65. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.01.010>
- Camacho-Solís, J.I. (enero-junio de 2015). Las normas de responsabilidad social. Su dimensión en el ámbito laboral de las empresas. Universidad Nacional Autónoma

de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 20, 5.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (01 de mayo de 2019). *Ley Federal del Trabajo (LFT)*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_020719.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (01 de noviembre de 2013). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de <http://ss.pue.gob.mx/wp-content/uploads/2017/04/REGLAMENTO-DE-LA-LEY-GENERAL-DE-SALUD-EN-MATERIA-DE-PRESTACION-DE-SERVICIOS-DE-ATENCION-MEDICA.pdf>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (02 de julio de 2019). *Ley Federal del Trabajo (LFT)*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_020719.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (11 de diciembre de 2019). *Presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2020*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2020_111219.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (17 de octubre de 2019). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_171019.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (24 de enero de 2020). *Ley General de Salud (LGS)*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (27 de enero de 2017). *Ley General de Salud (LGS)*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de https://www.ssaver.gob.mx/seic/files/2017/06/LGS_270117.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (29 de noviembre de 2019). *Ley General de Salud (LGS)*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (30 de noviembre de 2012). *Ley Federal del Trabajo (LFT)*. Recuperado de <http://asinom.stps.gob.mx:8145/upload/LFT.pdf>
- Cámara de Diputados en México. (2019). *Evolución del Gasto de Inversión Pública en México 2010-2019*. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. Palacio Legislativo de San Lázaro, Ciudad de México. Recuperado de <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/documento/2019/cefp0192019.pdf>
- Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987. Diario Oficial de la Federación (DOF). Texto vigente del 02 de abril de 2014. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Campo, J., y Mendoza, H. (2018). Gasto público y crecimiento económico: un análisis regional para Colombia, 1984-2012. *Lecturas de Economía*, (88), 79. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.le.n88a03>
- Cascante-Ramírez., J. (2011). Métodos mixtos de investigación. Guía de estudio. Recuperado de <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/390/1/GE2094%20M%C3%A9todos%20mixtos%20de%20investigaci%C3%B3n%20-%202011%20-%20Educaci%C3%B3n.pdf>
- Castrillón, I.C., y Giraldo-Roldán, O.I. (2014). Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación?. *Revista de psicología de la Universidad de Antioquia*, 6(1), 57.
- Cavalieri, M., y Ferrante, L. (2016). Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes? Evidence From Infant Mortality in Italy. *Social Science y Medicine*, 164, 74-88.
- Cedeño-Viteri., N. (agosto de 2012). La investigación mixta, estrategia andragógica fundamental para fortalecer las capacidades intelectuales superiores. Recuperado de <http://biblio.ecotec.edu.ec/revista/edicion2/LA%20INVESTIGACI%C3%93N%2>

0MIXTA%20ESTRATEGIA%20ANDRAG%C3%93GICA%20FUNDAMENT
AL.pdf

- Chang, K., y Yung-Hsiang, Y. (2006). Economic growth, human capital investment, and health expenditure: a study of OECD countries. *Hitotsubashi Journal of Economics*, 47(1), 1–16.
- Chapman-Moreno., M.G. (2018). *Plan Municipal de Desarrollo Ahome 2018-2021*. Recuperado de <https://www.ahome.gob.mx/wp-content/uploads/2019/04/PMD-Ahome-2018-2021.pdf>
- Chaves-Montero., A. (2018). "La utilización de una metodología mixta en investigación social". En: Kenneth Delgado, Santa Gadea, Walter Federico Gadea, Sara Vera - Quiñonez, (coordinadores). *Rompiendo barreras en la investigación*. 1ª ed. en español. Machala: UTMACH, p. 165-166.
- Cid-Pedraza, C., Pagano, J.P., Pescetto, C., y Prieto L. (2018). Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 3. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.197>.
- Cohen, M., James, G., Marth, y Olsen, P. (1972). A Garbage can Model of Organization Choice, *Administrative Science Quarterly*. 17.
- Colchero-Aragón, A., Contreras-Loya, D., y González-de Cosío-Martínez, T. (2016). Capítulo 4. Costos de las prácticas inadecuadas de lactancia materna. En T. González-de Cosío-Martínez, y S. Hernández-Cordero. (Eds.), *Lactancia materna en México. Recomendaciones para el diseño e implementación de una política nacional multisectorial de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en México* (pp. 59-65). México, D.F. Intersistemas, S.A. de C.V. Editores. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). Academia Nacional de Medicina de México (ANMM).
- Colmenares, A.M. (2012). Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación*, 3(1), 102.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y el Programa Mundial de Alimentos para las Naciones Unidas (PMA-NU). (2017). Coordinado por Fernández, A., Martínez, R., Carrasco, I. y Palma A. *Impacto social y económico*

de la doble carga de la malnutrición Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México. Naciones Unidas, Santiago: Documentos de Proyectos.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2014). *América Latina y el Caribe en la agenda para el desarrollo después de 2015: reflexiones preliminares basadas en la trilogía de la igualdad.* Perú: Trigésimo quinto período de sesiones.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). (03 de septiembre de 2017). *Concluye mejora de condiciones del Hospital General de los Mochis, Sinaloa.* Comunicado SSA 348 - Se remodeló la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Cuenta con equipo e instalaciones que aseguran la mejor atención médica. Recuperado de <https://www.gob.mx/cofepris/prensa/concluye-mejora-de-condiciones-del-hospital-general-de-los-mochis-sinaloa-124888>

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (15 de septiembre de 2017). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.* Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/conocenos/constitucionEUM.pdf>

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (23 de septiembre de 2019). *Bancos de leche para asegurar el derecho de los recién nacidos a una alimentación segura y oportuna.* Los bancos de leche humana son centros especializados para el procesamiento, almacenaje y distribución de la leche materna. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/bancos-de-leche-para-asegurar-el-derecho-de-los-recien-nacidos-a-una-alimentacion-segura-y-oportuna>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2018.* Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN_EJECUTIVO_IEPDS2018.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2019). *Pobreza en México.* Resultados de pobreza en México 2016 a nivel nacional y por entidades federativas. Recuperado de

https://www.coneval.org.mx/Medicion/PublishingImages/Pobreza_2008-2016/medicion-pobreza-entidades-federativas-2016.JPG

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (30 de agosto de 2017). *CONEVAL informa la evolución de la pobreza 2010-2016*. Dirección de Información y Comunicación Social. Comunicado de prensa No. 09. Recuperado de

<https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/Comunicado-09-Medicion-pobreza-2016.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2019). *Medición de la pobreza*. Anexo estadístico de pobreza a nivel municipio 2010 y 2015. Recuperado de

https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/AE_pobreza_municipal.aspx

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). *Medición de la pobreza*. Recuperado de

<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2018*. Recuperado de

https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN_EJECUTIVO_IEPDS2018.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2019). *Pobreza en México*. Resultados de pobreza en México 2016 a nivel nacional y por entidades federativas. Recuperado de

https://www.coneval.org.mx/Medicion/PublishingImages/Pobreza_2008-2016/medicion-pobreza-entidades-federativas-2016.JPG

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (30 de agosto de 2017). *CONEVAL informa la evolución de la pobreza 2010-2016*. Dirección de Información y Comunicación Social. Comunicado de prensa No. 09. Recuperado de

<https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/Comunicado-09-Medicion-pobreza-2016.pdf>

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018). *Medición de la pobreza*. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2010). *Pobreza y rezago social 2010. Sinaloa*. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Sinaloa/principa1/25triptico.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2019). *Cuadro 1 medición de la pobreza en los Estados Unidos Mexicanos, 2016*. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Medicion/PublishingImages/Pobreza_2008-2016/Cuadro_1_2008-2016.JPG
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2019). *Medición de la pobreza en los Estados Unidos Mexicanos, 2016*. Porcentaje, número de personas y carencia promedio por indicador de pobreza, según entidad federativa 2010-2016. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Medicion/PublishingImages/Pobreza_2008-2016/medicion-pobreza-entidades-federativas-2016.JPG
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2017). *Indicadores demográficos de Sinaloa, en el año 2017*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2017). *Indicadores demográficos de México de 1950-2050*. Indicadores demográficos de la República Mexicana. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2017). *Indicadores demográficos de México de 1970-2050*. Indicadores demográficos de Sinaloa. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html

- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2017). *Indicadores demográficos de la República Mexicana, en el año 2017*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html
- Corral, Y., Corral, I., y Corral, A.F. (2015). Procedimientos de muestreo. Facultad de Ciencias de la Educación Universidad de Carabobo. *Revista ciencias de la educación*, 26(46), 162. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/46/art13.pdf>
- Cortés-Cortés., M.E. e Iglesias-León., M. (2004). Generalidades sobre metodología de la investigación. Colección material didáctico. Universidad Autónoma del Carmen Ciudad del Carmen, Campeche, México. Recuperado de http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
- Cruz-García, V., Fernández-Argüelles, R.A., y López-Flores, J.F. (2012). Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención. *Waxapa*, 1(6), 80. Recuperado de https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=287&id_seccion=4459&id_ejemplar=9125&id_articulo=93106
- Curcio, J., Goldschmit, A., y Robba, M. (2012). *Gasto público dirigido a la niñez en América Latina y el Caribe: Principales experiencias de medición y análisis distributivo*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- de Lima-Pinel, M.F., Cosenza, J.P., Llana-Macarulla, F. (2015:). La auditoría social como mecanismo de control de la responsabilidad social de las empresas: la metodología de Theodore J. Kreps. *Contabilidad y Negocios. Departamento Académico de Ciencias Administrativas Lima, Perú*. 10(19), 86.
- Despacho de Gobernación. (5 de febrero de 1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de <http://sct.gob.mx/JURE/doc/cpeum.pdf>
- Despacho de Gobernación. (5 de febrero de 1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de <http://sct.gob.mx/JURE/doc/cpeum.pdf>

- Dhrifi, A. (2018). Gastos en salud, crecimiento económico y mortalidad infantil: antecedentes de países desarrollados y en desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 125.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (15 de abril de 2014). *Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica, conforme a lo dispuesto en los artículos 22 Bis, 79, fracción X y 86, fracción VI, del Reglamento en Materia de Publicidad*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127916/Lineamientos_por_los_que_se_dan_a_conocer_los_criterios_nutrimentales_y_de_publicidad.pdf
- Díaz-Argüelles., Ramírez-Corría, V.M. (2005). La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. *Revista Cubana de Pediatría*, 77(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000100007&lng=es&tlng=es.
- Dixit, S.K. y Sambasivan, M. (02 february 2019). An Integral Multitheoretical Perspective of Public Healthcare Service Delivery Organization. *Public Organization Review: a global journal*, published online, pp. 1-17. <https://doi.org/10.1007/s11115-019-00440-w>
- Downs, A. (1967). *Inside bureaucracy*. Boston: Little, Brown and Co.
- Durán-Jimenez., D.D. (2019). Instrumentos de investigación cualitativos y cuantitativos frente a la investigación mixta o complementaria. *Revista de publicaciones científicas y académicas*, 3(2), 41.
- El Financiero (2019). *Exige CANACO al IMSS más hospitales*. Consultado el 14 de febrero de <https://www.elfinanciero.com.mx/monterrey/exige-canaco-al-imss-mas-hospitales>
- Elmi, Z., y Sadeghi, S. (2012). Health Care Expenditures and Economic Growth in Developing Countries: Panel Co-Integration and Causality. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 12(1), 88–91.
- Espinosa-Tamez, P., Hernández-Sinencio, H., López-Guzmán, R., y Lozano-Esparza, S. (2018). *Muestreo de bola de nieve*. Departamento de probabilidad y estadística. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de

http://www.dpye.iimas.unam.mx/patricia/muestreo/datos/trabajos%20alumnos/Proyectofinal_Bola%20de%20Nieve.pdf

- Espitia, J., *et al.* (2019). El gasto público en Colombia. Reflexiones y propuestas. *Revista de Economía Institucional*, 21(40), 293. <https://dx.doi.org/10.18601/01245996.v21n40.11>
- Excélsior. (14 de diciembre de 2018). *López Obrador presenta nuevo sistema de salud pública*. Recuperado de <https://www.excelsior.com.mx/nacional/lopez-obrador-presenta-nuevo-sistema-de-salud-publica/1284904>
- Excélsior. (17 de diciembre de 2018). *México: Presidente anuncia inversión de US\$ 4.422 millones para mejorar Sistema de Salud Pública*. El primer mandatario del país, Andrés Manuel López Obrador, explicó que en una primera etapa se incluirán ocho estados para los cuales se destinarán US\$ 1.228 millones. Clúster salud. América. Economía. Recuperado de <https://clustersalud.americaeconomia.com/sector-publico/mexico-presidente-anuncia-inversion-de-us-4422-millones-para-mejorar-sistema-de-salud-publica>
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J.P., y García-Saisó, S. (marzo-abril de 2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Revista de salud pública de México*, 57(2), 181. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf>.
- Fernández, J.S. (2016). Gasto público y producción. Complementariedad y empleo. *Instituto Tecnológico Superior de Puerto Vallarta, Jalisco, México, RIIYM* 1(1), 3. Recuperado de <http://servicios.ingenieria.unlz.edu.ar:8080/ojs/index.php/RIIYM/article/view/11/1>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *Análisis del módulo de lactancia materna*. Encuesta nacional de hogares 2010, informe final. Recuperado de https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2013). *Mejorar la nutrición infantil*. El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr. Únete por

- la niñez. Recuperado de https://www.unicef.org/Spanish_UNICEF-NutritionReport_low_res_10May2013.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2015). Progreso para la infancia. Recuperado de <https://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2017). *Informe Niveles y Tendencias en Mortalidad Infantil 2017*. Infomed, red de salud, Cuba. Recuperado de <http://www.sld.cu/noticia/2017/10/25/levels-and-trends-child-mortality-report-2017>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2018). Informe Anual México. Recuperado de <http://unicef.org.mx/Informe2018/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Objetivos de desarrollo del milenio. 5. Mejorar la salud materna*. Recuperado de <https://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Política social e inversión en la infancia*. Una de las principales carencias que afectan a niñas, niños y adolescentes es el acceso a seguridad social. Los retos. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/pol%C3%ADtica-social-e-inversi%C3%B3n-en-la-infancia>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Política social e inversión en la infancia*. Una de las principales carencias que afectan a niñas, niños y adolescentes es el acceso a seguridad social. Los retos. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/pol%C3%ADtica-social-e-inversi%C3%B3n-en-la-infancia>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (junio de 2017). *Construir el futuro Los niños y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los países ricos*. Los niños del mundo desarrollado. Report Card no. 14 de Innocenti. Escrito por Brazier, C. Centro de Investigaciones de UNICEF, Florencia. Recuperado de https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/RC14_Sp.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2001). *La importancia de los 0 a 3 años de edad*. Estado mundial de la infancia 2001. Recuperado de <https://www.unicef.org/spanish/sowc01/1-2.htm>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2017). *Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial*. Nutrición. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- Fondo Monetario Internacional (FMI). (2015). *Perspectivas económicas: Las Américas, octubre de 2015*. Retrieved from Washington, D.C., E.E.U.U.
- Forbes (6 de agosto de 2018). *Estos son los 25 programas prioritarios para el gobierno de AMLO*. Entre las prioridades de AMLO están proyectos de infraestructura y programas sociales para jóvenes, adultos mayores y agricultores. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/estos-son-los-25-programas-prioritarios-para-el-gobierno-de-amlo/>
- Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., y Knaul, F. (2003). Public health Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *The Lancet*, 362(9396), 1667–1671.
- Fuchs, V. (1972). *Front matter essays in the Economics of Health and Medical Care* (NBER Working Paper). The national bureau of economic research. <https://www.nber.org/books/fuch72-1>
- Gálvez-Mariscal, A., y Peña-Monte, C. (2015). Revaloración de la dieta tradicional mexicana: una visión interdisciplinaria. *Revista Digital Universitaria*, 16(5). Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art33/>
- Gil-Rodríguez, B. (junio de 2006). “Metodología práctica para el diseño de pórticos de estructura mixta con uniones semi-rígidas”. En Bayo-Pérez, E., (dir.), Hernández-Montes, E., (codir.). Tesis doctoral. Universidad de Navarra, Pamplona.
- Gobierno Boliviano de Venezuela (GBV), Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2016). *Bancos de Leche Humana y Lactarios Institucionales en Venezuela*. Análisis de situación sobre su funcionamiento. Primera edición. Recuperado de https://www.unicef.org/venezuela/spanish/BancosLH_y_LI_VersionWEB.pdf
- Gobierno de la República (GR). (2014). *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/75383/ENLM_2014-2018.pdf

- Gobierno de México (GM). (2019). *Proyecto de presupuesto de egresos de la Federación 2019*. Recuperado de https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/infografia_ppef2019#vision
- Gobierno de México (GM). (2020). *Documento relativo al cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 42, fracción I, de la ley federal de presupuesto y responsabilidad hacendaria. "Pre-criterios 2020"*. Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (2019). Recuperado de https://www.finanzaspublicas.hacienda.gob.mx/work/models/Finanzas_Publicas/docs/paquete_economico/precgpe/precgpe_2020.pdf
- Gobierno de México/ Secretaría de Salud (GM/SS). *Cierre Estadístico del Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2017*. Dirección general de información en salud. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/sicuentas/Cierre_2017_base2013.pdf
- Gobierno Federal (GF) y Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (2019). *Analíticos del Presupuesto de Egresos de la Federación 2019*. Recuperado de https://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF2019/analiticos_presupuestarios
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V.M., Knaul, F.M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53 (Supl. 2), s224.
- González-Block, M.A. (2015). *Diagnóstico de los retos al sistema nacional de salud universal*. Grupo de pensamiento para el análisis y consenso sobre la participación de la sociedad y el gobierno hacia la cobertura universal del sistema nacional de salud. México D.F., Funsalud, Consejo promotor de competitividad y salud. Recuperado de <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2015/10/Diagnostico-del-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf>.
- González-Block, M.Á., Figueroa, A., García-Téllez, I., y Alarcón, J. (septiembre-octubre de 2016). Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica. *Revista de salud pública de México*,

58(5), S23. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2016.v58n5/522-532/es>

- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Grupo del Banco Mundial (GBM). (2019). *Pobreza*. Panorama general. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/overview>
- Grupo MASDA. (2010). *Coordinación, supervisión y servicios*. Grupo de empresas: Proyectos y Diseño, S. A. de C. V. y el Bufete C.C.M.A. S.C. p. 19.
- Grupo Milenio. (2019). *España es el país más sano del mundo; México se queda atrás*. El informe de Bloomberg Índice del País más Saludable destacó los beneficios de la dieta mediterránea y el sistema sanitario español. Recuperado de <https://www.milenio.com/content/salud-y-nutricion/espana-es-el-pais-mas-sano-del-mundo-dice-estudio>
- Gutiérrez, J.P. y Bertozzi, S.M. (2003). La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil. *Salud Pública de México*, 45(2), 104. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=106/10645208>
- Hamoudi, A., y Sachs, J. (1999). *Economic Consequences of Health Status: A Review of the evidence* (CID Working Paper 30).
- Hansen, K. (30 de enero de 2016). La lactancia materna: una inversión inteligente en las personas y en las economías. *Revista the lancet*, 387(10017), 416. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00012-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00012-X)
- Harmon, Michael, M., y Richard, T. Mayer. (1999). Teoría de la Organización para la Administración Pública. Fondo de Cultura Económica. México. Recuperado de http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/DOCUMENTOS_DIGITALES/Teor%C3%A9tica%20de%20la%20organizaci%C3%B3n.pdf
- Harttgen, K. y M. Misselhorn. (2006). A Multilevel Approach to Explain Child Mortality and Undernutrition in South Asia and Sub-Saharan Africa. Recuperado de <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/19847/1/Misselhorn.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Carlos Fernández y Pilar Baptista. (2014). *Metodología de la Investigación* (McGrawHill Ed. Sexta ed.). México, D.F.

- Hernández-Mota., J.L. (junio de 2009). La composición del gasto público y el crecimiento económico. *Análisis Económico*, 55(26), 80-82. Recuperado de https://mpra.ub.uni-muenchen.de/68941/1/MPRA_paper_68941.pdf
- Hernández-Nariño, A., Nogueira-Rivera. D., Medina-León, A., y Marqués-León, M. (2013). Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. *Revista de Administración de São Paulo, Brasil*, 48(4), 740-751. DOI: 10.5700/rausp1118
- Hernández-Sampieri., R., Fernández., C. y Baptista., P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc-Graw Hill Ed. Sexta edición. México, D.F. p.p. 545-547.
- Hernández-Sampieri., R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio., M.P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. México D.F. p.p. 576-577.
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). (2019). *Logros y retos de la IHAN en América Latina y el Caribe*. Noticias. Recuperado de <http://incap.int/index.php/es/noticias/1199-logros-y-retos-de-la-ihan-en-america-latina>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Derechohabiencia*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Encuesta Interestatal. Gobierno del Estado de México*. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/sin/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=25>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). *Banco de indicadores*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?t=0200002000000000&ag=00>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). *Empleo y ocupación*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/default.html#Tabulados>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). *Mortalidad fetal*. Conjunto de datos: Mortalidad fetal. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11143

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). *Mortalidad fetal*. Conjunto de datos: Mortalidad fetal. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=mortfet_mf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Distribución en Sinaloa*. (2015). Consultado el 12 de mayo de 2018 de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/sin/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=25>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Mortalidad*. Conjunto de datos: Mortalidad fetal. Información de 1985 a 2017. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/mortalidadfetal.asp?s=est&c=11143&proy=mortfet_mf#
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2019). *Clasificación de Instituciones de Salud Histórica*. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadores/catalogos/doc/clasificacion_de_instituciones_de_salud.pdf.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (2018). *Base de datos*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=sinaloa>.
- Iñigo-Retolaza, E. (2010). *Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social*. Hivos – Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo. Sergráfica, S.A. Litografía, Guatemala. Recuperado de http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0343/Guia_Teoria_de_Cambio__Retolaza__2009_.pdf
- Kanavos, P., Colville-Parkin, G., Kamphuis, B., y Gill, J. (Agosto de 2019). Resumen del sistema de salud en América Latina. Un análisis comparativo del espacio fiscal en salud. Facultad de Ciencias Económicas y Políticas, Londres, Inglaterra.
- Kuipers, S., Yesilkagit, K. y Carroll, B. (junio de 2018). *Public Organiz Rev*, 18(2), 264. <https://doi.org/10.1007/s11115-017-0376-4>

- Kumar, B. (2015). Linkages between Health and Economic Growth in India: An Econometric Analysis. *Journal of Business Management y Social Sciences Research*, 4(1), 20–27.
- Larena-Fernández, I., Vara-Callau, M., Royo-Pérez, D., López-Bernués, R., Cortez-Sierra, J., y Samper-Villagrasaf, M.P. (marzo-abril de 2015). Estudio de los efectos de la implantación de un banco de leche donada en los recién nacidos pre término en Aragón. *Enfermería Clínica*, 25(2), 57-63. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.08.003>
- Leyva-Trinidad, D.A., y Pérez-Vázquez, A. (del 16 de mayo al 29 de junio, 2015). Pérdida de las raíces culinarias por la transformación en la cultura alimentaria. Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias Estado de México, México. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 4(6), 868. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/remexca/v6n4/v6n4a16.pdf>
- López-Obrador, A.M. (9 de abril de 2019). *Presidente anuncia creación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar*. Salud. Recuperado de <https://lopezobrador.org.mx/temas/salud/>
- Magaña-Valladares., L., Rosas-Magallanes., C., y Saavedra-Albarrán., E. (2016). 8. *Políticas públicas en torno a la lactancia en México: Modelo de engranaje para un sistema exitoso de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna*. En González-de Cosío-Martínez., T. y Hernández-Cordero, S. (Eds.), *Lactancia materna en México* (p. 108). México, D.F. Primera edición. Academia Nacional de Medicina de México (ANMM). Intersistemas, S.A. de C.V.
- Martínez, L.A. (2007). *La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación*. Perfiles libertadores. Institución Universitaria. Recuperado de <https://escuelanormalsuperiorsanroque.files.wordpress.com/2015/01/9-la-observacin-y-el-diario-de-campo-en-la-definicion-de-un-tema-de-investigacin.pdf>
- Martínez., D. (14 de febrero de 2020). *Proyectan construir un hospital materno infantil en Los Mochis*. Línea Directa. Recuperado de https://lineadirectaportal.com/sinaloa/haran-un-hospital-materno-infantil-en-los-mochis_20200214-945831/

- Martínez-Ruiz, H., y Benítez-Ontiveros, L. (2015). *Metodología de la investigación social I*. CENGAGE Learning. México, D.F.
- Martínez-Suárez, V., *et al* (23 de octubre 2009). Recomendaciones nutricionales en la infancia. Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría (AEP). 42. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/00420047_lr.pdf
- Merino, G. (2003). *Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. Caleidoscopio de la salud*. D.F., México: FUNSALUD.
- Mick, S. S., y Shay, P. D. (2014a). Introduction: events, themes, and Progress. In S. S. Mick & P. D. Shay (Eds.), *Advances in health care organization theory* (2nd ed., pp. 1–24). San Francisco: Jossey-Bass.
- Migliorisi-Zelaya., M.B. (mayo a agosto 2019): La hospitalización psiquiátrica infanto juvenil: ¿una luz al final del túnel?. *Organo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 46(2), 75. Recuperada de <https://revistaspp.org/index.php/pediatria/issue/view/55>
- Ministerio de Salud de Costa Rica (MSCR). (1 de agosto de 2016). *Lactancia materna: Clave para el desarrollo sostenible*. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2016/978-lactancia-materna-clave-para-el-desarrollo-sostenible>
- Molina, R., *et al*. (2007). *Exclusión social en el sistema de salud en México. La dimensión regional*. En Raúl Molina (coord.). *La seguridad social: retos de hoy*, México, UAM-DCSH, pp. 117-152
- Molinier, L. (abril de 2017). *El derecho a la salud y el gasto público. Los recursos del Fonacide*. (Documento de investigación). SERPAJ, servicio, paz y justicia, Paraguay, Asunción, Paraguay.
- Morales-González, F., y Cabrera-Jiménez, M. (2018). El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud. Una perspectiva operacional para el diagnóstico de salud. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud* 21(1-2), 42-49.
- Munch, L. y. E. Á. (2012). *Métodos y técnicas de investigación* (Trillas Ed. Cuarta ed.). México.

- Mushkin, S. (1962). Health as an Investment. *Journal of Political Economy*, 70 (5), 129–157.
- Mussini, M., y Temporelli, KL. (2013). Obesidad: un desafío para las políticas públicas. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 21(41), 169.
- Naciones Unidas (ONU). (10 de diciembre de 1948). *Asamblea General. Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.oaxaca.gob.mx/cadh/wp-content/uploads/sites/18/2019/05/Declaraci%C3%B3n-Universal-de-los-Derechos-Humanos.pdf>
- Naciones Unidas. (2018). *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales*. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/es/about/conferences.html>
- Naciones Unidas. (2018). *Población. Una población en crecimiento*. Recuperado de <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/population/index.html>
- Nigenda-López, G.H., Juárez-Ramírez, C., Ruiz-Larios, J.A. y Herrera, C.M. (2013). Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. *Revista de Salud Pública*, 47(1), 45. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v47n1/07.pdf
- Nolte, E. y Mckee, M. (2004), *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*, Londres, The Nuffield Trust.
- Ordaz-Coppel., Q. (2017). *Plan Estatal de Desarrollo 2017-2021*. Recuperado de <https://sinaloa.gob.mx/uploads/2017/06/plan-estatal-de-desarrollo-sinaloa-2017-2021.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (13-17 de noviembre de 1996). *Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción*. Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.htm>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (21 de septiembre de 2011). *Agronoticias: Actualidad agropecuaria de América Latina y el Caribe*. Unicef: Cuba, único país en Latinoamérica sin desnutrición

- infantil. Recuperado de <http://www.fao.org/in-action/agronoticias/detail/es/c/508233/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2005). *Progresos realizados desde la cumbre mundial sobre la alimentación*. Acabar con el hambre debe ser prioridad para todos, Recuperado de http://www.fao.org/monitoringprogress/es/index_es.html
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (21 de septiembre de 2011). *Agronoticias: Actualidad agropecuaria de América Latina y el Caribe*. El Caribe. Recuperado de <http://www.fao.org/in-action/agronoticias/detail/es/c/508233/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (19 de febrero de 2018). *Nacimientos prematuros*. Datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (19 de octubre de 2017). *Cada día mueren 7000 recién nacidos a pesar de los progresos en la supervivencia infantil*. Comunicado de prensa. Nueva York/Ginebra/Washington D.C. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-despite-steady-decrease-in-under-five-mortality-new-report-says>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Todas las mujeres, todos los niños. Objetivos de desarrollo sostenible. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Reducción de la mortalidad en la niñez*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Cada día mueren 7000 recién nacidos a pesar de los progresos en la supervivencia infantil*. Comunicado de prensa, octubre de 2017, Nueva York/Ginebra/Washington D.C. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-despite-steady-decrease-in-under-five-mortality-new-report-says>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Lactancia materna*. Temas de salud. Recuperado de <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Nutrición*. Lactancia materna exclusiva. Recuperado de https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Objetivo de Desarrollo del Milenio 4: reducir la mortalidad infantil*. Recuperado de https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Informe sobre la salud en el mundo*. Capítulo 1: Salud mundial: retos actuales. Salud mundial: retos actuales. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (22 de octubre de 2012). *¿Qué es la cobertura sanitaria universal?*. Recuperado de https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (24 de enero de 2019). *Cobertura sanitaria universal*. Datos y cifras. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) en Honduras. (2019). *¡Saca pecho donando leche! campaña de donación de leche materna*. Recuperado de https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1396:llamado-a-donar-leche-materna-para-proteger-la-vida-de-recien-nacidos&Itemid=227
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) en Honduras. (2019). *¡Saca pecho donando leche! campaña de donación de leche materna*. Recuperado de

https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1396:llamado-a-donar-leche-materna-para-proteger-la-vida-de-recien-nacidos&Itemid=227

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). *El método de Hanlon adaptado por la Organización Panamericana de la Salud para asignar prioridad a los programas de salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/journal/es/articulos/metodo-hanlon-adaptado-por-organizacion-panamericana-salud-para-asignar-prioridad>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Recuperado de http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/01/ocde_rhsmx_sp.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud en México. Mejores políticas para una vida mejor. Recuperado de <https://www.oecd.org/centrodemexico/47765794.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Recuperado de http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2016/01/ocde_rhsmx_sp.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones. México, D.F. Recuperado de <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>.

Ortega-Carmona, D. (mayo-agosto 2016). Los retos actuales de la seguridad alimentaria y nutricional: el caso mexicano de la construcción de una política de combate a la malnutrición. *Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México (Encrucijada)*,23, 1-2. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/encrucijada/article/view/57658/51115>.

- Peláez-Leóna, J.D., García-Solarte, M., y Azuero-Rodríguez, A. Ramiro. (2014). La relación estratégica entre gestión humana y la responsabilidad social empresarial: avances de una explicación en un caso colombiano. *Elsevier Doyma. Suma de Negocios*, 5(11), 15.
- Pereira-Pérez., Z. (enero-junio de 2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15(1), 16. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>
- Pérez-Luco, R., Lagos, L., Mardones, R., y Sáez, F. (2017). Diseños de investigación y muestreo cualitativo. Lo complejo de someter la flexibilidad del método emergente a una taxonomía apriorística. *Investigación Cualitativa en Salud*, (2), 1119.
- Periódico Oficial (PO). Leyes Fiscales Correlacionadas. (11 de agosto de 2017). Texto vigente. No. 102. Decreto número: 203. *Ley para la protección, apoyo y promoción a la lactancia materna del estado de Sinaloa*. Recuperado de https://legislacion.vlex.com.mx/vid/691392885?_ga=2.45512928.513059573.1583128353-206307561.1583128353
- Periódico Oficial. (2017). *Ley para la protección, apoyo y promoción a la lactancia materna del Estado de Sinaloa*. Decreto número: 203. Recuperado de <http://www.transparenciasinaloa.gob.mx/images/leyes/archivos/pdf/LEY%20DE%20SALUD.pdf>
- Pinzón-Florez, C., Reveiz, L., Idrovo, A., y Reyes, H. (2014). Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(1), 6.
- Plataforma digital Político. mx. (06 Diciembre 2018). *AMLO fusionaría IMSS, ISSSTE y SSa, ¿cómo está el sector salud?*. Lo último. México, 2018. Recuperado de <https://politico.mx/minuta-politica/minuta-politica-gobierno-federal/amlo-acierta-al-diagn%C3%B3stico-salud-universal-ser%C3%A1-necesaria/>
- Plataforma digital Político. mx. (13 Diciembre 2018). *AMLO inicia federalización de sistema de salud, ¿de qué trata?*.Lo último. México, 2018. Recuperado de

- <https://politico.mx/minuta-politica/minuta-politica-gobierno-federal/amlo-inicia-federalizaci%C3%B3n-de-sistema-de-salud-de-qu%C3%A9-trata/>
- Poder Ejecutivo Federal. (9 de octubre de 2007). *Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Pole., K. (2009). Diseño de metodologías mixtas. Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas. Tlaquepaque, Jalisco. *Revista en Renglones, Ciencias Sociales y Humanidades*, 60. 39. Recuperado de https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/252/katrhryn_pole.pdf?sequence=2
- Portal Negro. (14 de febrero de 2020). *Construirán un Hospital Materno-Infantil en Los Mochis*. Portal político de Sinaloa Recuperado de <https://cafenegroportal.com/2020/02/14/construiran-un-hospital-materno-infantil-en-los-mochis/>
- Prieto, M. (15 de febrero de 2020). *Anuncia director del INSABI construcción de un hospital materno-infantil, en Los Mochis*. Recuperado de <https://vivalanoticia.mx/2020/02/15/anuncia-director-del-insabi-construccion-de-un-hospital-materno-infantil-en-los-mochis/>
- Rao, R., Jani, R., y Sanjivee, P. (2009). Health, Quality of Life and GDP : An ASEAN Experience. *Asian Social Science*, 4(4), 70–76.
- Ravsberg, F. (26 de enero de 2010). *UNICEF: Cuba, sin desnutrición infantil*. BBC News Mundo. Recuperado de https://www.bbc.com/mundo/cultura_sociedad/2010/01/100126_1823_unicef_cuba_gz
- Real, J. C., Leal, A., y Roldán, J. L. (2006). Information technology as a determinant of organizational learning and technological distinctive competencies. *Industrial Marketing Management*, 35, 505–521.
- Red Brasileña de Bancos de Leche Humana (RBBLH). (10 de mayo 2010). *México tendrá bancos de leche humana en el modelo iberoamericano*. Cooperación Internacional. Fundación Oswaldo Cruz. Recuperado de <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=906&sid=368>

- Red Brasileña de Bancos de Leche Humana (RBBLH). (19 de octubre 2019). *Sepa sobre la cooperación internacional*. Cooperación Internacional. Fundación Oswaldo Cruz. Recuperado de <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=271>
- Red Brasileña de Bancos de Leche Humana (RBBLH). (19 de octubre de 2019). *Apoyo técnico para la implementación de bancos de leche humana en México*. Cooperación Internacional. Fundación Oswaldo Cruz. Recuperado de <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=729&sid=271>
- Red Brasileña de Bancos de Leche Humana (RBBLH). (6 de noviembre 2012). *Brasil capacita a profesionales del Ministerio de Salud de México para trabajar en bancos de leche humana*. Cooperación Internacional. Fundación Oswaldo Cruz. Comunicación e información-noticias. Recuperado de <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1468&sid=368>
- Retolaza-Eguren, I. (2010). *Teoría del cambio*. Un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social. Proyecto de Diálogo Democrático del El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Guatemala, Guatemala. Recuperado de http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0343/Guia_Teoria_de_Cambio__Retolaza__2009_.pdf
- Retolaza-Eguren, I. (2018). *Teoría de Cambio*. Una brújula para orientarte en el camino. Recuperado de <http://ateneucoopbll.cat/wp-content/uploads/2018/04/Teor%C3%ADa-de-Cambio-una-brujula-2.0.pdf>
- Roberts, B. W. y Recuperado T. (2004). A longitudinal study of the relationships between conscientiousness and the social-environmental factors and substance-use behaviors that influence health. *Journal of Personality*, 72(2).
- Rodríguez-Alcalá, F.J. y López-de Castro, F. (2004). Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. *Semergen*, 30(4), 181-182.
- Rodríguez-Ruiz, O. (2005). *Guías de apoyo a la calidad de la gestión pública local*. Guía 3. La gestión del conocimiento al servicio de la mejora continua de las administraciones locales. Ministerio de administraciones públicas Madrid.

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de [http://femp.femp.es/files/566-259-archivo/GUIA3_\(1era_parte\).pdf](http://femp.femp.es/files/566-259-archivo/GUIA3_(1era_parte).pdf)

Rogers, P. (2014). *La teoría del cambio*. Síntesis metodológicas. Sinopsis de la evaluación de impacto n.º 2 , Centro de investigaciones Innocenti. Florencia, Italia. Recuperado de https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Brief%20%20Theory%20of%20Change_ES.pdf

Sager, F. (8 de abril de 2010). *Comunicando lo áspero*. Cuál es el costo de un banco de leche humana. Desafío Económico. Recuperado de <https://comunicandoloaspero.wordpress.com/2010/04/08/cual-es-el-costo-de-un-banco-de-leche-humana/>

Saldarriaga-Rios, J.G. (2013). Responsabilidad social y gestión del conocimiento como estrategias de gestión humana. *Estudios gerenciales*, 29(1), 112. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0123592313700263/1-s2.0-S0123592313700263-main.pdf?_tid=df72b3ea-d2e4-11e7-b324-00000aab0f26&acdnat=1511726790_e7d091254658544df0284b187d87b449

Secretaría de Gobernación (SG). (25 de noviembre de 2015). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, para la atención a la salud de la infancia*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5417151&fecha=25/11/2015

Secretaría de Gobernación (SG). (01 de mayo de 2019). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, de la Ley Federal de la Defensoría Pública, de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y de la Ley del Seguro Social, en materia de Justicia Laboral, Libertad Sindical y Negociación Colectiva*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5559130&fecha=01/05/2019

Secretaría de Gobernación (SG). (02 de mayo de 2018). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, para el fomento, protección y apoyo a la*

- lactancia materna*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/7110/salud12_C/salud12_C.html
- Secretaría de Gobernación (SG). (04 de diciembre de 2013). *Decreto por el que se adiciona un artículo 1o. Bis a la Ley General de Salud*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5324374&fecha=04/12/2013
- Secretaría de Gobernación (SG). (07 de abril de 2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07%2F04%2F2016
- Secretaría de Gobernación (SG). (10 de septiembre de 2012). *Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba (Continúa en la Quinta Sección)*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267447&fecha=10/09/2012
- Secretaría de Gobernación (SG). (18 de junio de 2008). *Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5046978&fecha=18/06/2008
- Secretaría de Gobernación (SG). (22 de enero de 2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Secretaría de Gobernación (SG). (28 de diciembre de 2018). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2019*. Diario Oficial de la Federación

(DOF). Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5547479&fecha=28/12/2018

Secretaría de Gobernación (SG). (30 de noviembre de 2012). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280815&fecha=30/11/2012

Secretaría de Gobernación (SG). (30 de noviembre de 2012). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo*. Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280815&fecha=30/11/2012

Secretaría de Gobernación (SG). (abril de 2016). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Vigésima segunda edición impresa. Recuperado de <http://www.dof.gob.mx/constitucion/constitucion.pdf>

Secretaría de Gobernación (SG). (octubre de 2017). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/constitucion/CPEUM_Octubre2017.pdf

Secretaría de Gobernación (SG). (septiembre de 2014). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (2011). *Catálogo de zonas económicas del gobierno federal II y III para el caso de Sinaloa*. Subsecretaría de Egresos.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). (2019). Exposición de motivos proyecto de presupuesto de egresos de la federación 2019. II. Estimación del Gasto Público para 2019. Recuperado de https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF2019/docs/exposicion/EM_Capitulo_2.pdf

Secretaría de Salubridad y Asistencia en Sinaloa. (2019). *Recursos del FASSA*. Recuperado de <http://saludsinaloa.gob.mx/index.php/gasto-en-salud/>

Secretaría de Salud (SS). (28 de julio de 1994). *Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del*

- adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.*
Recuperada de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/008ssa23.html>
- Secretaría de Salud (SS). (07 de marzo de 2019). *Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el Ejercicio Fiscal 2019.* Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE). Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/ro_programa_calidad.html
- Secretaría de Salud (SS). (09 de febrero de 2001). *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.* Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
- Secretaría de Salud (SS). (11 de diciembre de 2017). *Lineamientos para la implementación del banco de leche.* Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/lineamientos-para-la-implementacion-del-banco-de-leche?state=published>
- Secretaría de Salud (SS). (11 de diciembre de 2017). *Lineamientos para la implementación del banco de leche.* Unidad de salud hospitalaria con atención obstétrica y neonatología responsable de la promoción y apoyo a la lactancia materna. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/lineamientos-para-la-implementacion-del-banco-de-leche?state=published>
- Secretaría de Salud (SS). (2 de mayo de 2018). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.* Diario Oficial de la Federación (DOF). Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018
- Secretaría de Salud (SS). (20 de diciembre de 2017). *Asesorías de Proyectos Arquitectónicos de Infraestructura en Salud.* Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/asesorias-de-proyectos-arquitectonicos-de-infraestructura-en-salud?state=published>
- Secretaría de Salud (SS). (2005). *Norma Oficial Mexicana. NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.* Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>

- Secretaría de Salud (SS). (2011). *Rendición de Cuentas en Salud 2009*. Recuperado de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs_2012.pdf
- Secretaría de Salud (SS). (2017). *Banco de leche humana*. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES).
- Secretaría de Salud (SS). (2017). *Veinte principales causas de enfermedad en Sinaloa por grupos de edad, Estados Unidos Mexicanos en 2017 de la población en General*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/principales/estatal_grupo_sin.pdf
- Secretaría de Salud (SS). (2017). *Veinte principales causas de enfermedad Nacional, por grupos de edad. Estados Unidos Mexicanos en 2017 de la Población en General*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_nacional_grupo_edad.pdf
- Secretaria de Salud (SS). (julio de 2000). *Una revisión a la historia del sistema de salud en México*. Gaceta de Comunicación Interna publicada por la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud. México, DF.1. Editor. Reyes-González, Mario Alberto.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SS/DGE/SINAVE). (2017). *Anuario de morbilidad 1984-2018*. Morbilidad por grupo de edad y entidad federativa. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html
- Secretaría de Salud. (SS). (2015). *Matriz de indicadores para resultados Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)*. Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA). Recuperado de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/fassa/fassa_2015/5_MIR_y_arbol_de_problemas.pdf
- Secretaria de Trabajo y Previsión Social (STPS). (s.f.). *Ley Federal del Trabajo*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14290/Ley_Federal_del_Trabajo.pdf

- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). (30 de noviembre de 2012). *Ley Federal del Trabajo (LFT)*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/14290/Ley_Federal_del_Trabajo.pdf
- Segredo-Pérez, A.M., García-Milian, A.J., López-Puig, P., León-Cabrera, P., y Perdomo-Victoria, I. (2015). Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 4(1), 116.
- Seguí-Gómez, M., Toledo-Atucha, E.A. y Jiménez-Moleón, J.J. (2013). Sistemas de salud. Modelos. Capítulo 57. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. 420. Recuperado de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-3.3.1.pdf>.
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Sosa-Manzano, C.L. (febrero de 2015). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, S.I.(47). Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687/5155>
- Spender, J.C. (1996). Making knowledge the basis of a dynamic theory of the firm. *Strategic Management Journal*, 17, 45–62.
- Stiglitz, J.E. (2000). *La economía del sector público*. Antonio Bosch Editor. 3a Edición.
- Tamayo-Castroparedes, J. (1999). Estudio Introductorio en Harmon Michael M y Richard T. Mayer. Teoría de la Organización para la Administración Pública. Fondo de Cultura Económica. México.
- Tang, C. (2012). The health-income nexus for Malaysia: ARDL Cointegration and Rao's F-test for causality. *Asian Journal of Empirical Research*, 2(1), 1–8.
- Taylor, S.J., y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*. Ediciones Paidós. 3ra. Edición. pp. 1-330.
- Thibault, A. (2016). *Teoría de Cambio*. Recuperado de https://d37djvu3ytnwxt.cloudfront.net/assets/courseware/v1/60375d3fdd99691c38dd523b3b3d67f0/asset-v1:MITx+JPAL101SPAx+2T2017+type@asset+block/Presentacion_3_-_Teoria_de_cambio.pdf

- Universidad de Los Lagos. (2016). *Introducción a la teoría de cambio*. Taller: diseño de proyectos y postulación a fondos concursables. Recuperado de <http://accionag.cl/wp-content/uploads/2016/10/Taller-Acci%C3%B3n-TdC.pdf>
- Van-Zon, A., y Muysken, J. (2003). *Health as a Principal Determinant of Economic Growth Health* (Merit Working Paper 024).
- Vargas-de Flood., C. (2008). Gasto público social: conceptos y alcances. *Ensayos de política económica. Departamento de economía-Universidad Católica de Argentina*, 1(2), 84. Recuperado de <http://erevistas.uca.edu.ar/index.php/ENSAYOS/article/view/2451/2281>
- Vargas-Sánchez, A., y Vaca-Acosta, R.M. (noviembre de 2005). Responsabilidad Social Corporativa y cooperativismo: Vínculos y potencialidades. CIRIEC-España, *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 53, 245.
- Vázquez-Román, S., Alonso-Díaz C., Medina-López, C., Bustos-Lozano, G., Martínez-Hidalgo, M.V. y Pallás-Alonso C.R. (octubre de 2009). Puesta en marcha del banco de leche materna donada en una unidad neonatal. *Anales de Pediatría*, 4(71), 343-348. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.06.008>
- Vega, (3-5 de septiembre de 2014). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *1er. Congreso internacional en salud pública y desastres, Tuxtla Gutierrez, Chiapas, México*. Estrategias que contribuyen al cumplimiento de ODM y sus determinantes: investigación y práctica. Save the Children, Chiapas. Recuperado de http://cemesad.unach.mx/images/Ponencias_congreso/alimentacion.pdf
- Verstraete, S.G., Heyman, M.B. y Wojcicki, J.M. (2014). La lactancia materna ofrece protección contra la obesidad en niños de mujeres latinas recientemente inmigrantes. *Salud Comunitaria*, 39(3), 480. doi: 10.1007 / s10900-013-9781-y.
- Acemoglu, D., y Jhonson, S. (2007). Disease and Development: the effect of life expectancy on economic growth. *Journal of Political Economy*, 115(6), 925–985.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities, Ginebra, Suiza. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 80(2).

- Wang, Y., y Wang, J. Q. (2002). A comparison of international references for the assessment of child and adolescent overweight and obesity in different populations. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56(10). Londres, Springer Nature.
- Weber, M. (1968). *Economy and Society*, Guenther Roth y Claus Wittich (comps.). University of California Press. Berkeley, Calif.
- Weick, Karl E. (1979). *The Social Psychology of Organizing*, 2ª ed. Addison-Wesley, Reading, Mass.
- Wilson, Woodrow. (1980). El Estudio de la Administración. *Revista de Administración Pública*. Recuperado de <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/view/19897/17852>
- Zakir, M. y Wunnava, P.V. (1997). Factors affecting infant mortality rates: evidence from cross-sectional data. *Applied Economics Letters*, 6(5).

Anexos

Anexo 1. Código y puesto funcional.

Anexo 2. Carta de gestión en vinculación al responsable legal de la doctorante.

Anexo 3. Carta de aceptación emitida por el director de la organización de salud.

Anexo 4. Carta de consentimiento informado.

Anexo 5. Diagnóstico a quien se asignó el nombre de Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS).

Anexo 6. Entrevista semi-estructurada para el estudio del sujeto de interés inserto en la organización.

Anexo 7. Cédula de consentimiento para el uso de sucedáneos del Proyecto de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna (2 de mayo del 2018).

Anexo1. Código y puesto funcional

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público a través de la Subsecretaría de Egresos, establecen dentro del catálogo de zonas económicas del gobierno federal II y III; para el caso de Sinaloa correspondiente a la Entidad Federativa 25, y para el Municipio de Ahome la Zona II (SHCP, 2011); y la Subsecretaría de Administración y Finanzas, a través de la Dirección General de Recursos Humanos, menciona que dentro de la SS existen dentro de las rama médica, paramédica, afín y afín administrativa; del personal operativo de base y confianza; lo cual describe de acuerdo al código funcional y el puesto a continuación:

01 Rama médica		02 Rama paramédica					
Código	Puesto	Código	Puesto	Código	Puesto	Código	Puesto
M01002	Médico especialista en área normativa	M02001	Químico "A"	M02015	Psicólogo clínico	M02034	Enfermera especialista "A"
M01003	Médico general en área normativa	M02002	Biólogo "A"	M02016	Citotecnólogo "A"	M02035	Enfermera general titulada "A"
M01004	Médico especialista "A"	M02003	Técnico laboratorista "A"	M02017	Técnico de lab. De optoaudiometría	M02036	Auxiliar de enfermería "A"
M01005	Cirujano dentista especializado	M02004	Técnico laboratorista de bioterio	M02018	Técnico anestesista	M02037	Subjefe de farmacia
M01006	Médico general "A"	M02005	Aux. de laboratorio y/o bioterio "A"	M02019	Técnico histopatólogo	M02038	Oficial y/o prep. Despachador de farmacia
M01007	Cirujano dentista "A"	M02006	Técnico radiólogo o en radioterapia	M02020	Espec. en prod. control e invest. de biol. y reac	M02040	Trabajadora social en área médica "A"
M01008	Médico general "B"	M02007	Técnico en electro diagnóstico	M02021	Supervisor en prod. control e invest. de biol. y reac	M02041	Técnico gericultista
M01009	Médico general "C"	M02008	Supervisor de manuf. de prótesis val.	M02022	Prod. en prod. control e invest. de biol. y reac	M02042	Técnico en odontología
M01010	Médico especialista "B"	M02009	Técnico de prótesis valvulares	M02023	Técnico especialista en biológicos y reactivos	M02043	Iatrotécnico
M01011	Médico especialista "C"	M02010	Supervisor de terapeutas	M02024	Técnico en biológicos y reactivos	M02044	Subjefe de dietética
M01012	Cirujano maxilo facial	M02011	Terapeuta especializado	M02025	Enfermera especialista en área normativa	M02045	Dietista
M01014	Cirujano dentista "B"	M02012	Terapeuta	M02029	Paramédico en área normativa	M02046	Cocinero jefe de hospital
M01015	Cirujano dentista "C"	M02013	Técnico protesista y ortesista	M02031	Enfermera jefe de servicio		
		M02014	Técnico en optometría	M02032	Coord. de enseñanza de enfermería		
02 Rama paramédica				03 Rama afín		04 Rama afín administrativa	
Código	Puesto	Código	Puesto	Código	Puesto	Código	Puesto
M02047	Cocinero en hospital	M02076	Auxiliar de protesista y ortesista	M03001	Ingeniero biomédico	M03018	Apoyo administrativo en salud - A8
M02048	Aux. De cocina en hospital	M02077	Químico jefe de secc. De lab. De análisis	M03002	Veterinario "A"	M03019	Apoyo administrativo en salud - A7

			clínicos "A"				
M02049	Nutricionista	M02078	Profesional en comunicación humana	M03003	Técnico puericultor	M03020	Apoyo administrativo en salud - A6
M02050	Técnico en nutrición	M02079	Técnico en saneamiento básico y ambiental	M03004	Promotor en salud	M03021	Apoyo administrativo en salud - A5
M02051	Ecónomo	M02080	Técnico en verificación sanitaria	M03005	Afanadora	M03022	Apoyo administrativo en salud - A4
M02054	Jefe de brigada en programas de salud	M02081	Enfermera general titulada "B"	M03006	Camillero	M03023	Apoyo administrativo en salud - A3
M02055	Jefe de sector en programas de salud	M02082	Auxiliar de enfermería "B"	M03007	Físico en hospital	M03024	Apoyo administrativo en salud - A2
M02056	Jefe de distrito en programas de salud	M02083	Enfermera general técnica	M03008	Educadora en área médica	M03025	Apoyo administrativo en salud - A1
M02057	Jefe de estadística y archivo clínico	M02084	Supervisora de trabajo social en área médica "B"	M03009	Veterinario "B"		
M02058	Técnico en estadística en área médica	M02085	Trabajadora social en área médica "B"	M03010	Veterinario "C"		
M02059	Aux. De estadística y archivo clínico	M02086	Técnico en trabajo social en área médica "B"	M03011	Lavandera en hospital		
M02060	Jefe de admisión	M02087	Enfermera especialista "B"	M03012	Operador de calderas en hospital		
M02061	Auxiliar de admisión	M02088	Químico "B"	M03013	Técnico operador de calderas en hospital		
M02062	Psicólogo especializado	M02089	Químico "C"				
M02063	Ayudante de autopsias	M02090	Químico jefe de secc. de lab. de análisis clínicos "B"				
M02064	Auxiliar técnico de diagnóstico y/o tratamiento	M02091	Químico jefe de secc. de lab. de análisis clínicos "C"				
M02065	Masajista	M02092	Biólogo "B"				
M02066	Técnico en trabajo social en área médica "a"	M02093	Biólogo "C"				
M02067	Operador clínico de primer nivel	M02094	Laboratorista "B"				
M02068	Técnico en atención primaria a la salud	M02095	Técnico Laboratorista "B"				
M02069	Técnico en salud en unidad auxiliar	M02096	Aux. de laboratorio y/o bioterio "B"				
M02072	Supervisora de trabajo social en área médica "A"	M02097	Citotecnólogo "B"				
M02073	Técnico en programas de	M02098	Micros copista dx. paludismo				

	salud					
M02074	Laboratorista "A"	M02100	Pasante de psicólogo			
M02075	Inhaloterapeuta	M02101	Pasante de licenciatura en trabajo social			

CF Confianza administrativo afín		CF Confianza médica		CF Confianza médica	
Código	Puesto	Código	Puesto	Código	Puesto
CF40001	Soporte administrativo "D"	CF41001	Jefe de unidad de atención medica "A"	CF41012	Jefe de división
CF40002	Soporte administrativo "C"	CF41002	Jefe de unidad de atención medica "B"	CF41013	Jefe de servicios
CF40003	Soporte administrativo "B"	CF41003	Jefe de unidad de atención medica "C"	CF41014	Jefe de unidad en hospital
CF40004	Soporte administrativo "A"	CF41004	Jefe de unidad de atención medica "D"	CF41015	Coord. Médico en área normativa "A"
		CF41006	Subdirector médico "B" en hospital	CF41016	Coord. Médico en área normativa "B"
		CF41007	Subdirector médico "C" en hospital	CF41017	Jefe de laboratorio regional
		CF41008	Subdirector médico "D" en hospital	CF41018	Jefe de laboratorio clínico
		CF41009	Subdirector médico "E" en hospital	CF41022	Jefe de psicología clínica
		CF41010	Subdirector médico "F" en hospital	CF41023	Jefe de enfermeras de primer nivel
		CF41011	Asistente de la dirección del hospital	CF41024	Jefe de enfermeras "A"

CF Confianza		CF Confianza		CF Confianza	
Código	Puesto	Código	Puesto	Código	Puesto
CF41025	Jefe de enfermeras "B"	CF41042	Investigador en ciencias medicas "E"	CF41057	Tec. en verif. dict. o saneamiento "B"
CF41026	Jefe de enfermeras "C"	CF41043	Investigador en ciencias medicas "F"	CF41058	Tec. en verif. dict. o saneamiento "C"
CF41027	Jefe de enfermeras "D"	CF41044	Investigador en ciencias medicas "A"	CF41059	Verif. o dictaminador sanitario "A"
CF41028	Jefe de enfermeras "E"	CF41045	Investigador en ciencias medicas "B"	CF41060	Verif. o dictaminador sanitario "B"
CF41030	Jefe de registros hospitalarios	CF41046	Investigador en ciencias medicas "C"	CF41061	Verif. o dictaminador sanitario "C"
CF41031	Jefe de farmacia	CF41047	Ayudante de investigador en cienc. Med. "A"	CF41062	Verif. o dictaminador especializado "A"
CF41032	Jefe de dietética	CF41048	Ayudante de investigador en cienc. Med. "B"	CF41063	Verif. o dictaminador especializado "B"
CF41036	Inspector o dictaminador sanitario "C"	CF41049	Ayudante de investigador en cienc. Med. "C"	CF41064	Verif. o dictaminador especializado "C"
CF41037	Superv.deinspe c. o dict. Sanitaria	CF41050	Inspector sanit. Y/o dictaminador médico	CF41065	Verif. o dictaminador especializado "D"
CF41038	Superv. de acción	CF41052	Subjefe de enfermeras	CF41074	Supervisor paramédico en área normativa

	comunitaria de P.A.P.A.				
CF41039	Coord. Municipal	CF41054	Jefe de trabajo social en área medica	CF41075	Coord. Paramédico en área normativa "A"
CF41040	Superv. Médico en área normativa	CF41055	Auxiliar de verificación sanitaria	CF41076	Coord. Paramédico en área normativa "B"
CF41041	Investigador en ciencias medicas "D"	CF41056	Tec. en verif., dict. O saneamiento "A"	CF50000	Jefe de depto. En área médica "A"
				CF51000	Jefe de depto. en área médica "B"

Nota: Diseño propio a partir de documento de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP, 2011: 34).

Anexo 2. Carta de gestión en vinculación al responsable legal de la doctorarte.

Dr. Gabriel Eduardo Gámez Castro
Director del Hospital General Los Mochis
Presente:

ATTN: Dr. Mario Honorio Álvarez Daniel
Jefe del Departamento de Enseñanza
Hospital General de Los Mochis.

Estimado Dr. Gámez, por medio de la presente me permito saludarlo, reconociendo el prestigio y la noble labor que usted desempeña; además de la trayectoria que por décadas tiene la institución de salud en el norte del Estado de Sinaloa; apertura que han tenido para contribuir con la formación académica profesional de los estudiantes de pre-grado y pos-grado de diversas universidades y ciencias de formación, elementos que nos permiten muy atentamente solicitar a usted la autorización para facilitar las condiciones y el contexto institucional para que la estudiante **Narce Dalia Reyes Pérez** perteneciente a la primer generación del Programa Multidisciplinario Doctorado en Gestión de las Organizaciones; inscrita en la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), pueda desarrollar su estancia de investigación durante el periodo comprendido del: 12 de febrero de 2018 al 10 de mayo del 2019; en ella pueda desarrollar el tema de tesis doctoral denominado: *"Gestión, Innovación Gubernamental y Capital Humano: Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN)"*.

Dentro del programa de trabajo se muestran actividades sustantivas que se estarán desarrollando: a partir del trabajo del campo clínico que estará articulado a los procesos de gestión que requiere de la aplicación de diversos instrumentos de investigación que oriente al diagnóstico situacional y la planeación estratégica, a partir del uso de diversas herramientas administrativas: PESTEL, Matriz FODA, Matriz EFE y Matriz IFE; lista de chequeo apegado a normatividad que oriente la IHAN; tratamiento de información básica estadística, indicadores de salud de la población infantil e información que brinde cumplimiento de los 10 pasos para la certificación.

Los resultados obtenidos traerá beneficio para la institución de salud al generar el conocimiento que permita reorientar y afinar procesos que conduzcan a estar nuevamente certificada como Hospital Amigo del Niño; para la Universidad Autónoma de Nayarit permitirá la vinculación del trabajo transversal que tiene la Universidad y el Sector Público en la formación académica que permite escenarios que eficiente los procesos de formación académico-profesional; para la estudiante podrá potenciar sus habilidades teórico-conceptuales, en procesos de gestión que se desarrollan en instituciones de salud. La generación del conocimiento apertura la oportunidad de la divulgación científica por lo cual se dará a conocer ante la comunidad que usted designe en la institución de salud; y a su vez durante el proceso se generaran tres productos científicos que serán publicados en revistas y/o capítulos de libro con renombre nacional e internacional; agradecido por la atención prestada esperando una respuesta favorable a la solicitud expresada, quedo de usted muy atentamente.

Guasave, Sinaloa a 06 de febrero de 2018
Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS)
Sursum Versus

Dr. Nicolás Guadalupe Zúñiga Espinoza
Director de Tesis

ccp. interesado


DEPTO. DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN
& ÉTICA HGL
HOSPITAL GENERAL
DE LOS MOCHIS
* JESUS KUMATE RODRIGUEZ *
14 ago 2018
Jesus Kumate Rodriguez



Anexo 3. Carta de aceptación emitida por el director de la organización de salud



Los Mochis, Sinaloa, 15 de Mayo del 2018

DR. MARIO HONORIO ALVAREZ DANIEL
JEFE ENSEÑANZA HOSP. GRAL. LOS MOCHIS

2018 - 241

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarlo, atendiendo la solicitud expresada por la estudiante C. NARCE DALIA REYES PEREZ, del programa multidisciplinario Doctorado en Gestión de las Organizaciones por la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN); con quien no tengo inconveniente para autorizar su residencia de investigación durante el periodo comprendido del 12 de febrero del 2018 al 10 de mayo del 2019 donde ella pueda desempeñar y desarrollar su tema de tesis doctoral denominada "Gestión, Innovación Gubernamental y Capital Humano: Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN)".

Los resultados de su tesis traerán beneficios significativos; a la Institución de Salud al generar el conocimiento Organizacional que permita reorientar los procesos que generen condiciones de certificación como Hospital Amigo del Niño, a la Universidad el Trabajo Transversal de vinculación académica y a la estudiante potenciando sus habilidades teórico-conceptual en el proceso de gestión de institución de salud. La generación de conocimiento apertura la oportunidad de divulgación científica a la comunidad nacional e internacional.

Agradeciendo la atención prestada quedo de usted.

ATENTAMENTE
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
DR. GABRIEL EDUARDO GAMEZ CASTRO


SERVICIOS DE SALUD
DE SINALOA
HOSPITAL GENERAL MOCHIS
DR. JESUS KUMATE RODRIGUEZ


DEPTO.
ENSEÑANZA, INVESTIGACION
& ETICA
HOSPITAL GENERAL
DE LOS MOCHIS
MAYO 15 2018
Jesús Kumate Rodríguez

Bld. Macario Gaxiola No. 1449 Sur
Col. Romanillo, C.P. 81248, Los Mochis,
Sinaloa, México (668) 8161400

Anexo 4. Carta de consentimiento informado

Los Mochis, Ahome, Sinaloa a: ____ de _____ del _____.

Por medio de la presente se le invita a participar en la investigación titulada Gasto Público en Salud del Lactante: Caso Hospital General de Los Mochis, Sinaloa. Esta investigación se considera de riesgo mínimo, por lo que usted tendrá derecho de retirar su participación durante el llenado de los cuestionarios en el momento que lo decida sin que tenga ninguna repercusión en su contra.

El Costo-Beneficio: La presente investigación no tendrá ningún costo ni beneficio para el participante, solo contara con beneficio de la estudiante investigadora ya que su finalidad es la acreditación del programa de Doctorado en Gestión de las Organizaciones programa que se desarrolla por la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) en participación interdisciplinaria con las Universidades Autónoma de Sinaloa (UAS) y la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED).

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos mínimos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, de los cuales son los siguientes: Se cuidará completamente el anonimato y confidencialidad de acuerdo al artículo 13 y 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.

Atentamente:

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma de un testigo

Anexo 5. Diagnóstico a quien se asignó el nombre de Diagnóstico Organizacional para Instituciones de Salud (DOIS).

Constituido por 15 capítulos que comprenden, 51 sub-capítulos, 12 apéndices y resumen ejecutivo descritos a continuación. Al cual, se añade a continuación cedula descriptiva con cinco apartados.

Capítulo I. Identificación

- 1.1. Nombre completo de la institución de salud
- 1.2. Categoría actual de la unidad
- 1.3. Domicilio completo
- 1.4. Antecedentes históricos
 - 1.4.1. Historia de la secretaría de salud
 - 1.4.2. Historia del hospital general
- 1.5. Infraestructura
- 1.6. Vías de acceso
- 1.7. Misión
- 1.8. Visión
- 1.9. Políticas
- 1.10. Valores

Capítulo II. Autoridades

- 2.1. Nombre completo del director y números telefónicos
- 2.2. Nombre completo del jefe o encargado de enseñanza

Capítulo III. Organigrama

Capítulo IV. Población

- 4.1. Datos socio-demográficos

Capítulo V. Recurso humano, equipamiento e infraestructura

- 5.1. Plazas presupuestadas en las disciplinas y tercerización.
- 5.2. Médicos por especialidad

Capítulo VI. Área de enseñanza, investigación y ética

- 6.1. Recursos de especialización
- 6.2. Aulas y auditorios
- 6.3. Biblio-hemeroteca
- 6.4. Equipo didáctico
- 6.5. Áreas de descanso para residentes
- 6.6. Área de Comedor
 - 6.7. Área de Alimentación
 - 6.8. Total de residentes
 - 6.9. Comité de becas
 - 6.10. Nacionalidad de los residentes

- 6.11. Información de los profesores
- 6.12. Total de residentes en el último año y especialidades
- 6.13. Actividades de investigación
- 6.14. Periodicidad de sesiones por servicio

Capítulo VII. Consulta externa

- 7.1. Consultorios y especialidades que brindan atención durante el año 2017

Capítulo VIII. Hospitalización

- 8.1. Total de camas y porcentaje de ocupación
- 8.2. Camas, porcentaje ocupación y personal asignado al servicio
- 8.3. Quirófanos
- 8.4. Cirugías, partos y procedimientos anestésicos
- 8.5. Auxiliares de diagnóstico y tratamientos
- 8.6. Equipo electo médico

Capítulo IX. Comités

- 9.1. Comités con los que cuenta la institución

Capítulo X. Otros servicios

- 10.1. Servicios complementarios con los que cuenta la institución

Capítulo XI. Morbilidad hospitalaria

- 11.1. Servicios prestados por consulta médica
- 11.2. Servicios prestados por urgencias médicas
- 11.3. Egreso hospitalario

Capítulo XII. Morbi-Mortalidad

- 12.1. Total de defunciones hospitalarias
 - 12.1.1. Mortalidad por especialidad

Capítulo XIII. Etapa de planeación

- 13.1. Planear
 - 13.1.1. Definir los principales problemas
 - 13.1.2. Diagnóstico situacional
 - 13.1.3. Características del área de oportunidad
- 13.2. Analizar causas de los problemas a mejorar
 - 13.2.1. Identificar las causas probables
 - 13.2.2. Priorizar los procesos a intervenir
- 13.3. Selección de los proyectos de mejora
 - 13.3.1. Diseñar el programa de ejecución
- 13.4. Ejecución de acciones
 - 13.4.1. Comunicar el plan de mejora
 - 13.4.2. Pilotear el proyecto y registrar la información que surja de la ejecución.
- 13.4.3. Recolectar los datos generados durante el pilotaje y/o ejecución del proyecto

Capítulo XIV. Verificación de resultados

14.1. Documentar las mejoras

14.2. Identificar efectos adicionales

Capítulo XV. Actuar sobre resultados

15.1. Estandarizar acciones de mejora

15.2. Difundir los logros del proyecto de mejora

15.3. Reconocer al equipo de trabajo que participo en el proyecto de mejora

Referencias

Resumen ejecutivo

Introducción

Apartado a. Problematización

Apartado b. Objetivo general

Apartado c. Objetivos específicos

Apartado d. Hipótesis

Apartado e. Justificación

Nota: El presente instrumento es diseño propio para programa de Doctorado en Gestión de las Organizaciones (DGO), con el apoyo de instrumentos normativos que propone la Secretaría de Salud (SS) denominados. La implementación está sujeta a probación de líderes de la institución de salud.

Se requiere de consentimiento de aceptación de la estudiante que sirva de sustento para la disposición de información proporcionada durante la estancia de residencia que requiere el programa de DGO.

Anexo 6. Entrevista semi-estructurada para el estudio del sujeto de interés inserto en la organización.

La presente entrevista se divide en dos apartados para los profesionales de salud y las madres y/o cuidadores del niño.

Profesionales de salud: personal de enfermería y médicos.

¿Cuánto tiempo tienen atendiendo trabajando en la institución?

¿A qué servicios es asignada (o) con más frecuencia?

¿Cuáles han sido sus servicios de rotación?

¿Cuál es su experiencia académica o laboral con niños?

¿Cuáles son los riesgos que conlleva su práctica profesional?

¿Cuenta con todos los insumos para prestar cuidados?

¿Qué es lo que ha variado durante el pasar de los años para la atención?

¿Qué medidas recomienda para una posible solución?

¿Cuál ha sido el tipo de ingreso de pacientes?

¿Es común ver a un niño deshidratado en urgencias?

¿Qué programas se implementan en la áreas que ha estado que favorecen al niño?

Existe un programa de lactancia materna pero no se lleva a cabo

Respecto a ello, ¿De acuerdo a la alimentación al seno materno que ha notado o que ha observado en la disposición de la madre?

¿Qué personal participa?

Enfermería, nutrición y médico

Madre y cuidadores del menor

¿Me podrá contestar unas preguntas relacionadas a la lactancia materna exclusiva?

¿Qué edad tiene, cuántos años tiene?

¿Cuántos hijos tienen?

¿Cómo nació su hijo, fue cesárea o parto?

¿Cómo los alimenta?

¿Durante su embarazo realizó control de la salud?

¿Cómo es su alimentación?

¿Qué tiempo ha pensado para dar leche materna a su hijo?

¿Quién le apoya para que le brinde Leche Materna a su hijo?

¿Qué personas se han apoyado y acercado a usted para brindar el apoyo que necesita para mejoras en su salud?

Anexo 7. Cédula de consentimiento para el uso de sucedáneos del Proyecto de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna (2 de mayo del 2018). Se agrega al expediente.

Apéndice B Normativo. Carta de Consentimiento Informado
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENEZCA EL ESTABLECIMIENTO)
(NOMBRE, RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar en que se emite

Fecha: _____

Yo _____ (nombre de la madre)_____ refiero que con esta fecha, el/la Dr (a). _____ como personal de salud de esta Institución, me informó de los beneficios de la lactancia materna y los riesgos que existen en caso que mi hijo(a) reciba alimentación con sucedáneos de la leche materna y estoy consciente de que:

1. Los niños y niñas que son alimentados con sucedáneos de leche materna, se enferman más frecuentemente de diarrea e infecciones respiratorias.
2. Los niños y niñas que son alimentados con sucedáneos de leche materna, tienen más cólicos, estreñimiento y reflujo.
3. Los niños y niñas que son alimentados con sucedáneos de leche materna, tienen más riesgo de padecer enfermedades alérgicas.
4. Los niños y niñas que son alimentados con sucedáneos de leche materna, tienen más riesgo de ser obesos, padecer diabetes, presión alta e infartos cuando sean adultos.
5. Los niños y niñas prematuros que reciben alimentación con sucedáneos de leche materna, tiene más riesgo de padecer complicaciones como la enterocolitis necrosante y síndrome de muerte súbita del lactante (muerte de cuna).
6. (Se deberá mencionar cual es el beneficio que se pretende alcanzar respecto de la salud del lactante conforme a la prescripción del médico tratante).

Entiendo el alcance y consecuencias que llevan consigo la alimentación con sucedáneos de leche materna y una vez leída esta forma:

Autorizo al Dr. (a). _____, con número de cédula profesional _____ para que prescriba a mi hijo(a) la alimentación con sucedáneos de leche materna.

Nombre y Firma de la madre o tutor

Nombre y Firma del Médico que proporcione la Información y recaba el consentimiento

Nombre y firma de testigo 1

Nombre y firma de testigo 2

La madre o tutor aceptan y firman de conformidad, liberándonos (a la institución y su personal de salud), de toda responsabilidad profesional, civil o penal, informados de los beneficios y complicaciones que pueden existir durante la alimentación con sucedáneos de la leche materna.