



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales

Doctorado en Políticas Públicas

Propuesta de política pública sobre el derecho humano a la salud, a partir del análisis transversal de convergencia y divergencia: caso del Hospital Regional No. 1, de Charo, Michoacán, 2018.

Tesis

que para obtener el grado de
Doctora en Políticas Públicas

Presenta:

MDF. Claudia Vianney Guía Velázquez

Director de Tesis:

Dr. Rodrigo Gómez Monge

Morelia, Mich., mayo de 2019

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DOCTORADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Morelia, Michoacán, el día 19 de marzo de 2019, los miembros de la mesa de sinodales designada por el H. Consejo Técnico del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, aprobaron para presentar en examen de grado la tesis titulada:

Propuesta de política pública sobre el derecho humano a la salud, a partir del análisis transversal de convergencia y divergencia: caso del Hospital Regional No. 1 de Charo, Michoacán, 2018.


Presentada por la alumna:

Claudia Vianney Guía Velázquez

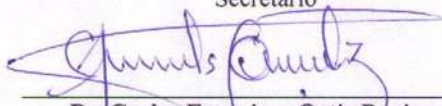
Aspirante al grado de **Doctora en Políticas Públicas**. Después de haber efectuado las revisiones necesarias, los miembros de la mesa de sinodales manifestaron SU APROBACIÓN DE LA TESIS en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

MESA DE SINODALES

Director de la tesis


Dr. Rodrigo Gómez Monge

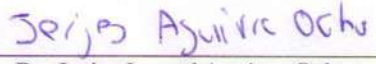
Secretario


Dr. Carlos Francisco Ortiz Paniagua

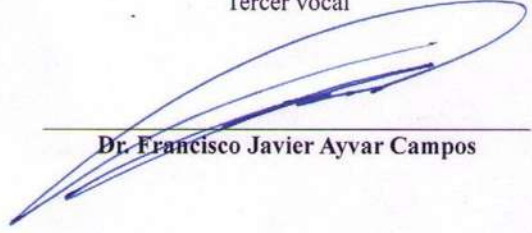
Segundo vocal


Dr. Hugo Amador Herrera Torres

Primer vocal


Dr. Jerjes Izcoatl Aguirre Ochoa

Tercer vocal


Dr. Francisco Javier Ayvar Campos

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DOCTORADO EN POLÍTICAS PÚBLICAS

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

En la ciudad de Morelia, Michoacán, el día 19 de marzo de 2019, la que suscribe, *Claudia Vianney Guía Velázquez*, alumna del programa de Doctorado en Políticas Públicas del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, manifiesto ser la autora intelectual del presente trabajo de tesis desarrollado bajo la dirección del Dr. Rodrigo Gómez Monge y cedo los derechos del trabajo titulado: ***Propuesta de política pública sobre el derecho humano a la salud, a partir del análisis transversal de convergencia y divergencia: caso del Hospital Regional No. 1 de Charo, Michoacán, 2018***, a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para su difusión con fines estrictamente académicos.

No está permitida la reproducción total o parcial de este trabajo de tesis, ni su tratamiento o transmisión por cualquier medio sin la autorización escrita del autor o del director de este. Cualquier uso académico que se haga de este trabajo deberá realizarse conforme las prácticas legales establecidas para este fin.


Claudia Vianney Guía Velázquez

Dedicatoria

A Víctor Apolo, Grecia Fernanda y Víctor Gael, porque aún sin saberlo han sido quienes impulsaron esta travesía y motivan mi andar en este camino llamado vida.

Para ustedes mi amor incondicional.

A mis padres Rosa María y Gabino porque todo lo que soy se lo debo a ellos, y este logro también les pertenece.

Para ustedes mi amor y agradecimiento eternos.

Agradecimientos

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por recibirme y formarme en sus aulas, y permitirme ser parte de su historia: la de grandes pensadores que han cambiado el rumbo de esta Nación.

Al Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales, por haberme dado la oportunidad de cursar el Doctorado en Políticas Públicas y contribuir enormemente en mi formación profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por impulsar posgrados de calidad como el que tuve oportunidad de cursar y por el recurso económico que hizo posible la culminación de este trabajo de investigación.

Un especial agradecimiento al Dr. Rodrigo Gómez Monge, director de tesis, por acompañarme paso a paso en este arduo camino, por su paciencia, consejos y acertadas recomendaciones, sobre todo por la gran calidad humana que siempre ha mostrado. Ha sido un honor ser su asesora. Para él, mi respeto, admiración y agradecimiento eternos.

A mis sinodales: Dr. Carlos Francisco Ortiz Paniagua, Dr. Jerjes Izcoatl Aguirre Ochoa, Dr. Francisco Javier Ayvar Campos y Dr. Hugo Amador Herrera Torres, a cada uno de ellos mi reconocimiento por las aportaciones tan acertadas y enriquecedoras para el trabajo de tesis, por el apoyo brindado en cada etapa del trabajo de investigación, pero especialmente por su empatía y las palabras de aliento que me motivaron para seguir avanzando en este proceso. A todos, mi respeto y admiración siempre.

A la plantilla de docentes del ININEE, por compartir sus conocimientos de manera tan extraordinaria, por las magníficas cátedras que llevaron a cabo, por la entrega y pasión con que abordaron sus materias, transformando nuestra visión del mundo.

Al Dr. Rubén Molina Martínez, por superar todas mis expectativas como docente, investigador y ser humano, porque en muy poco tiempo, se convirtió en un ejemplo a seguir.

Al personal del HGR No. 1, de Charo, Michoacán, especialmente al Dr. Andrés Alvarado Macías, Director del Hospital, al Dr. Cleto Álvarez, a la Dra. Anel Gómez García y Dra.

Umbilia Arenet Chávez Guzmán, y la Enfermera María Guadalupe Ponce Arreola, por el apoyo brindado para llevar a cabo la investigación de campo.

A mis compañeros del doctorado por enriquecer el programa con sus comentarios y experiencias, especialmente a Beatriz Alejandra Ledesma, por todas esas charlas que permitieron hacer más ameno nuestro trayecto y que forjaron una linda amistad que atesoro profundamente.

A mi compañero de vida y del doctorado Victor Apolo, gracias infinitas por el apoyo que me brindaste incondicionalmente, por las pequeñas acciones que significaron mucho, por tu compañía y paciencia, por la calidez que mostraste en momentos difíciles, por sostener mi mano y caminar juntos.

A mis hijos, Grecia Fernanda y Víctor Gael, por ser fuente de mi inspiración y mi gran motivación para ser mejor cada día. Espero que se sientan tan orgullosos de mí, como yo lo estoy de ellos. Gracias infinitas por todo su amor.

A mis padres Rosa María Velázquez Estrada y Gabino Guía Medina, por guiarme sabiamente en la vida, cada paso que doy está impregnado de los valores y el amor con los que me formaron. Mi amor, agradecimiento y reconocimiento eternos.

A mis hermanas Gabriela, Cynthia Betsabé, Esther Berenice, Marisol, Alejandra Tanairí e Ingrid Esbeiry, quienes siempre han estado a mi lado en momentos de alegría y tristeza, de ellas he aprendido las lecciones de vida más importantes, gracias por su amor, ejemplo y apoyo incondicional.

A mis abuelitos Gregorio (†) y Esther (†), quienes siempre han sido la luz que guían mis pasos. Gracias por todo el amor y la paz que me abriga todos los días.

A mis familiares y amigos, por el apoyo que me han brindado siempre a pesar de las ausencias, por ofrecer siempre su mano cuando más lo necesité, por cuidar de mis pequeños para darme la oportunidad de dedicar tiempo a mis estudios de doctorado y a este trabajo de tesis. Infinitamente, gracias.

Índice

Relación de tablas	X
Relación de figuras	XI
Relación de gráficos.....	XII
Acrónimos.....	XIII
Glosario.....	XV
Resumen.....	XVIII
Abstract	XIX
Introducción.....	XX
Apartado I. Fundamentos de la investigación.....	1
1. Planteamiento y descripción del problema	2
2. Preguntas de investigación.....	10
3. Objetivos de investigación:	10
4. Hipótesis:.....	11
5. Variables:	12
6. Justificación de la investigación.....	13
Apartado II. Marco Teórico	14
Capítulo 1. Los Derechos Humanos.....	15
1.1 Definición	15
1.2 Antecedentes Universales.....	17
1.3 Antecedentes de los derechos humanos en México	20
1.4 Naturaleza de los derechos humanos.....	22
1.5 Principios rectores de los derechos humanos	26

1.6 Principios básicos de aplicación de los Derechos Humanos	32
1.7 Los subderechos	35
1.8 Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos.....	36
1.9 Derecho Humano a la Salud	45
1.10 Derecho Humano a la Salud en el Derecho Internacional.....	46
1.11 Elementos esenciales del Derecho a la Salud.....	48
1.12 Derecho a la salud en los Tratados Internacionales.....	52
1.13 Derecho Humano a la Salud en México	57
1.14 Fundamentos teóricos de la justicia sanitaria	60
Capítulo 2. La Política Pública.....	64
2.1 Origen de la Política Pública	65
2.2 Evolución del enfoque de las políticas públicas.....	69
2.3 Concepto de las políticas públicas.....	70
2.4 Tipos de políticas públicas	72
2.5 El método de la política pública. Su ciclo.	73
2.6 Los actores de las políticas públicas.....	80
2.7 Características de las políticas públicas	81
2.8 Políticas públicas con enfoque de derechos humanos.....	82
Capítulo 3. Sistema Nacional de Salud	85
3.1 Organización Administrativa.....	86
3.2 Consejo de Salubridad General	95
3.3 Sistema Nacional de Salud	97
3.4 Beneficiarios del Sistema Nacional de Salud.....	101
3.5 Antecedentes de los Seguros Sociales y la Seguridad Social.....	103
Capítulo 4. Contextualización	106

4.1 Las políticas públicas del sector Salud.....	107
4.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social	116
4.3 Unidades de atención médica	122
4.4 Unidades Médicas en Michoacán.....	126
4.5 Hospital General Regional No. 1.....	129
4.6 Evidencia empírica	136
Apartado III. Marco Metodológico.....	147
Capítulo 5. Análisis transversal de convergencia y divergencia.....	148
5.1 Planteamiento metodológico para el análisis de convergencia y divergencia.....	148
5.2 Universo y muestra de estudio	157
5.3 Instrumentos de medición.....	161
Capítulo 6. Análisis e interpretación de resultados	164
6.1 Confiabilidad	164
6.2 Características generales de los derechohabientes.	167
6.3 Características generales del personal de salud encuestado en el HGR 1.....	168
6.4 Análisis e interpretación de resultados.	169
Capítulo 7. Propuesta de política pública y conclusiones	201
7.1 Propuesta de Política Pública	201
7.2 Conclusiones.....	228
Bibliografía	242
Anexos.....	254
Matriz de congruencia	255

Relación de tablas

Tabla 1. Sistema Nacional de Alerta de violación a los Derechos Humanos de la CNDH, 2016.	4
Tabla 2. Número de quejas por sector de acuerdo al Sistema Nacional de Alerta de violación a los Derechos Humanos de la CNDH, 2016.....	5
Tabla 3. Indicador de quejas de violación a los DDHH por autoridad, 2016.....	5
Tabla 4. Etapas o fases de las políticas públicas.	79
Tabla 5. Competencia de la Secretaría de Salud.....	88
Tabla 6. Sistema de ofrecimiento de Servicios de Salud en México.	102
Tabla 7. Esquema del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.....	107
Tabla 8. Alineación de los objetivos del Programa Sectorial de Salud al PND.	110
Tabla 9. Alineación de los objetivos del PIIMSS al PND y a los Programas Sectoriales.	112
Tabla 10. Clasificación de las Delegaciones Regionales y Estatales del IMSS.	121
Tabla 11. Niveles de Atención Médica del IMSS.	125
Tabla 12. Composición de la Delegación Michoacán. Unidades Médicas, Hospitales y Derechohabientes adscritos.	127
Tabla 13. Especialidades del HGR No. 1.....	131
Tabla 14. Expectativa de productividad anual del HGR No. 1.....	134
Tabla 15. Recortes presupuestales anunciados por la SHCP	138
Tabla 16. Gestiones inmediatas concluidas por institución médica relacionada de la CONAMED, primer semestre 2016.....	143
Tabla 17. Quejas concluidas por institución médica relacionada de la CONAMED, primer semestre 2016.	144
Tabla 18. Gestiones inmediatas concluidas por “motivo”. CONAMED, 1er. semestre 2016.....	145
Tabla 19. Quejas concluidas por “motivo” de la CONAMED, 1er. semestre 2016.	145
Tabla 20. Rangos y tipos de dispersión (Id) de la convergencia y divergencia.	155
Tabla 21. Interpretación de los rangos y tipos de dispersión (Id) de la convergencia y divergencia.	155
Tabla 22. Escala Likert.....	162
Tabla 23. Valores aceptables en función de los objetivos de la prueba.	165
Tabla 24. Estadísticos descriptivos de datos de identificación de los derechohabientes.	167
Tabla 25. Estadísticos descriptivos de datos de identificación del personal de salud.....	169

Tabla 26. Escala de valoración por ítem.	170
Tabla 27. Disponibilidad de los servicios de salud.	171
Tabla 28. Disponibilidad de los servicios de salud.	172
Tabla 29. Convergencia y/o divergencia de la variable disponibilidad.	174
Tabla 30. Determinación del grado y tipo de dispersión (Id) por ítem.	175
Tabla 31. Accesibilidad a los servicios de salud.	177
Tabla 32. Accesibilidad a los servicios de salud.	178
Tabla 33. Convergencia y/o divergencia de la variable accesibilidad.	180
Tabla 34. Determinación del grado y tipo de dispersión (Id) por ítem.	181
Tabla 35. Aceptabilidad de los servicios de salud.	183
Tabla 36. Aceptabilidad de los servicios de salud.	184
Tabla 37. Determinación del nivel y tipo de dispersión (Id) por ítem.	187
Tabla 38. Calidad de los servicios de salud.	189
Tabla 39. Calidad de los servicios de salud.	190
Tabla 40. Convergencia y/o divergencia de la variable calidad.	192
Tabla 41. Determinación del grado y tipo de dispersión (Id) por ítem de la variable calidad.	193
Tabla 42. Elementos del Derecho Humano a la Salud.	196
Tabla 43. Determinación del nivel y tipo de dispersión (Id) por elemento.	199
Tabla 44. Subderecho del DHS.	203

Relación de figuras

Figura 1. Tipos de políticas públicas.	73
Figura 2. Sistema de Salud en México.	98
Figura 3. Estructura de la Unidad de Atención Primaria a la Salud.	123
Figura 4. Estructura de la Unidad de Atención Médica.	124
Figura 5. Infraestructura del IMSS.	126

Relación de gráficos

Gráfico 1. Cuadrante de convergencia y divergencia.	153
Gráfico 2. Disponibilidad de los servicios de salud.	172
Gráfico 3. Dispersión de la variable disponibilidad por ítems.	175
Gráfico 4. Accesibilidad a los servicios de salud.	178
Gráfico 5. Dispersión de la variable accesibilidad por ítems.	181
Gráfico 6. Aceptabilidad de los servicios de salud.	184
Gráfico 7. Convergencia y divergencia de la variable aceptabilidad.....	186
Gráfico 8. Dispersión de la variable aceptabilidad por ítems.	187
Gráfico 9. Calidad de los servicios de salud	190
Gráfico 10. Dispersión de la variable calidad por ítems.....	193
Gráfico 11. Elementos del Derecho Humano a la Salud	196
Gráfico 12. Convergencia y divergencia de los elementos del Derecho Humano a la Salud.....	198
Gráfico 13. Dispersión del DHS por elemento.	199

Acrónimos

CADH	Convención Americana de Derechos Humanos
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CIDH	Comisión Interamericana de los Derechos Humanos
CIEFDR	Convención Internacional sobre Eliminación de todas Formas de Discriminación Racial
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CoIDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DDHH	Derechos Humanos
DHS	Derecho Humano a la Salud
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
HGR No. 1	Hospital General Regional Número 1
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-O	Programa Instituto Mexicano del Seguro Social y Oportunidades
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
LISSFAM	Ley del Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas Mexicanas
LOAPF	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
LOPJF	Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación
OACUNDH	Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPDH	Organismos Públicos de Derechos Humanos
OUA	Organización para la Unidad Africana
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
REPSS	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud
RIIMSS	Reglamento Interior del IMSS
ROIDREIMSS	Reglamentos de Organización Interna de las Delegaciones Regionales y Estatales del IMSS
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
SEDENA	Secretaria de Defensa Nacional
SEMAR	Secretaria de Marina
Sesa	Servicios Estatales de Salud
SNA	Sistema Nacional de Alerta de violación de Derechos Humanos
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSa	Secretaría de Salud

Glosario

Accesibilidad: Elemento tiene como finalidad asegurar que se materialice el derecho a la salud para todas las personas. En ese sentido se deberá cumplir con las siguientes dimensiones: la no discriminación, accesibilidad física y económica y acceso a la información (CDESC, 2000).

Accesibilidad económica (asequibilidad): principio que pretende evitar que las cargas que implica el deterioro de la salud sean desproporcionadas, sobre todos para los sectores de la población vulnerables o marginados. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos (CDESC, 2000).

Accesibilidad física: Hace referencia a la obligación por parte del Estado de poner al alcance de todos los sectores de la población los establecimientos, bienes y servicios de salud, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso por lo que se refiere a personas con discapacidades, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios (CDESC, 2000).

Acceso a la información: Implica que todos los medios a través de los cuales se materializa el derecho a la salud, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, esto es, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par, que sean sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para

respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (CDESC, 2000).

Calidad: Los contenidos y medios por los que se materializa el derecho a la salud además de ser aceptables deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Es decir, que el personal médico esté capacitado, que haya en existencia los medicamentos y el equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (CDESC, 2000).

Derecho humano a la Salud: Consiste en el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, cuya dimensión se encuentra constreñida a la protección a la salud, es decir, a las condiciones necesarias que aseguran la asistencia médica y de servicios médicos en caso de enfermedad (ONU, 1996).

Derechos Humanos: “Son derechos esenciales del hombre [que] no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana” (CADH, 1981).

Disponibilidad: Implica que el Estado cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo de los Estados. Estos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (CDESC, 2000).

No discriminación: Principio que tiene como objetivo que se proteja a todas las personas, pero sobre todo a aquellas que se encuentran en estado de vulnerabilidad y marginación, sin discriminación alguna (CDESC, 2000).

Políticas Públicas: Intervención deliberada del Estado para corregir o modificar una situación social o económica que ha sido reconocida como un problema público (Merino, 2013).

Resumen

Las recientes reformas constitucionales del 2011, en materia de Derechos Humanos, obligan a cuestionarse sobre cómo los postulados constitucionales pueden y deben impactar el contexto social y de qué manera la protección de los derechos humanos debe procurarse desde las políticas públicas. Con ese propósito, en la investigación, se plantea conocer cómo se percibe el cumplimiento del Derecho Humano a la Salud, desde la óptica de quienes reciben y proporcionan los servicios de salud, y a partir de esta información hacer propuestas de política pública encaminadas a mejorar los aspectos que así lo requieran.

La tesis parte de un sustento teórico que aborda los Derechos Humanos, las Políticas Públicas, el Sistema Nacional de Salud y se contextualiza la problemática existente del Derecho Humano a la Salud, posteriormente se presenta el análisis transversal de convergencia y divergencia de la percepción de los derechohabientes y el personal de salud del HGR No. 1, de Morelia-Charo, del IMSS en el Estado, sobre el cumplimiento de este derecho.

Con base en la metodología aplicada, se identifican los siguientes resultados para el HGR No. 1, en el 2018: El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar negativamente la disponibilidad del Derecho Humano a la Salud. Existe divergencia positiva negativa en la valoración que los agentes involucrados tienen respecto de la accesibilidad de este Derecho. Los agentes involucrados convergen en valorar positivamente la aceptabilidad del DHS. Y finalmente, el personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar positivamente la calidad del DHS.

Palabras clave: Derecho Humano a la Salud, políticas públicas, análisis de convergencia y divergencia.

Abstract

The recent constitutional reforms of 2011, on Human Rights, force us to question how the constitutional postulates can and should impact the social context and how the protection of human rights should be sought from public policies. With this purpose, in the research, it is proposed to know how the Human Right to Health is perceived, from the perspective of those who receive and provide health services, and from this information to make policy proposals aimed at improving the Aspects that require it.

The thesis is based on a theoretical basis that deals with Human Rights, Policies, the National Health System and contextualizes the existing problems of the Human Right to Health, afterwards the transversal analysis of convergence and divergence of the perception of the beneficiaries and the health personnel of HGR No. 1, of Morelia-Charo, of the IMSS in the State, on compliance with this right.

Based on the methodology applied, the following results are identified for HGR No. 1, in 2018: Health personnel and beneficiaries converge on negatively assessing the availability of the Human Right to Health. There is negative-positive divergence in the assessment that the agents involved have regarding the accessibility of this Law. The agents involved converge in positively assessing the acceptability of DHS. And finally, health personnel and beneficiaries converge in positively assessing the quality of DHS.

Keywords: Human Right to Health, public policies, analysis of convergence and divergence.

Introducción

Al realizar un análisis de la situación que guardan los Derechos Humanos (DDHH) en México, y específicamente del Derecho Humano a la Salud (DHS), se pudo observar que existen inconsistencias relevantes entre lo que está prescrito en el ordenamiento jurídico (nacional e internacional) y los lineamientos que marcan las políticas públicas en la materia frente a la realidad que vive la población.

Para mejorar el cumplimiento de este derecho, es importante conocer de qué manera es percibido, por una parte, por quienes reciben los servicios de salud y por la otra, por quienes se encargan de otorgarlos. El enfoque de cada uno de los agentes involucrados, brinda una riqueza en la información obtenida para determinar la valoración que le da cada uno de ellos al cumplimiento del DHS, y así, hacer propuestas tendientes a mejorar los aspectos que así lo requieran.

Los derechos humanos tienen como propósito promover el bienestar y la libertad a partir de la dignidad e igualdad humana. De ahí, la preocupación de lograr resultados encaminados a mejorar la vida de las personas. Los derechos humanos, han sido especialmente estudiados en el ámbito jurídico, sobre todo en el ámbito internacional, y en ese sentido, es la Teoría Internacional de Derechos Humanos la que brinda una serie de elementos que permiten por diversos medios, como el de la política pública, encontrar la manera de efectivizarlos, no solo como un elemento de legitimación en el discurso político, sino para hacer de ellos, verdaderas directrices que marquen el camino a seguir para alcanzar los propósitos primigenios.

La reforma constitucional del 2011, ha sido un hito en la historia de los Derechos Humanos del país al ampliar su reconocimiento y señalar las obligaciones del Estado en todas las actividades que desarrolla y en los tres niveles de gobierno.

Los elementos que brindan los estándares internacionales de Derechos Humanos, son de trascendental importancia en el desarrollo de la presente investigación, ya que a partir de los principios, del contenido esencial de los derechos y de las obligaciones de los Estados en la materia, se busca conocer la percepción de dos agentes involucrados en la implementación

de las políticas públicas de salud, específicamente, saber de qué manera perciben el cumplimiento del Derecho Humano a la Salud (DHS), en el Hospital General Regional No. 1, del IMSS-Michoacán, y cómo es valorado por estos agentes. Para ello, se lleva a cabo un análisis transversal de convergencia y divergencia de la percepción que tienen al respecto el personal de salud y los derechohabientes y a partir de esta información y con fundamento en el marco teórico que se desarrolla, estar en condiciones de hacer recomendaciones de política pública, tendientes a mejorar aquellos aspectos que, derivado del análisis, requieren de mayor atención.

Se considera, los agentes involucrados en términos generales convergen en tener una percepción medianamente positiva respecto del cumplimiento del DHS, sin embargo, al valorar los elementos de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, sus percepciones suelen tener una tendencia negativa, contrario a lo que pasa con los elementos de aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, cuya percepción tiende a ser positiva dentro del HGR No. 1, en el 2018.

La investigación se divide en tres apartados, el primero de ellos aborda los fundamentos de la investigación, estableciendo el planteamiento del problema, preguntas, objetivos e hipótesis, así como justificación, método y diseño de la investigación, para concluir con la matriz de congruencia.

En el segundo apartado, se aborda el marco teórico que consta de cuatro capítulos. En el primero, se describe la Teoría Internacional de los Derechos Humanos, con especial énfasis en el Derecho Humano a la Salud, así mismo se presenta, la manera que se encuentra establecido este derecho en el marco constitucional y legal del país; en el segundo capítulo se abordan las políticas públicas, partiendo del análisis que hacen del tema destacados estudiosos de la materia, tanto los clásicos como los contemporáneos; en el tercer capítulo, se describe el Sistema Nacional de Salud, en donde se analizan el IMSS y especialmente el HGR No. 1, al ser la unidad de estudio de la presente investigación; y finalmente, en el cuarto capítulo, se contextualiza la situación del DHS en México y el Estado, para ello, se presenta evidencia empírica del tema de investigación, datos estadísticos emitidos por instituciones públicas, para concluir con una descripción las políticas públicas relacionadas con el DHS.

En el tercer apartado aborda el marco metodológico, a través del capítulo quinto, se plantea la propuesta metodológica consistente en el análisis transversal de convergencia y divergencia, respecto a la percepción sobre el cumplimiento del DHS, en el HGR No. 1 del IMSS-Michoacán. En el capítulo sexto, se lleva a cabo el análisis e interpretación de resultados y finalmente en el capítulo séptimo, se presentan las conclusiones y se hacen propuestas y recomendaciones.

Apartado I. Fundamentos de la investigación

Esta investigación tiene como objetivo realizar un análisis respecto de los elementos esenciales del DHS. Para ello, se hará uso del método científico para identificar la convergencia o divergencia que existe respecto de las variables de estudio entre la población derechohabiente de los servicios de salud, por un lado, y por el otro, el personal de salud del Hospital General Regional No. 1, del IMSS ubicado en Charo, Michoacán. La información que se obtenga servirá de base para hacer propuestas de política pública con el objetivo de incidir positivamente en el ejercicio de este derecho.

En ese sentido, en el presente apartado se exponen los fundamentos de la investigación, estableciendo el planteamiento del problema, preguntas, objetivos e hipótesis, así como justificación, método y diseño de la investigación, para concluir con la matriz de congruencia.

1. Planteamiento y descripción del problema

La reforma constitucional publicada el 10 de junio del 2011, es un parteaguas en la historia de México en materia de DDHH. Esta reforma fortaleció el sistema de reconocimiento y protección de los DDHH en el país. Entre otras cuestiones, se reconoció constitucionalmente a los DDHH contenidos en los tratados internacionales al mismo nivel de los consagrados en la norma fundamental. Además, dispuso que todas las autoridades en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los DDHH, y consagró los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de éstos, como fundamento de la actuación pública.

A pesar de que el derecho a la salud, como derecho humano, se encuentra regulado tanto por normas nacionales como internacionales, lo cierto es que no se está debidamente garantizado ni protegido por el Estado, como más adelante se explica:

Si se parte de que la elaboración y asignación responsable de un presupuesto permite alcanzar los objetivos y metas que se tracen en políticas públicas, en el caso concreto, en materia de salud, lo cierto es que México es la economía de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que destina menos recursos públicos para la función de salud, pues el gasto público para el ejercicio fiscal 2016 propuesto para esta función, solo representó el 2.80% del PIB, seguido por Chile y Corea, que asignan el 3.98% y el 4.02% del PIB, respectivamente, lo anterior, frente a los países que más invierten en salud pública como: Dinamarca que asigna el 9.78% del PIB; Francia con el 9.19% del PIB; y, Alemania con el 8.92% del PIB (OCDE, 2016).

Otro problema que enfrenta México, en el gasto público en salud, es que el 97.68% se destina para gasto corriente necesario para cubrir los rubros de servicios personales (sueldos, prestaciones de seguridad social), gasto de operación para que las organizaciones operen adecuadamente (papelería y equipos de cómputo); subsidios (ayudas de carácter social y recursos para los fondos de pensiones y jubilaciones); y únicamente el 2.32% se asigna para el gasto de inversión, necesario para la modernización y ampliación de las actividades que conforman esta función, tales como la construcción de infraestructura en salud (Cámara de Diputados LXIII Legislatura, 2015).

El bajo gasto público y la inversión total limitada en el sistema de salud mexicano se refleja a través de los siguientes datos: el país cuenta con 2.2 médicos practicantes y 2.6 enfermeras practicantes por cada 1,000 habitantes, mucho menos que el promedio de la OCDE de 3.3 y 9.1, respectivamente. La densidad de camas también es muy baja, con 1.6 camas por cada 1,000 habitantes en 2013, comparado con el promedio de los países de la OCDE que es de 4.8 camas por cada 1,000 habitantes, de nuevo el más bajo de este organismo internacional (OCDE, 2016).

Aunado a lo anterior, la insatisfacción de los individuos con la calidad o la accesibilidad a los servicios que proveen las instituciones de salud en México a las que están afiliados, provoca que se busque atención médica con prestadores de servicios médicos privados. México muestra la mayor razón de hospitales privados a públicos en los países de la OCDE, ya que cuenta con 11.4 hospitales de propiedad pública y 28.6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes. De tal suerte que el gasto de bolsillo en México constituye 45% de los ingresos del sistema de salud y 4.0% del gasto de los hogares. Estas cifras son las más altas de la OCDE. El gasto de bolsillo no ha disminuido de manera significativa en la última década, a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud, lo que representa fallas en el sistema de salud en lograr una cobertura efectiva y/o servicios de alta calidad (OCDE, 2016).

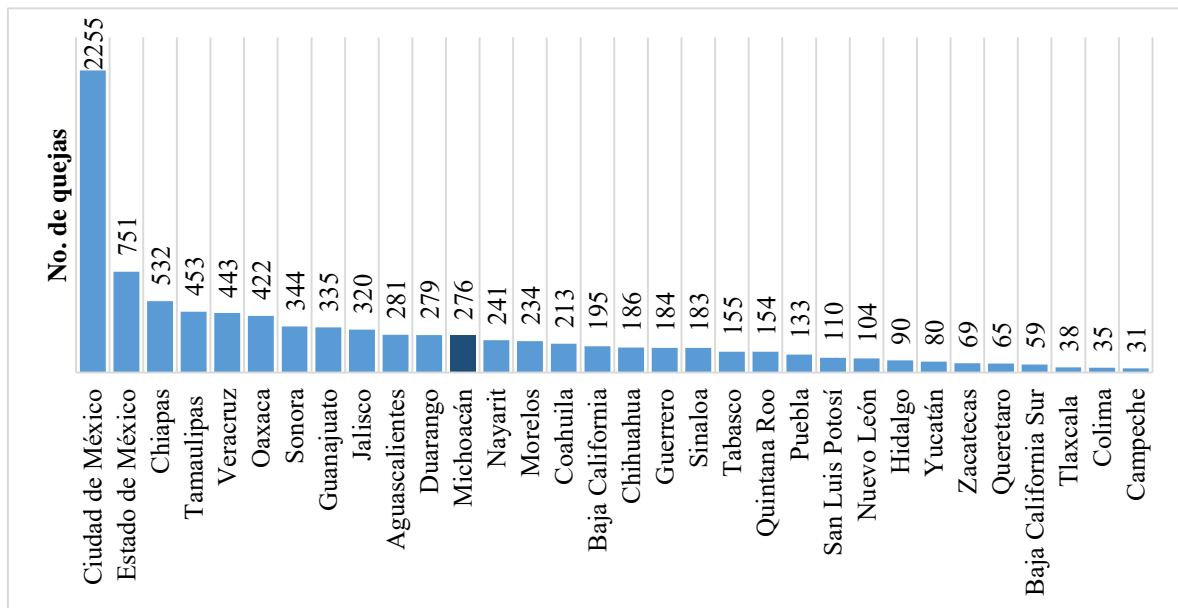
Por otra parte, existen factores que contribuyen a la incertidumbre en la atención en salud en la población mexicana, como la desarticulación del Sistema Nacional de Salud (SNS), en virtud de que no se ha logrado establecer una red sanitaria universal y que, al no contar con la capacidad de cubrir las necesidades de la población que la solicita, orilla a personas a acudir a la atención privada aun cuando no tienen la capacidad de pagarla. El reclamo de este derecho también constituye un problema social, pues aunque se encuentre reconocido constitucionalmente, no se encuentran debidamente especificadas las obligaciones del Estado al respecto (OACUNDH, 2011).

Lo reseñado permite tener un panorama de la situación del sector salud en el país, mismo que da origen a la violación de los DDHH en la materia. Ello queda evidenciado con los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2015), al informar que uno de los principales DDHH transgredidos a nivel nacional es el derecho al

disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (con 4 mil 812 hechos), donde la principal violación reportada fue: omitir proporcionar atención médica (con mil 60 hechos registrados).

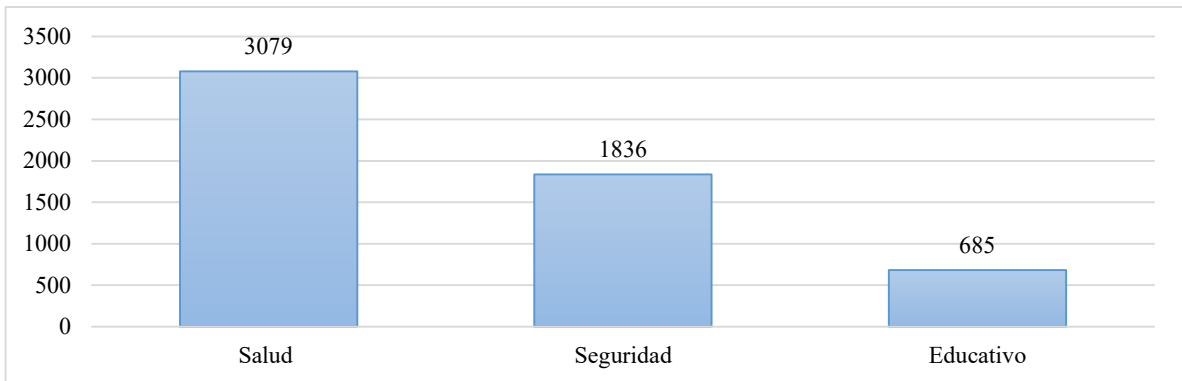
Michoacán es una de las entidades federativas con mayor número de quejas presentadas por la presunta comisión de violaciones a los DDHH, tal y como se aprecia en la tabla número 1. Asimismo, como se desprende de la gráfica número 2, el mayor número de quejas presentadas por presuntas violaciones a los DDHH, corresponde al sector salud, seguida del sector seguridad y el sector educativo.

Tabla 1. Sistema Nacional de Alerta de violación a los Derechos Humanos de la CNDH, 2016.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos del SNA de violación a Derechos Humanos, con información de enero a diciembre de 2016.

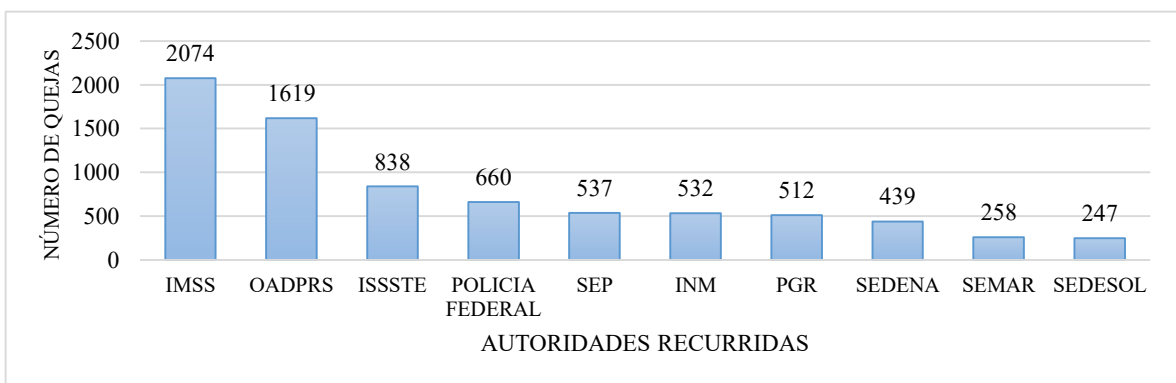
Tabla 2. Número de quejas por sector de acuerdo al Sistema Nacional de Alerta de violación a los Derechos Humanos de la CNDH, 2016.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos obtenidos del SNA de violación a Derechos Humanos, con información de enero a diciembre de 2016.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Atención de violación a los DDHH (SNA), en el 2016, las tres autoridades a las que se les atribuye mayor número de violaciones, son: el Instituto Mexicano del Seguro Social; el Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación (en donde una de las principales quejas en contra de éste organismo es la negativa de proporcionar atención médica), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Tabla 3. Indicador de quejas de violación a los DDHH por autoridad, 2016.



Fuente: Elaboración propia con base en información obtenida del SNA (2016).

La información presentada en las tablas que anteceden permite observar que el sector salud ocupa el primer lugar por violación a los DDHH, y que el IMSS la institución dentro de este sector que tiene el mayor número de quejas. Lo que permite concluir que no se ha dado cabal cumplimiento a la obligación de garantizar el efectivo ejercicio del DHS de la población, ni se ha dado cumplimiento a las obligaciones impuestas en el ordenamiento constitucional y tratados internacionales.

Este incumplimiento proviene de quienes ostentan el poder dentro del Estado y toman las decisiones que fijan el rumbo de una nación y que con sus acciones u omisiones llegan a vulnerar los DDHH de la sociedad. Lo anterior es así, en virtud de que el Estado, para la consecución de sus fines, se fija objetivos que para ser alcanzados requiere de la toma de una serie de decisiones en la que pueden llegar a participar un variado número de actores, sin embargo, las decisiones generales de “alta política” o iniciales, son tomadas por lo que se denomina la élite política, constituida por los poderes legislativo y administrativo. (Ugalde, 1976).

Ahora bien, la obligación de garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales de los habitantes del país, como la educación, la salud, la vivienda, la seguridad, entre otros, encierra un conflicto consistente en encontrar el equilibrio ante los recursos limitados de que dispone el Estado y la satisfacción de las demandas de las necesidades sociales. Este conflicto suele agravarse cuando existe ineficiencia en el diseño e implementación de las políticas públicas (Bolívar, 2014).

Efectivamente, cuando se plantea la necesidad de dar respuesta a los grandes problemas que atacan a la sociedad, los gobernantes tienen que tomar las decisiones que pongan en marcha leyes, programas y acciones para combatirlos, sin embargo, en ese proceso llegan a intervenir multiplicidad de actores, cada uno de ellos con intereses diversos. El gobierno es uno de los actores principales en la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas encaminadas a solventar los problemas públicos. Dentro de la clase gobernante se encuentran las élites parlamentarias cuyo rol, aun y cuando es de trascendental importancia, no ha sido ejercido en debida forma, dejando en manos de la administración pública la mayor parte de dicha tarea (Ugalde, 1976).

La vulneración de toda clase de DDHH, puede ser generada en gran medida por la indiferencia y desinterés de ciertos actores dentro de las políticas públicas que requiere el país y cuyo origen puede ser de diversa índole. Estos actores, que se encuentra muy lejos de representar los intereses del pueblo, más bien, atienden a los intereses de los grupos que los ayudaron a llegar a ocupar los cargos que desempeñan. Igualmente, la escasa representación de los grupos más vulnerables en la toma de decisiones, quienes debido a su condición, les resulta más difícil influir en leyes o programas que atiendan su situación de vulnerabilidad, en cambio estos actores tienden a formular políticas de aquellos sectores más visibles o bien atender a aquellas cuestiones coyunturales que captan la atención de los medios de comunicación y respecto de los cuales suele existir mayor presión pública, lo que a su vez implica que no se diseñen políticas que atiendan problemas estructurales y que combatan de raíz los males que son el origen y causa de los demás (Ramírez, 2013).

El legislativo, prácticamente no ejerce el control que le corresponde, su actividad en la evaluación de la política es escasa y prácticamente no es utilizada para el rediseño de la política pública en aras de mejorarla y participar en el proceso. Derivado de lo anterior, existe una descoordinación y desconexión, así como falta de seguimiento del trabajo realizado por la élite parlamentaria y la implementación de la política, llevada a cabo por la Administración Pública, lo que redundan en su poca efectividad para el fin que fue diseñada (Ramírez, 2013). A pesar de que las políticas públicas, con las leyes son los principales instrumentos de dirección y administración de los gobiernos (Aguilar, 2015), existen una serie de problemas políticos y técnicos que llegan a materializarse en violaciones de DDHH.

La implementación de las políticas públicas en general y aquellas dirigidas a garantizar la efectividad de los derechos humanos específicamente de la salud, se encuentra ubicada en la administración pública. Lo abstracto de las normas jurídicas, e incluso de lo diseñado en las políticas públicas, al materializarse en el área de la salud, se observa una brecha que a pesar de la atención que aparentemente tiene el tema, no ha impedido que sea más profunda y en ella se encuentran vulnerados los derechos de la población.

El problema de la violación de DDHH se potencializa cuando el responsable de dichas violaciones es el Estado al transgredir sus propias normas, máxime cuando éste debe fungir como su garante de los derechos contenidos en la constitución y en los tratados

internacionales de los cuales es parte, tales como la vida, la salud, la educación, etc. (Maraniello, 2014).

El IMSS, como organismo, creado por el Estado, para brindar seguridad social a la población sujeta a una relación de trabajo, forma parte de la Administración Pública Descentralizada, y en virtud de ello, estos organismos tienen la característica de tener personalidad jurídica y patrimonio propios, no obstante, la autonomía de las entidades descentralizadas, estas se encuentran sometidas al control y vigilancia de la Administración Pública Central.

Aun y cuando los fines y objetivos del IMSS, están encaminados a velar por la salud e integridad de sus derechohabientes, y que existe una serie de normatividad nacional e internacional, principios y valores, planes nacionales y sectoriales de desarrollo, así como programas institucionales que los constriñe a prestar sus servicios en total cumplimiento a los principios constitucionales e internacionales en materia de derechos humanos, sigue existiendo evidencia de las violaciones al DHS.

Por ejemplo, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), es un organismo que tiene encomendada como función principal velar por que las instituciones del Estado garanticen a los gobernados un recurso efectivo cuando se cometen abusos y se reformen las políticas y prácticas que dan lugar a tales violaciones en sus derechos humanos. Dado que estas instituciones generalmente no lo hacen, a menudo la CNDH representa el único recurso que les queda a las víctimas que buscan obtener un resarcimiento por los abusos sufridos. La CNDH debería ser, también, el principal impulsor de los cambios que México requiere con urgencia para prevenir que se cometan violaciones de los derechos humanos en el futuro (CNDH, 2017).

El presupuesto de la CNDH de 2017, fue de 1,728 millones 566,039 pesos, de los cuales 1,262 millones 607,242 pesos (73%) se destinan a servicios personales y 338 millones 162,961 millones a gastos de operación. En el 2016, el monto aprobado fue de 1,598 millones 200,000 pesos. De acuerdo con un estudio comparativo, el gasto en México es mayor que el de las demás oficinas de ombudsman de América Latina y uno de los más grandes del mundo (Elizondo y Magaloni, 2010).

A pesar de los recursos destinados a la CNDH, este organismo autónomo, ha dejado más dudas que respuestas sobre su trabajo, siendo señalada por diversas organizaciones sociales y de expertos, que no existe congruencia entre el presupuesto destinado y los resultados obtenidos, es decir, es cara e ineficiente, y se preocupa más por atender su agenda política que la defensa de los DDHH. La entonces presidenta de la Comisión de DDHH del Congreso Local de Michoacán, Laura González Martínez, señaló que se van solventando las quejas emitidas por violaciones a DDHH, sin embargo, sistemáticamente, año con año, se siguen repitiendo numéricamente, lo que se traduce en la existencia de violaciones por parte de la autoridad, sin que haya una solución de fondo (Toribio, 2015).

La difícil situación de la violación del DHS, ha hecho que se busquen soluciones en otros ámbitos del poder del Estado, descartando al Legislativo y Ejecutivo, dado que la materialización del derecho a la salud, no ha dado los resultados esperados. Así las cosas, el interés por este tema ha enfatizado el rol de las cortes para frenar el poder de los gobiernos en beneficio de los derechos fundamentales del hombre. Los conflictos que originalmente eran resueltos por el Ejecutivo y el Legislativo, ahora con el creciente activismo de las cortes de justicia, son analizados por el Poder Judicial. Bajo este fenómeno, este Poder, conoce de las demandas individuales y sociales insatisfechas, que correspondían resolver al ejecutivo o legislativo, para hacerlas efectivas, en virtud de que estas contienen DDHH que deben ser garantizados por el Estado (Couso, 2004).

Sin embargo, judicializar el DHS, representa una consecuencia de la falta de su cumplimiento por parte del Estado, en ese sentido, es que a través de la presente investigación se pretende encontrar mecanismos que permitan identificar la problemática desde el momento mismo en que surge, y proponer estrategias tendientes a mejorar el cumplimiento de este derecho humano.

Tomando en cuenta lo expresado hasta este momento, se busca analizar la problemática del DHS en el Instituto Mexicano del Seguro Social, al ser una de las instituciones que registra el mayor número de quejas ante los Organismos Públicos de DDHH.

Dentro del IMSS, se toma como objeto de estudio el Hospital General Regional Número 1, ubicado en Charo, Michoacán (HGR No. 1), dadas sus características al brindar

consulta de especialidades, servicios de urgencias, hospitalización, servicios auxiliares de diagnóstico, así mismo, dada su denominación Regional y función concentradora atiende pacientes derivados de los hospitales generales de zona y subzona que cuentan con IMSS en el interior del Estado. Además, dada la complejidad de los padecimientos de los derechohabientes que hacen uso de los servicios de segundo nivel de atención del HGR No. 1, la violación a sus derechos humanos, puede generar consecuencias de mayor gravedad.

2. Preguntas de investigación

Derivado del planteamiento del problema se generan los siguientes cuestionamientos que servirán como directriz para llevar a cabo el presente estudio. Lo anterior, tomando en cuenta que las preguntas sirven para orientar hacia las respuestas que se buscan en la investigación (Hernández, 2008).

2.1 Pregunta general de la investigación

Desde de la percepción que tiene el personal de salud del HGR No. 1 y los derechohabientes que hacen uso de los servicios que presta este hospital, se considera importante conocer ¿De qué manera es valorado el DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?

2.1.1 Preguntas particulares de la investigación

Tomando como punto de partida la percepción del personal de salud y los derechohabientes, es importante contestar:

- a) ¿De qué manera es valorada la disponibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?
- b) ¿De qué manera es valorada la aceptabilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?
- c) ¿De qué manera es valorada la accesibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?
- d) ¿De qué manera es valorada la calidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?

3. Objetivos de investigación:

De acuerdo con Hernández (2008), la finalidad de los objetivos son señalar lo que se aspira en la investigación, por tanto, es importante que estos sean claros ya que servirán como guía

en el estudio a realizar. En el presente estudio se proponen los siguientes objetivos, general y particulares:

3.1 Objetivo general

Determinar de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran el DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.

3.1.1 Objetivos particulares

- a) Identificar de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran la disponibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.
- b) Exponer de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran la accesibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.
- c) Señalar de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran la aceptabilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.
- d) Determinar de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran la calidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.

4. Hipótesis:

En palabras de Kerlinger (2002), una hipótesis es “un enunciado conjetural de la relación entre dos o más variables” (pág. 23), “es una proposición tentativa acerca de la relación de dos o más fenómenos o variables” (pág. 14). Bajo este orden de ideas se formula las siguientes hipótesis, general y particulares:

4.1 Hipótesis general:

El personal de salud y los derechohabientes, en términos generales suelen tener una percepción positiva respecto del cumplimiento del DHS, sin embargo, al valorar los elementos de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, sus percepciones suelen tener una tendencia negativa, contrario a lo que pasa con los elementos de aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, cuya percepción tiende a ser positiva dentro del HGR No. 1, en el 2018.

4.1.1. Hipótesis particulares:

- a) El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar negativamente la disponibilidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018.
- b) Existe divergencia positiva negativa en la valoración que el personal de salud y los derechohabientes perciben respecto de la accesibilidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018.
- c) El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar positivamente la aceptabilidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018.
- d) El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar positivamente la calidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018.

5. Variables:

Las variables son elementos que, para el éxito de una investigación, deben estar debidamente identificadas. Las variables dependientes son útiles para mostrar el efecto resultante de una situación, cuando son intervenidas por las variables independientes. Es decir, revelan la causa y el efecto de las hipótesis. Lo anterior, permite analizar, interpretar y predecir cierto comportamiento. Las variables que serán objeto de estudio, son:

5.1 Variable dependiente:

Derecho humano a la salud, consistente en el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, cuya dimensión se encuentra constreñida a la protección a la salud, es decir, a las condiciones necesarias que aseguran la asistencia médica y de servicios médicos en caso de enfermedad (ONU, 1996).

5.2 Variables independientes:

- a) **Disponibilidad:** suficiencia de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud (CDESC, 2000).
- b) **Accesibilidad:** que los bienes y servicios públicos de salud estén al alcance de todos los sectores de la población y sean accesibles a todos sin discriminación (CDESC, 2000).

c) **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud, sean respetuosos de la ética médica sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, tendientes a mejorar el estado de salud de las personas (CDESC, 2000).

d) **Calidad:** Los contenidos y medios por los que se materializa el derecho a la salud además de ser aceptables deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Es decir, que el personal médico esté capacitado, que haya en existencia los medicamentos y el equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (CDESC, 2000).

6. Justificación de la investigación

Una de las preocupaciones más importantes de los últimos años para el gobierno mexicano, ha sido encontrar el camino indicado para transitar hacia una verdadera y efectiva protección de los derechos económicos, sociales y culturales, y en entre ellos, obviamente garantizar la observancia y respeto del derecho a la protección de la salud.

El debate, estudio y análisis del tema se encuentra principalmente en el terreno del Derecho Internacional, cuyos postulados y directrices han sido retomados por los Estados que han suscrito los convenios y/o pactos internacionales en materia de DDHH.

La influencia que el Derecho Internacional de los DDHH ha tenido en México, se ha visto reflejado de una manera más clara a través de las reformas al texto constitucional, en el año 2011. Sin embargo, el creciente número de quejas registradas ante los organismos públicos de protección a los DDHH, por violaciones al DHS, así como el fenómeno de la judicialización para reclamar al Estado que se garantice este derecho, son indicadores de que no se está dando cabal cumplimiento.

Ante este panorama, se considera necesario analizar la problemática dentro de su contexto, para estar en condiciones de aportar información que contribuya a mejorar el cumplimiento de este derecho, identificando los puntos clave que daban ser tomados en cuenta en el ciclo de las políticas públicas.

Apartado II. Marco Teórico

El marco teórico de toda investigación permite fundamentar el proceso de conocimiento, a través de la descripción de los diversos elementos teóricos que plantean los estudiosos del tema en cuestión (Méndez, 2001). Este permite visualizar el punto en donde se sitúa el planteamiento propuesto dentro del campo del conocimiento en el que se estará inmerso (Hernández, 2008).

El apartado consta de cuatro capítulos en los cuales se describe el marco teórico de los Derechos Humanos, con especial énfasis en el Derecho Humano a la Salud; de las políticas públicas, partiendo del análisis que hacen del tema destacados estudiosos de la materia, tanto los clásicos como los contemporáneos; del Sistema Nacional de Salud, en donde se entra al estudio, especialmente del IMSS y del HGR No. 1, al ser la unidad de estudio de la presente investigación; y finalmente, se contextualiza la situación del DHS en México y el Estado, para ello, se presenta evidencia empírica del tema de investigación, datos estadísticos emitidos por instituciones públicas, para concluir con una descripción las políticas públicas relacionadas con el DHS.

Capítulo 1. Los Derechos Humanos

Las políticas públicas con enfoque de derechos humanos, plantean un escenario en el que éstos deben ser considerados como guías en su diseño, implementación y evaluación. Visualizar así a los DDHH permite innovar en el campo de las políticas públicas, sobre todo, en las de corte social, como lo son las políticas públicas en la materia de salud.

Bajo ese orden de ideas y dada la destacada importancia del derecho a la salud como un derecho humano, en el presente capítulo se aborda su estudio analizando el concepto de los “derechos humanos”, seguido de sus antecedentes universales y en el país, así como su naturaleza, los principios rectores, las obligaciones por parte del Estado, para finalizar con el análisis del Derecho Humano a la Salud, tanto en ámbito internacional, como en el nacional.

1.1 Definición

Los derechos son “facultades otorgadas o reconocidas por las normas del derecho objetivo” (De Pina, 2008, p. 242), al ser producto del hombre se considera que todos los derechos son humanos (SCJN, 2016).

Sin embargo, el término “derechos humanos” es empleado para distinguir una especie diferente de derechos que son inherentes al hombre y “que, en cada momento histórico concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional” (Pérez, 2007, p. 17-18).

En ese sentido, los derechos humanos se pueden considerar como un conjunto de atribuciones las cuales son reconocidas en la norma nacional e internacional para lograr que se lleve a cabo la idea primordial de la dignidad de los individuos, trayendo como resultado que se pueda llevar la existencia humana desde las más variadas esferas, las cuales se aplican,

ante lo que es lo individual, social, político, cultural y económico (Carpizo, 2011). Es así que Truyol y Serra (1968), considera que son derechos “que el hombre posee por el hecho de ser hombre, por su propia naturaleza y dignidad; derechos que le son inherentes y que lejos de nacer de una concesión de la sociedad política, han de ser por ésta consagrados y garantizados” (p. 11).

Ferrajoli (2004), por su parte, señala que los derechos humanos están adscritos a las personas, de tal suerte que son indisponibles e inalienables y corresponden a prerrogativas no contingentes e inalterables de sus titulares y a otros tantos límites y vínculos insalvables para todos los poderes, públicos y privados.

Son pretensiones constitutivas de los bienes primarios socialmente reconocidos como elementos básicos de la dignidad humana. Esto es, el conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, que incluyen las características de indivisibilidad, integralidad e interdependencia (CDHDF, 2011).

En el preámbulo de la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH, 1981), se establece que “son derechos esenciales del hombre [que] no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana” (p. 3).

Por lo que ve a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, los pronunciamientos que ha sostenido al respecto van en el sentido de que “los derechos humanos constituyen los límites a los que debe sujetarse el ejercicio de poder del Estado, en aras de lograr un desarrollo social armónico” (SCJN, 2011), o de que son “en su definición más básica pretensiones jurídicas destinadas a establecer los límites que los representantes de los ciudadanos no pueden traspasar en el desarrollo de sus responsabilidades normativas” (Tesis P.XII/2011, IUS 161368).

Como puede advertirse existen un sin número de pronunciamientos doctrinales, normativos y jurisprudenciales en torno a lo que debe entenderse por derechos humanos, sin embargo, la mayoría coincide en que son prerrogativas inherentes al hombre, que son reconocidas por las normativas nacionales e internacionales y garantizadas por los Estados,

como garantías mínimas de una vida digna, que restringe a las autoridades y a los diferentes poderes, para su pleno ejercicio.

1.2 Antecedentes Universales

Es importante no pasar por alto que, tanto en el mundo como en México, los derechos humanos han evolucionado con el paso del tiempo motivados por limitar el poder tiránico de los gobernantes, por dignificar al ser humano y por el deseo inalcanzable de que sus derechos fundamentales sean debidamente reconocidos, respetados y garantizados por el Estado. En atención a ello, es importante dar a conocer los antecedentes de mayor trascendencia en la historia de los DDHH.

1.2.1 Antecedentes en Inglaterra.

1.2.1.1 La Carta Magna de 1215.

En Inglaterra se encuentra el origen de uno de los documentos con mayor trascendencia en la historia de los DDHH: la Carta Magna de 1215, que fue elaborada en respuesta a un reinado tiránico que para financiar sus guerras había recaudado dinero haciendo uso de la fuerza, elevando los impuestos y confiscando propiedades. Dicho documento, fue presentado por los barones obligando al Rey Juan a respetar sus derechos y privilegios. Sin más alternativa, el Rey firmó la Carta Magna, lo que tuvo lugar en la colina de Runnymede, en una breve ceremonia el 15 de junio de 1215 (Evangelista, 2015).

Originalmente conocida como “*Carta Libertatum*” o “*Carta Baronum*”, tiene importancia histórica al representar la lucha contra el poder arbitrario del Rey, y es a través de este documento que se le pone límites al mismo, pero además en ella se puede apreciar como emerge la diversificación de la voluntad política de carácter constituyente, pues se da lugar a la pluralización del titular del poder constituyente (Evangelista, 2015).

1.2.1.2 La petición de derechos de 1627.

Al igual que la Carta Magna de 1215, la Petición de los derechos de 1627, es otro documento de gran trascendencia en materia de DDHH, al constituir límites al abuso del

poder absoluto de la nobleza inglesa. Bajo el reinado de Carlos I y prácticamente obligado por las circunstancias, ante un Parlamento fortalecido, en este documento se confirman y ratificaban los derechos contenidos en la Carta Magna y se conceden nuevas prerrogativas. El Rey quedó obligado en virtud de dicha petición a: no levantar impuestos sin el consentimiento de las asambleas; a no constituir prisiones sino por autoridad de la ley; a no someter jamás a su pueblo a la jurisdicción de las cortes marciales; a no obligar a los habitantes a alojar en sus moradas a marinos o soldados (Del Valle, 1911).

1.2.1.3 La Ley de *Hábeas Corpus* de 1679.

Prácticamente 50 años más tarde, aparece un nuevo conjunto de disposiciones encaminadas a proteger los derechos de súbditos ingleses. Se trata del documento denominado como *Ley del Hábeas Corpus*. *The writ of habeas corpus* fue ante todo un procedimiento del derecho común inglés, que tenía como finalidad garantizar la libertad contra las detenciones y represiones arbitrarias.

1.2.1.4 *The bill of rights* de 1689.

La Declaración de los Derechos o *the bill of rights*, fue promulgada en diciembre de 1689 con el triunfo de la Gloriosa Revolución, en ella se declaran los derechos y libertades del súbdito y la sucesión de la Corona de María II y Guillermo de Orange, en 1688. Al igual que las anteriores declaraciones, *the bill of rights*, representa la lucha de los ingleses frente al poder absolutista del monarca Jaime II. En dicha declaración se reiteran las libertades ya contenidas en la Carta Magna de 1215, sin embargo, la más importante aportación fue el hecho de que dichas libertades ya no son concebidas como estamentales o propias del derecho privado, sino que ahora son parte del derecho público (Soberanes, 2009; Lara, 1993).

1.2.2 Antecedentes de América.

1.2.2.1 La Declaración de Derechos de Virginia de 1776.

La Declaración de Derechos de Virginia, constituyó un modelo para el resto de los estados de la Unión Americana y para el propio constituyente federal que tuvo lugar tres semanas después (Lara, 1993). Su influencia puede verse tanto en las enmiendas de la

Constitución norteamericana, como en las Cartas de derechos adoptadas por los demás estados. El artículo primero de este importante documento, destacó por su contenido al establecer:

Que todos los hombres son por naturaleza igualmente libres e independientes y tienen ciertos derechos innatos, de los que, cuando entran en estado de sociedad, no pueden privar o desposeer a su posteridad por ningún pacto, a saber: el goce de la vida y de la libertad, con los medios de adquirir y poseer la propiedad y de buscar y obtener la felicidad y la seguridad. (Soberanes, 2009, p. 205)

De igual forma el artículo tercero declara que

... el gobierno es instituido [...] para el común provecho, protección y seguridad del pueblo, nación o comunidad: que de todas las formas y modos de gobierno, es el mejor, el más capaz de producir el mayor grado de felicidad y seguridad, y el que está más eficazmente asegurado contra el peligro de un mal Gobierno... en tanto que el artículo quinto, establece “Que los Poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial del Estado, deben estar separados...” (Soberanes, 2009, p. 206)

En el primero de los artículos se puede observar la influencia de la doctrina iusnaturalista racionalista al reconocer derechos naturales que son inalienables, imprescriptibles e inherentes al hombre, como lo son la libertad, la igualdad, la propiedad, la seguridad y la búsqueda de la felicidad (Lara, 1993). Los otros dos artículos dejan al descubierto la lucha por abatir los gobiernos absolutistas que abusan de su poder en perjuicio del pueblo, por lo que con la separación de poderes se pretende crear pesos y contrapesos que permitan el debido ejercicio del poder.

1.2.3 Antecedentes de Francia. La Declaración de los Derechos del Hombre y del ciudadano de 1789.

En Francia tiene lugar otro de los antecedentes más importantes en materia de derechos humanos. El contexto crítico en lo económico, político y social que atravesaba

Francia en aquella época, dio lugar a la Revolución Francesa de 1789, y con ella la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. Este documento consta de diecisiete numerales, aprobado por la Asamblea francesa el 26 de agosto de ese año, en él resalta el cambio político requerido que permitió a la sociedad francesa pasar de la opresión y las limitaciones, a un modelo liberal, mucho más benéfico para el pueblo.

Inspirada por el pensamiento de Juan Jacobo Rousseau, esta declaración contiene los derechos del hombre en cuanto individuo frente al Estado y los derechos del ciudadano, que son prerrogativas otorgadas como miembro de una sociedad política. Los principios rectores de esta declaración fueron la libertad e igualdad, sin más distinción que el bien común. Esta declaración se caracteriza por proclamar derechos naturales anteriores a la creación del Estado y que constituyen su fin, además de ser redactados en sentido negativo dándoles un valor absoluto (Lara, 1993).

Además, contiene los derechos de libertad, de hacer todo lo que no perjudique a otros; de propiedad, considerada como inviolable y sagrado; de igualdad de todos frente a la ley; de seguridad o debido proceso; libertades de conciencia y expresión; el principio del consentimiento de impuesto; los derechos de representación y de resistencia a la opresión en aquellos casos en que los derechos del hombre hayan sido violados. Aunque la Declaración francesa reproduce en gran parte los derechos proclamados en la Constitución de Virginia, es innegable reconocer su universalidad (Lara, 1993).

Así pues, consideradas por Lara (1993) como las primeras manifestaciones que trataban de un sinnúmero de reclamos que versaban sobre las relaciones que el individuo instituye con los poderes públicos, tales como: la igualdad, libertad, seguridad jurídica, propiedad, así como lograr la armonía y felicidad de la sociedad.

1.3 Antecedentes de los derechos humanos en México

En cuanto a México se refiere, se encuentran también algunos antecedentes relevantes que dieron cabida a los derechos humanos. En ese sentido, los Sentimientos de la Nación, escritos por el generalísimo José María Morelos y Pavón en 1813, plasmaban los derechos

humanos de igualdad, seguridad, propiedad y libertad. Los veintitrés puntos que recoge este documento, fueron inspiración para las Constituciones posteriores (Solís, 2012).

Una vez proclamada la independencia de México, tiene lugar la Constitución de 1824, mediante la cual se adoptaba la forma de república federal. Sin embargo, no estuvo en vigencia debido a que atentaba en contra de los intereses españoles que seguían dominando el país. La Constitución de Apatzingán establecía los derechos humanos de igualdad, seguridad, propiedad y libertad, la religión católica como única reconocida en el país, así como la división de poderes (Solís, 2012).

La Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1857, que estuvo en vigor hasta 1917, establecía el mantenimiento del federalismo, la abolición de la esclavitud, las libertades de trabajo, de propiedad, de expresión de ideas, de imprenta, de asociación, de petición y de comercio. Asimismo, establecía el derecho al voto de todos los mexicanos varones que hubieran cumplido dieciocho años si eran casados, y veintiuno si no lo eran (Solís, 2012).

1.3.1 La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917

La nueva Constitución promulgada en 1917, por el entonces Presidente de la República Venustiano Carranza, incluía en gran parte los ordenamientos de la Constitución de 1857, especialmente lo relativo a los derechos humanos sobre derechos políticos y civiles, y adicionalmente contempló una serie de derechos sociales. Entre las cuestiones que destacan en esta Constitución son el artículo 3º que establece que la educación sea obligatoria, laica y gratuita. El artículo 27, sobre la repartición de tierra, los ejidos y tierra comunal; el artículo 123, sobre el derecho al trabajo y las garantías hacia sus trabajadores así como el derecho de estar asegurado y protegido económicamente en la vejez, entre otros derechos (Solís, 2012).

La Constitución de 1917, sigue rigiendo el país hoy en día, sin embargo ha sido objeto de múltiples reformas entre las más significativas modificaciones se encuentra la de fecha 10 de junio del año 2011 y en la que se realizaron cambios trascendentales para su adecuada implementación, en virtud de la cual se inserta la obligación de todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos

humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, contenidos tanto en el cuerpo del máximo ordenamiento legal, como en los citados instrumentos internacionales en materia de DDHH, que México ha reconocido mediante su firma y ratificación. Consecuentemente, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Entre las reformas antes aludidas se puede apreciar la inclusión de los Derechos Humanos en lugar de Garantías Individuales. En lo relativo a la educación que el propio Estado imparte a la sociedad, la cual deberá tener como fin el respeto a los derechos humanos; se otorga el derecho de asilo para aquellas personas que se encuentren perseguidas por cuestiones políticas así mismo, se reconoce el derecho de refugio que gozará toda persona que cuya razón sea de carácter humanitario; otra adaptación del mismo 10 de junio del 2011 a nuestra Carta Magna, se manifiesta en el artículo 18 donde se establece que en las cárceles se deberán respetar los Derechos Humanos, puesto que el individuo que se encuentre privado de su libertad no justifica la violación de los mismos. Así pues, se puede observar que dentro de los 29 artículos se localizan estas adecuaciones que favorecen los derechos inherentes del individuo (Carbonell, 2011).

1.4 Naturaleza de los derechos humanos

La naturaleza y fundamento de los derechos humanos ha oscilado tradicionalmente entre dos enfoques clásicos. El enfoque iusnaturalista, refiere que los derechos humanos solo son reconocidos y garantizados de algún modo por el Estado y el enfoque iuspositivista señala que el Estado por medio de su ordenamiento jurídico es el encargado de otorgar los DDHH (Carpizo, 2011).

Los principios de la teoría iusnaturalista sostienen que la fundamentación de los derechos humanos es previa a su positivización, y descansa en la propia naturaleza humana (Beuchot y Saldaña, 2000). El derecho natural considera que el ser humano simplemente por existir, es considerado como persona y esta investido tanto de derechos como de

obligaciones, esto es, que el Estado debe realizar el reconocimiento de estos derechos humanos, así como de garantizarlos (Carpizo, 2011).

Por su parte, la teoría positivista del derecho estipula que en el orden jurídico es en el que recae el poder conceder la calidad de persona al ser humano (Carpizo, 2011); consiste en fundamentar esos derechos en la sola positivización de los mismos, es decir, en el propio acto normativo, por lo que, al formar parte del *corpus* jurídico del Estado, tendrán la fuerza coercitiva para ser cumplidos y respetados (Beuchot y Saldaña, 2000).

1.4.1 Iusnaturalismo

El iusnaturalismo se basa en la naturaleza humana, la problemática que encierra es que, al parecer de muchos pensadores, los derechos naturales no son derechos en tanto no se positivizan. Los derechos naturales no cuentan con una instancia coercitiva que los haga valer, salvo cuestiones de tipo moral como buena conciencia y voluntad de los seres humanos, lo que sin lugar a dudas es difícil de conseguir. Dentro del iusnaturalismo, existen varios enfoques o corrientes que explican la teoría, sin embargo, el iusnaturalismo análogo-icónico, es considerado, por Bobbio, como un iusnaturalismo moderado que integra los beneficios de los elementos del iuspositivismo, también moderado, al intentar positivizar la mayor cantidad de DDHH posible. Esta rama del iusnaturalismo, ve el derecho natural como un conjunto de principios y normas de tipo ético y moral, es decir, en un sentido moral o directivo con capacidad de aludir a la razón y a la conciencia de los hombres (Beuchot y Saldaña, 2000).

Cercano a la visión de los principios del iusnaturalismo analógico, se encuentran los derechos morales (*moral rights*) de autores de la filosofía analítica como Ronald Dworkin, Eusebio Fernández y Carlos Santiago Nino, para quienes dichos derechos son independientes de su positivación, aunque lo estén, e incluso consideran que tienen más fuerza moral que coercitiva (Beuchot y Saldaña, 2000).

Por su parte, Hervada (1988), uno de los más importantes referentes del derecho natural moderno, al referirse al arte del derecho, entendido como dar a cada uno lo suyo; y la virtud de la justicia, entendida como la disposición de la voluntad de dar a cada uno lo suyo,

señala que un acto de justicia solo podrá ejercerse donde los sujetos tengan cosas suyas. De lo que se advierte que la justicia sigue al derecho. De acuerdo con el autor en cita, la justicia no tiene otra medida que la dignidad del hombre, es decir, la condición de persona en la que se fundamenta todo derecho posible, de ahí que ante la balanza de la justicia todos los hombres son iguales y por tanto la primera de las injusticias sea la discriminación. En ese sentido el fundamento de todo derecho, y por tanto de la justicia estriba en el hecho de que el hombre es persona, en otras palabras, el fundamento del derecho es la ontología de persona humana.

La esencia del hombre es la propia naturaleza humana, por tanto, no puede estar sujeta a cambio histórico, y al respecto se basa en tres principios: a) la historia no afecta al fundamento de los derechos naturales; b) la historia no afecta la titularidad de los derechos naturales, pues esta es inherente a la naturaleza humana; y c) en mayor grado puede afectar la condición histórica a la medida de los derechos naturales (Hervada, 1998, p. 104).

Ahora bien, la relación que existe entre lo justo natural y lo justo positivo, se explica a través de tres principios: a) todo derecho positivo deriva de un derecho natural; b) la medida positiva que sea insuficiente respecto de un derecho natural, puede crear un derecho positivo con toda su fuerza pero no anula la razón de insuficiencia y por tanto, deja vivas las posibilidades y vías de ajusticiamiento; y c) las medidas que vayan en contra de un derecho natural, no dan vida a un verdadero derecho, y por tanto carecen de validez. Si lo establecido positivamente es injusto, no es por definición derecho, pues derecho equivale a lo justo. Un gobernante es injusto si lesiona los derechos naturales y su acción por tanto es antijurídica (Hervada, 1998).

Bajo ese mismo orden de ideas, Carpizo (2011) considera relevante señalar que la base de los derechos humanos se encuentra en la dignidad de la persona, a la que se refiere como la libertad para decidir, la cual no se basa en un individualismo, sino más bien reconoce el valor de la comunidad; y añade que nadie puede reprimir a su semejante el goce de ellos. El individuo solo puede lograr su cometido en una sociedad y su fin es velar por los intereses de las personas, permitiendo así que cada individuo viva como persona, en otras palabras, con dignidad humana. La base y esencia de los derechos humanos se encuentra plasmada en

la noción de la dignidad del hombre, ya que se considera a esta como un principio básico que se va a resumir en derechos humanos y que ninguna ley debe omitir, y en consecuencia hay que protegerla y defenderla.

Por su parte, Beuchot y Saldaña (2000) refieren que al ser humano le son imputados un conglomerado de bienes por el simple hecho de serlo, y que estos bienes son mejor conocidos como ddhh, estos últimos se encuentran plasmado de forma natural en el propio individuo, esto es, algo que le pertenece por naturaleza, admitir un enfoque diferente sería aceptar que los ddhh no se tienen, sino más bien, que estos se deben ganar o conquistar como derechos en donde el hombre los desea al no contar con ellos. Para un entendimiento claro de los derechos humanos, se debe tener como concepto clave la naturaleza humana o dignidad de la persona. Existen algunos aspectos dentro de la mencionada naturaleza humana como de la dignidad que le pertenecen al individuo por el solo hecho de serlo y que le han sido adeudados en virtud de su propia naturaleza, estos son los derechos humanos.

1.4.2 Iuspositivismo

La sencillez y firmeza del planteamiento del positivismo jurídico ha ganado muchos seguidores, quienes consideran que no hay DDHH en tanto no estén contenidos en las constituciones de los países o reconocida en tratados internacionales firmados y ratificados por los mismos.

De acuerdo con Norberto Bobbio (1991), la fundamentación filosófica de los DDHH, es un problema que ha sido resuelto satisfactoriamente mediante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobado por 48 países miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, pues en sus palabras, “representa la manifestación de la única prueba por la que un sistema de valores puede ser considerado humanamente fundado y, por tanto, reconocido: esta prueba es el consenso general acerca de su validez” (p. 64). De tal suerte que, si con el paso del tiempo se iban descubriendo otros DDHH, solo bastaría con la incorporación de los mismos a esas legislaciones.

De acuerdo a Beuchot y Saldaña (2000), el problema del iuspositivismo, es que está en manos del positivador, por tanto, puede estar al servicio de un individuo o un grupo. Los

DDHH pueden positivarse o despositivarse a consideración o capricho de quien tenga en poder para hacerlo, sin que se pudiera oponérsele recurso alguno. Señalan los autores que cuando países enteros han violado DDHH, no existe fuerza autorizada para detenerlos, bajo el argumento de que no están obligados a hacerlo. En ese orden de ideas, señalan los autores de acuerdo con Bobbio, que frente a la falla de quedar inermes ante quien cancela o despositiva los DDHH, es que se impulsan otras alternativas como el iusnaturalismo.

1.5 Principios rectores de los derechos humanos

La incorporación de los derechos humanos a la Constitución General de la República, derivada de las reformas del 10 junio de 2011, que generó una serie de consecuencias tanto para los Poderes de la Unión: Ejecutivo, Legislativo y Judicial, como para los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, en virtud de que se reconoce el vasto cuerpo jurídico de orden internacional, se concibe una nueva forma en que se relacionan el Estado por un lado y el individuo y la colectividad por el otro, orientada a ampliar el ámbito de su protección, pero además, en el párrafo tercero del artículo primero constitucional se establece la obligación de todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, de: “...promover respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad...” (Vázquez y Serrano, 2011).

1.5.1 El principio de universalidad

La universalidad de los derechos humanos tiene su origen en la veta liberal conformada por los derechos naturales, el contractualismo y el liberalismo político. Así mismo, va de la mano del valor de la igualdad. Paralelamente al nacimiento de los DDHH como derechos naturales, se deja atrás la idea de una comunidad política jerárquica y orgánicamente organizada, y da paso a la idea de una sociedad política individualista, el proceso político que arroja esta nueva ideología es el cambio del súbdito al ciudadano (Serrano y Vázquez, 2014).

La teoría jurídica afirma que los derechos humanos son derechos subjetivos, en ese sentido, Ferrajoli (2004) los define los como:

Derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar; entendiendo por derecho subjetivo, cualquier expectativa subjetiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica; y por status la condición de sujeto, prevista asimismo por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas. (p. 37)

De lo anterior, se puede apreciar que el carácter universal de los DDHH, implica que todos los seres de la especie humana sin importar su sexo, edad, raza, lugar de residencia, nacionalidad, religión, situación económica o cualquier otra condición semejante, gozan de ellos (Ferrajoli, 2004), lo anterior es así, en virtud de que es su calidad de personas la que los hace sujetos activos de dichos derechos (SCJN, 2016).

Ahora bien, siguiendo a Ferrajoli (2006), se cae en la cuenta de que existen un sin número de derechos subjetivos, sin embargo, no todos califican como derechos humanos, van a tener esta calidad “aquellos derechos universales y, por ello, indispensables e inalienables, que resultan atribuidos directamente por las normas jurídicas a todos en cuanto personas, ciudadanos capaces de obrar” (p. 30).

La principal operación conceptual de la universalidad consiste en distinguir los derechos fundamentales de los que no lo son, la cual proviene de la carga de legitimidad política del derecho en cuestión, a partir de los criterios de razonabilidad que los sustentan como pretensiones constitutivas de los bienes primarios socialmente reconocidos como elementos básicos de la dignidad humana, es decir, los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales (Serrano y Vázquez, 2014; p.36).

La universalidad de los DDHH se encuentra íntimamente relacionada con la esencia jurídica natural y moral de estos derechos, de ahí que estos se mantendrían con total independencia de que se reconozcan en el sistema positivo local de cualquier Estado (Serrano y Vázquez, 2014; p.36).

La universalidad permite la ampliación de los titulares de los derechos y de las circunstancias protegidas por esos derechos. Los criterios de interpretación y aplicación deben apegarse a lo que constriñe este principio para que proteja a la mayor cantidad de titulares de derechos. Los derechos humanos deben responder y adecuarse a las demandas y no al contrario, por lo que debe dirigirse tanto a las personas a quienes directamente se busca proteger como a las más desprotegidas.

1.5.2 El principio de Interdependencia

Los ddhh hacen referencia a ciertos bienes básicos relativos a la dignidad humana, estos elementos deben considerarse de manera conjunta y no aisladamente. Bajo este principio, se considera que los ddhh se encuentran relacionados entre sí, y la ausencia o afectación de alguno de ellos tiene implicaciones en el resto (SCJN, 2016).

Los derechos humanos son interdependientes al establecerse entre ellos relaciones recíprocas. De acuerdo con la interdependencia, el disfrute de un derecho o un grupo de derechos dependen para su existencia de la realización de otro y otros derechos, de tal suerte que el respeto, garantía, protección y promoción de uno de los derechos incidirá en el otro u otros, y viceversa (Serrano y Vázquez, 2014; p. 51).

1.5.3 El principio de Indivisibilidad

Después que la comunidad internacional aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, los Estados se dividieron en dos grandes bloques que sostenían ideas diferentes respecto a la naturaleza y jerarquía de los DDHH. Mientras el mundo occidental argumentaba que los derechos civiles y políticos tenían prioridad y que los económicos y sociales eran meras aspiraciones, el bloque oriental afirmaba que el derecho a la alimentación, la salud y la educación eran de vital importancia, y los derechos civiles y políticos, secundarios. De ahí que en 1966 se crearan dos tratados distintos: Por un lado, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y por el otro, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) (OMS, 2015; Vázquez y Serrano, 2011), sin embargo, en el preámbulo de ambos pactos se estableció: “no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se

creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos”. En ambas declaraciones quedan plasmados los principios de interdependencia e indivisibilidad de los DDHH en un documento obligatorio (Vázquez y Serrano, 2011).

Dos años más tarde, en el párrafo décimo tercero de la Proclamación de Teherán, adoptada en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, se declaró que: “Como los derechos humanos y las libertades fundamentales son indivisibles, la realización de los derechos civiles y políticos sin el goce de los derechos económicos, sociales y culturales resulta imposible...” (ONU, 1968). En dicho documento oficial se utiliza por primera vez el término *indivisible* dejando en claro la unidad de los DDHH (Vázquez y Serrano, 2011).

Mediante resolución 32/130 de la Asamblea General de la Naciones Unidas, de diciembre de 1977, se institucionalizó el uso de los principios de interdependencia e indivisibilidad, al quedar plasmado en el punto 1, inciso a), que a la letra dice:

a) Todos los derechos humanos y libertades fundamentales son indivisibles e interdependientes; deberá prestarse la misma atención y urgente consideración a la aplicación, la promoción y la protección tanto de los derechos civiles y políticos como de los derechos económicos, sociales y culturales... (ONU, 1977)

El 4 de diciembre de 1986, mediante resolución 41/128 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, relativa a la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, estableció en el preámbulo de dicho documento que:

... considerando que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales son indivisibles e interdependientes y que, a fin de fomentar el desarrollo, debería examinarse con la misma atención y urgencia la aplicación, promoción y protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y que, en consecuencia, la promoción, el respeto y el disfrute de ciertos derechos humanos y libertades fundamentales no pueden justificar la denegación de otros derechos humanos y libertades fundamentales. (ONU, 1986)

En el mismo sentido, la Declaración y Programa de Acción de Viena (ONU, 1993), hace referencia a estos principios señalando que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. Por esta razón, la comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

El principio de indivisibilidad se basa en una visión holística de los derechos humanos, en virtud de la cual todos se encuentran unidos, ya no por razones de dependencia explícita, directa y causal, sino por que se tratan de una sola construcción. De acuerdo a este principio, la realización de los DDHH solo se alcanza mediante el cumplimiento conjunto de todos ellos (Serrano y Vázquez, 2014; p. 52).

Los principios de interdependencia e indivisibilidad se encuentran íntimamente relacionados, de tal suerte que los documentos antes citados hacen referencia a ellos de manera conjunta, como si se tratase de una unidad, sin embargo, con el fin de aclarar el contenido de cada uno de estos principios y con ello diferenciarlos entre sí, se considera que los DDHH son interdependientes en virtud de que establecen relaciones recíprocas entre sí, y son indivisibles en tanto que los derechos humanos no deben ser considerados o tomados de manera aislada o separada, sino como una unidad o conjunto (Vázquez y Serrano, 2011), es decir “constituyen elementos de un todo que no admite separación” (SCJN, 2016, p. 40).

1.5.4 Principio de Progresividad

El principio de progresividad tiene que ver con el avance o mejoramiento de todas las cuestiones relacionadas a los DDHH, de tal suerte que una vez alcanzado un determinado estándar no es permisible su retroceso (SCJN, 2016). En ese sentido, en la tesis IV.2o.A.15 K (10a.), se señala que los derechos fundamentales, de manera individual o conjunta, están relacionados con el contexto de necesidades pasadas y actuales, pues debido a las nuevas condiciones sociales se determinan las necesidades y vigencia de otras prerrogativas que

deben ser reconocidas a favor de los individuos, a ello se refiere el principio de progresividad (SCJN, 2016).

La progresividad, por tanto, debe entenderse en el sentido de la posibilidad de los Estados de ir avanzando de manera gradual y constante hacia la realización plena de los DDHH, todo ello, en función de los recursos materiales de que dispongan (Serrano, 2013).

Existen otros principios cuya importancia se traslada al ámbito interpretativo del texto constitucional: el principio de “interpretación conforme”; y el principio “pro persona” (SCJN, 2016).

1.5.5 Principio de interpretación conforme

De acuerdo a lo establecido en el segundo párrafo del artículo 1º Constitucional se establece que las normas relativas a los DDHH se interpretarán de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales de la materia (CPEUM, 2017). Ello significa que al determinar el significado de una norma referente a los DDHH debe observarse los principios y postulados contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la tratados internacionales que reconozcan tales derechos de los que el Estado Mexicano sea parte, siempre que la interpretación que se elija esté en armonía con los citados ordenamientos legales (SCJN, 2016).

1.5.6 Principio pro persona

Establecido en el artículo 1º, segundo párrafo Constitucional, la interpretación de las normas referentes a los DDHH debe realizarse siempre “favoreciendo a la persona la protección más amplia”.

La inclusión en el texto constitucional del principio pro persona o *pro homine*, tiene como criterio rector el de mayor beneficio o protección para el ser humano. Esta directriz hermenéutica consiste en ponderar los derechos humanos a favor del hombre, por lo que debe acudir a la norma más amplia o a la interpretación más extensiva cuando se trate de derechos protegidos y a la inversa, a la norma e interpretación más restringida cuando se trata de poner límites para su ejercicio (SCJN, 2016).

La SCJN, ha distinguido dos variantes del principio pro persona: 1) La preferencia interpretativa, en la que se debe acudir a la interpretación que garantice de mejor manera y confiera una protección más amplia al gobernado; y 2) la preferencia normativa, que constriñe ante la presencia de multiplicidad de normas, a la aplicación de la más benéfica para la persona, por lo que debe optarse por la que resulte más eficaz para proteger los DDHH (SCJN, 2016).

1.6 Principios básicos de aplicación de los Derechos Humanos

Los principios de aplicación de los DDHH, gozan de una doble naturaleza: como principios y como obligaciones, en virtud de ello, su aplicación es transversal a todas las obligaciones generales. Los organismos nacionales e internacionales dedicados al estudio y aplicación de los derechos económicos y sociales han sido quienes han desarrollado estos principios a fin de establecer políticas públicas con perspectiva de DDHH, con el objetivo de que se cumplan los contenidos de estos derechos (Serrano y Vázquez, 2014).

Existen cuatro principios básicos de aplicación: que son el de identificación del contenido esencial (o núcleo del derecho), la progresividad, la prohibición de regresión, y el máximo uso de recursos disponibles, mismos que se abordaran por separado en las siguientes líneas.

1.6.1 Principio de identificación del contenido esencial.

El Comité de los Derechos Humanos y el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, iniciaron con la identificación de ciertos elementos esenciales y aspectos obligacionales de los derechos. Este principio supone el establecimiento de elementos mínimos que el Estado tiene el deber de proveer de manera inmediata a cualquier persona, sin que medien contra argumentaciones fácticas de imposibilidad por motivos de escasez de recursos u otras cuestiones. La identificación de contenidos esenciales de los derechos permite establecer rutas de acción de los Estados, pero especialmente, establece los límites a las restricciones posibles. Es decir, estas obligaciones mínimas existen con independencia de los recursos con los que cuente el Estado (Serrano y Vázquez, 2014).

1.6.2 Principio de progresividad.

El principio de progresividad fue consagrado ha sido consagrado dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en su numeral 2.1 en que prevé que cada uno de los Estados Partes se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

La progresividad implica gradualidad y progreso, es decir, La primera se refiere a que la efectividad de los derechos no se logra de una vez y para siempre, sino que se trata de un proceso en el que se planteen metas a corto, mediano y largo plazos, mientras que el progreso evidencia que el disfrute de los derechos siempre puede mejorar, la progresión de los derechos se encuentra en las manos de los Estados (Serrano y Vázquez, 2014).

1.6.3 Principio de no regresión.

El principio de no regresión implica que una vez logrado un avance en el disfrute de los derechos, el Estado no puede disminuir el nivel alcanzado, salvo en ciertas circunstancias. Este principio tiene observancia tanto en las leyes, las políticas públicas, decisiones judiciales, entre otras más de la actividad que afecte derechos (Serrano y Vázquez, 2014).

El CDESC (2007), emitió una declaración en la que señala que cuando un Estado argumente una medida regresiva partiendo de la existencia de recursos limitados, en caso de ser sometido a su conocimiento se debe analizar si la medida es violatoria de los DDHH, tomando en cuenta: El nivel de desarrollo del Estado en cuestión; la severidad de la supuesta violación, particularmente respecto de la situación del disfrute del contenido esencial de los derechos considerados en el pacto; la situación económica en la que se encuentra el Estado parte, especialmente si atraviesa por un periodo de recesión económica; La existencia de otras reclamaciones contra el Estado parte sobre recursos limitados; si el Estado parte había buscado identificar otras opciones de menor costo; si el Estado parte había buscado la cooperación y asistencia internacional o ha rechazado ofertas del recursos de la comunidad internacional para aplicar las provisiones necesarias del pacto sin que haya razón suficiente.

1.6.4 Principio del máximo uso de recursos disponibles.

Este principio supone revisar que el Estado haga efectivamente el uso del máximo de los recursos que tiene a su disposición. No solo comprende recursos económicos, sino también, tecnológicos, institucionales y humanos (Serrano y Vázquez, 2014; p. 117). El CDESC (2007), a partir del Protocolo facultativo del PIDESC, emitió una declaración sobre la evaluación de la obligatoriedad de tomar medidas hasta por el “máximo de los recursos de que disponga”. En esta declaración se aclara que los Estados deberán “adoptar medidas deliberadas, concretas y debidamente orientadas, dentro de un plazo razonablemente” dichas medidas incluirían "todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas". Además de la legislación, el Comité entiende que las palabras "medios apropiados" incluyen ofrecer recursos judiciales y de otro tipo, cuando corresponda, y adoptar medidas "de carácter administrativo, financiero, educacional y social".

La “disponibilidad de recursos”, aunque condiciona la obligación de adoptar medidas, no modifica el carácter inmediato de la obligación, de la misma forma que el hecho de que los recursos sean limitados no constituye en sí mismo una justificación para no adoptar medidas. Aunque se demuestre que los recursos disponibles son insuficientes sigue en pie la obligación del Estado parte de velar por el disfrute más amplio posible de los derechos económicos, sociales y culturales, habida cuenta de las circunstancias reinantes.

El compromiso de todo Estado Parte de utilizar “hasta el máximo” de los recursos de que dispone para lograr la plena efectividad de las disposiciones del Pacto le da derecho a recibir los recursos que ofrezca la comunidad internacional. A este respecto, las palabras “hasta el máximo de los recursos de que disponga” se refieren tanto a los recursos existentes dentro de un Estado como a los que puede poner a su disposición la comunidad internacional por conducto de la cooperación y asistencia internacionales.

En cuanto a las obligaciones mínimas de los Estados Partes en relación con cada uno de los derechos del Pacto, en la observación General No. 3 se señala que, para que un Estado parte pueda atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas a una falta de recursos disponibles, debe demostrar que ha realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar todos los recursos que están a su disposición en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas.

1.7 Los subderechos

Hoy en día, la aplicación y protección nacional de los DDHH requiere de cierto grado de certidumbre respecto de los estándares exigibles sobre cada derecho que aún no son cumplidos. Aunado a ello, se encuentran las razones presupuestales, de programas de gobierno y de lo políticamente posible, debido al arreglo institucional entre las diferentes fuerzas políticas de un país (Serrano y Vázquez, 2014; p. 60).

Si bien es cierto existe una indeterminación en el contenido de los DDHH, esto no implica forzosamente la imposibilidad de aplicación jurisdiccional, de políticas públicas, armonización legislativa, entre otros. Se requiere de una estrategia de construcción del derecho sustentada en la aplicación de los principios y obligaciones a casos u objetivo específicos, en los contextos sistemáticos de opresión. En ese sentido, en materia de DDHH, las obligaciones son el mapa que permite identificar las conductas exigibles tanto en casos particulares, como respecto a la adopción de medidas y legislación (Serrano y Vázquez, 2014; p.61).

Serrano y Vazquez (2014) para sistematizar el contenido obligacional de los DDHH, proponen pensar las obligaciones en cuatro categorías:

- a) Obligaciones generales: respetar, proteger, garantizar y promover.
- b) Elementos institucionales: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.
- c) Principios de aplicación: contenido esencial, progresividad, prohibición de regresión y máximo uso de recursos disponibles.
- d) Deberes de verdad-investigación, justicia y reparación (p. 62).

Previo a conocer las obligaciones generales es importante desagregar los derechos en subderechos, lo que facilita la movilidad de su conceptualización a su implementación. En ese sentido, los subderechos son factores integrantes de cada uno de los derechos, algunos

desarrollados en los tratados internacionales y otros, como producto del desarrollo del *corpus iuris* (Serrano y Vázquez, 2014; p.63).

Dentro del DHS, entre otros subderechos, se encuentran la salud sexual y reproductiva, los derechos a la salud de las personas con discapacidad mental, el acceso a medicamentos, el acceso a servicios de salud, el derecho a los determinantes del derecho a la salud (CoDESC, 2000). En atención a lo anterior, la desagregación de un derecho a los subderechos, permite identificar más fácilmente las obligaciones, en el caso concreto, del DHS, y con ello operacionalizarlo.

1.8 Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos

La existencia de un derecho implica la constitución de una relación jurídica mediante la cual una persona, denominada sujeto activo de la relación, tiene la aptitud de exigir la satisfacción de su interés a otra persona, sujeto pasivo, quien a su vez tiene la obligación de satisfacer dicho interés, ya sea a través de una prestación de carácter positivo, es decir, de dar o de hacer, o de carácter negativo, es decir, de no hacer u omitir (SCJN, 2016).

De acuerdo con lo anterior, frente al sujeto activo titular de los DDHH, que es todo ser humano, se encuentra un sujeto pasivo obligado a su cumplimiento, o bien a hacerlos efectivos, que en este caso es el Estado. Las obligaciones del Estado frente a los titulares de los DDHH se encuentran establecidas en tercer párrafo del artículo 1º Constitucional, que después de la reforma del 10 de junio de 2011, establece que:

...Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

De acuerdo con el texto constitucional, todas las autoridades con independencia del nivel de gobierno al que pertenecen o a la modalidad administrativa bajo la que se encuentren

organizadas, están constreñidas a promover, respetar, proteger, garantizar los DDHH, así como prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones cometidas a los mismos.

1.7.1 Obligación de promover los derechos humanos

La obligación de promover los DDHH implica la adopción de medidas para su realización, pero de más largo alcance, con la finalidad de ampliar la base de su realización. Se trata de una obligación de carácter progresivo, que tiene como fin alcanzar cambios en la conciencia pública, en la percepción o en el entendimiento de un determinado problema (Serrano y Vázquez, 2011). Es decir, esta obligación conlleva el deber de adoptar medidas para impulsar la observancia y respeto de los DDHH de entre las que sobresalen, por un lado, el que todos los agentes estatales estén conscientes de las obligaciones que los DDHH les generan y por el otro, que todas las personas conozcan y comprendan sus derechos y por lo tanto sea mayor la exigencia de su cumplimiento y eficacia (Tinoco, 2011).

De acuerdo con los artículos 14 y 15 la Declaración sobre el Derecho y el Deber de los individuos, los Grupos y las Instituciones de Promover y Proteger los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Universalmente Reconocidos, se establecen las medidas que las autoridades pueden adoptar para cumplir con esta primera obligación de los Estados. Al respecto, dichos numerales señalan:

Artículo 14

1) Incumbe a los estados la responsabilidad de adoptar medidas legislativas, judiciales, administrativas o de otra índole apropiadas para promover en todas las personas sometidas a su jurisdicción la comprensión de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

2) Entre esas medidas figuran las siguientes:

a) La publicación y amplia disponibilidad de las leyes y reglamentos nacionales y de los instrumentos internacionales básicos de derechos humanos;

b) El pleno acceso en condiciones de igualdad a los documentos internacionales en la esfera de los derechos humanos, incluso los informes periódicos de los estados a los órganos establecidos por los tratados internacionales sobre derechos humanos en los que sean Partes, así como las actas resumidas de los debates y los informes oficiales de esos órganos.

3) Los estados garantizarán y apoyarán, cuando corresponda, la creación y el desarrollo de otras instituciones nacionales independientes destinadas a la promoción y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales en todo el territorio sometido a su jurisdicción, como, por ejemplo, ombudsman, comisiones de derechos humanos o cualquier otro tipo de instituciones nacionales.

Artículo 15

Incumbe al Estado la responsabilidad de promover y facilitar la enseñanza de los derechos humanos y las libertades fundamentales en todos los niveles de la educación, y de garantizar que los que tienen a su cargo la formación de abogados, funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, personal de las fuerzas armadas y funcionarios públicos incluyan en sus programas de formación elementos apropiados de la enseñanza de los derechos humanos.

En ese tenor, la obligación de promover tiene el objetivo de proveer a las personas toda la información necesaria para asegurar que sean capaces de disfrutar el derecho. No es un deber promocional, debe tender al desarrollo del empoderamiento de las personas desde y para los derechos. Para ello, se requiere considerar a las personas como titulares de derechos y no como beneficiarias de programas sociales (Vazquez y Serrano, 2013). De conformidad con lo citado, la obligación de promover conlleva que el Estado realice ciertas actividades y prestaciones dirigidas a garantizar el disfrute pleno de los DDHH siempre teniendo en cuenta que las personas son titulares de dichos derechos.

1.7.2 Obligación de respetar los derechos humanos

La obligación de respetar los DDHH constriñe al Estado de abstenerse de intervenir en su disfrute, es decir, se trata de una obligación de no hacer, ello significa que el Estado tiene prohibido violar o limitar los derechos inherentes de la persona (SCJN, 2016). Respetar implica para el Estado no interferir con o poner en peligro los derechos. Es una obligación dirigida a mantener el goce del derecho. Ninguno de los órganos del Estado, cualquiera que sea el nivel (federal, local o municipal) o la función que desempeñe (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) debe violentar los derechos humanos por sus acciones (Vazquez y Serrano, 2013).

Al respecto, Carbonell (2011) opina que la obligación de respetar significa que el Estado tiene el deber de abstenerse de violentar la integridad de los individuos, de los grupos sociales o poner en riesgo sus libertades y derechos; ello incluye que el Estado respete el uso de los recursos disponibles para que los sujetos titulares de los derechos puedan satisfacerlos por los medios que consideren más adecuados.

Por su parte la CoIDH, respecto al deber del Estado de respetar los DDHH, se pronunció en el caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras, en los siguientes términos:

165. La primera obligación asumida por los Estados Partes, en los términos del citado artículo, es la de "respetar los derechos y libertades" reconocidos en la Convención. El ejercicio de la función pública tiene unos límites que derivan de que los derechos humanos son atributos inherentes a la dignidad humana y, en consecuencia, superiores al poder del Estado. Como ya lo ha dicho la Corte en otra ocasión,

“... la protección a los derechos humanos, en especial a los derechos civiles y políticos recogidos en la Convención, parte de la afirmación de la existencia de ciertos atributos inviolables de la persona humana que no pueden ser legítimamente menoscabados por el ejercicio del poder público. Se trata de esferas individuales que el Estado no puede vulnerar o en los que sólo puede penetrar limitadamente. Así, en la protección de los derechos humanos, está necesariamente comprendida la noción de la restricción al ejercicio del poder

estatal (La expresión "leyes" en el artículo 30 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Opinión Consultiva OC-6/86 del 9 de mayo de 1986. Serie A No. 6, párr. 21)." (CoIDH, 1988)

Lo anterior deja en claro que la obligación de respetar los DDHH implica el deber del Estado de limitar el ejercicio de su poder. Ahora, si bien es cierto que esta obligación se cumple mediante abstenciones, también lo es que se violenta a través de acciones (Serrano y Vázquez, 2014; p. 70).

1.7.3 Obligación de proteger los derechos humanos

La obligación del Estado de proteger los DDHH tiene como finalidad evitar que se lleguen a violentar los derechos de un individuo o grupo, y consecuentemente, se adopten las medidas necesarias para garantizar que terceras personas no interfieran en el disfrute de dichos derechos (SCJN, 2016).

En opinión de Carbonell (2011), el significado de esta obligación consiste en el deber del Estado para adoptar medidas destinadas a evitar que otros agentes o sujetos violen los derechos fundamentales, lo que incluye mecanismos tanto reactivos frente a las violaciones, como preventivos que eviten que agentes privados puedan hacerse del control de los recursos necesarios para la realización de un derecho.

Es una obligación dirigida a los agentes estatales en el marco de sus respectivas funciones para crear el marco jurídico y la maquinaria institucional necesarios para prevenir las violaciones a derechos humanos cometidas por particulares y por los propios agentes estatales. El elemento característico de esta obligación es: la prevención (Vázquez y Serrano, 2011).

1.7.4 Obligación de garantizar los derechos humanos

Para garantizar los DDHH, el Estado tiene el deber de asegurar el pleno y libre ejercicio de los derechos de la persona, en ese sentido deberá adoptar las medidas necesarias para remover los obstáculos que impidieran el disfrute de esos derechos fundamentales (SCJN, 2016). En

el mismo sentido la CoIDH, en el caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras, se manifestó en relación con la obligación del Estado de garantizar los DDHH, de la siguiente manera:

166. La segunda obligación de los Estados Partes es la de "garantizar" el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención a toda persona sujeta a su jurisdicción. Esta obligación implica el deber de los Estados Partes de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera tal que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Como consecuencia de esta obligación los Estados deben prevenir, investigar y sancionar toda violación de los derechos reconocidos por la Convención y procurar, además, el restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos.

167. La obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos no se agota con la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el cumplimiento de esta obligación, sino que comparte la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos.

La obligación de garantizar está dirigida a mantener el disfrute del derecho y de mejorarlo y restituirlo en caso de violación. Lo anterior exige la conducta positiva del Estado para asegurar la realización del derecho. Esta obligación tiene por objeto realizar el derecho y asegurar a las personas la habilidad de disfrutar de los derechos. En ese sentido, se debe remover todas las restricciones a los derechos y la provisión de los recursos o la facilitación de las actividades que aseguren que todas las personas sean sustantivamente iguales en cuanto a su habilidad para participar como ciudadanas plenas en una sociedad (Vázquez y Serrano, 2011).

La obligación de garantizar tiene por objeto realizar el derecho y asegurar para todos, la posibilidad de disfrutar los derechos. Partiendo del concepto aportado por la CoIDH en párrafos anteriores, se puede observar en el centro de esta obligación, el principio de la

efectividad, es decir, “los derechos están para ser vividos por las personas y ése es el objetivo que debe cumplir la garantía de los derechos” (Serrano y Vázquez, 2014; p. 77). Para alcanzar la efectividad, toma sentido cruzar la obligación de garantizar con otras obligaciones pensadas como principios de aplicación, tales como: el contenido esencial, la progresividad, la prohibición de regresión y el máximo uso de recursos disponibles. El cruce de este conjunto obligacional permite a las cortes valorar y determinar en qué medida la obligación de garantizar ha sido cumplida en casos concretos e igualmente, ayuda a los planificadores estatales diseñar políticas públicas (Serrano y Vázquez, 2014; p. 78).

La CoIDH, se ha referido a tres tipos de medidas para garantizar los DDHH: las legislativas, sobre prácticas de los agentes estatales e institucionales. De acuerdo con Serrano y Vázquez, el cumplimiento de la obligación de garantizar implica la creación de la maquinaria institucional para la adopción de medidas tendientes a la plena efectividad de los DH. Se refiere a la creación de la infraestructura legal e institucional de la que depende la realización de los derechos humanos. No basta una reforma legislativa para dar por cumplida esta obligación, se requiere que el Estado haga todo lo necesario para que la norma tenga el efecto deseado en cuanto a realización de los derechos. De tal suerte que la obligación de adoptar medidas alcanza a las instituciones encargadas de asegurar la realización de los derechos, entre las que se encuentran no solo aquellas encargadas de sancionar el incumplimiento, sino también, las instituciones que permiten que el derecho exista. Por su parte, la provisión de bienes y servicios para satisfacer los derechos supone que el Estado proveerá los recursos materiales necesarios para las personas, las que de otra manera no podrían ejercerlos. Ello implica proveer de los bienes y servicios a aquéllos que no pueden obtenerlos por sí mismos, por ejemplo, dada la condición económica a la que han sido sometidos (Serrano y Vázquez, 2014; p. 80).

Ahora bien, el punto número 8 de la observación general 31 del Comité de Derechos Humanos, refiriéndose a las obligaciones de los Estados Parte para garantizar los DDHH, señala que:

...sólo se podrán cumplir plenamente las obligaciones positivas de los Estados Parte de garantizar los derechos reconocidos en el Pacto si el Estado

protege a las personas, no sólo contra las violaciones de los derechos reconocidos en el Pacto que cometan sus agentes, sino también contra los actos que cometan particulares o entidades y menoscaben el disfrute de los derechos reconocidos en el Pacto, en la medida en que puedan aplicarse entre particulares o entidades privadas. Puede haber circunstancias en las que, por no haberse garantizado los derechos reconocidos en el Pacto como se dispone en el artículo 2, los Estados Parte infrinjan estos derechos permitiendo que particulares o entidades cometan tales actos o no adoptando las medidas apropiadas o no ejerciendo el cuidado debido para prevenir, castigar, investigar o reparar el daño así causado.

Las obligaciones generales que las autoridades tienen en materia de DDHH, de acuerdo con la obligación general citada, vas más allá de abstenerse de interferir en el goce y disfrute de los DDHH, sino que además constriñe a los Estados obligados a tomar las medidas necesarias para tutelarlos y hacerlos eficaces.

Igualmente, la CoIDH, ha manifestado en la resolución del caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras, que:

174. El Estado está en el deber jurídico de prevenir, razonablemente, las violaciones de los derechos humanos, de investigar seriamente con los medios a su alcance las violaciones que se hayan cometido dentro del ámbito de su jurisdicción a fin de identificar a los responsables, de imponerles las sanciones pertinentes y de asegurar a la víctima una adecuada reparación.

De lo anterior se desprende que, en relación con la violación de DDHH, el Estado está constreñido a:

Prevenir las. El deber de prevención de los DDHH

...abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito que, como tal,

es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. (CoIDH, 1988)

Investigarlas. La obligación del Estado de investigar las violaciones de DDHH, conlleva una serie de acciones positivas por su parte, tendientes a revelar la existencia de dicha violación e identificar los sujetos que la cometieron, con el fin de que no quede impune (SCJN, 2016).

Al respecto la CoIDH, señala:

176. El Estado está (...) obligado a investigar toda situación en la que se hayan violado los derechos humanos protegidos por la Convención. Si el aparato del Estado actúa de modo que tal violación quede impune y no se restablezca, en cuanto sea posible, a la víctima en la plenitud de sus derechos, puede afirmarse que ha incumplido el deber de garantizar su libre y pleno ejercicio a las personas sujetas a su jurisdicción. Lo mismo es válido cuando se tolere que los particulares o grupos de ellos actúen libre o impunemente en menoscabo de los derechos humanos reconocidos en la Convención.

177. En ciertas circunstancias puede resultar difícil la investigación de hechos que atenten contra derechos de la persona. La de investigar es, como la de prevenir, una obligación de medio o comportamiento que no es incumplida por el solo hecho de que la investigación no produzca un resultado satisfactorio. Sin embargo, debe emprenderse con seriedad y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa. Debe tener un sentido y ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple gestión de intereses particulares, que dependa de la iniciativa procesal de la víctima o de sus familiares o de la aportación privada de elementos probatorios, sin que la autoridad pública busque efectivamente la verdad. Esta apreciación es válida cualquiera que sea el agente al cual pueda eventualmente atribuirse la violación, aun los particulares, pues, si sus hechos no son investigados con seriedad,

resultarían, en cierto modo, auxiliados por el poder público, lo que comprometería la responsabilidad internacional del Estado.

Sancionarlas. Esta obligación del Estado consiste en que, una vez que ha sido revelado que ciertos derechos humanos fueron vulnerados, debe sancionar a los responsables, es decir, aplicarles las penas que, conforme a derecho les correspondan. Igualmente, si un servidor público o agente estatal infringe los derechos de una persona, el Estado no puede eximirlo de su responsabilidad jurídica personal (SCJN, 2016).

Repararlas. La obligación de reparar las violaciones de DDHH consiste en resarcir la víctima de los daños que se le han causado, en lo posible, volver las cosas al estado que guardaban antes de la violación y remediar las consecuencias que ésta haya generado (SCJN, 2016).

Al respecto, la Primera Sala de la SCJN, en la Tesis 1ª. CLXXIV/2012 (10ª.), señaló que: "... en materia de reparaciones por violaciones a derechos humanos pueden identificarse distintas medidas que, conjuntamente, comprenden el derecho a una reparación integral" las cuales consisten en: "(i) restitución; (ii) satisfacción; (iii) rehabilitación; (iv) indemnización; y (v) no repetición.

1.9 Derecho Humano a la Salud

1.9.1 Concepto

El derecho humano a la salud, es un derecho esencial para la existencia de una vida digna. Por ello es de suma importancia que sea, no solo reconocido y establecido en los cuerpos normativos nacionales o internaciones, sino que se generen políticas públicas eficaces que contribuyan a lograr el efectivo goce y disfrute de este derecho.

Al respecto, Fernando Cano (2001), señala que desde el punto de vista de la Bioética y de los derechos humanos, la salud es un acervo que poseen las personas, es la capacidad que cada quien tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de la vida, de ahí que se deba considerar como un derecho fundamental de los ciudadanos. Señala que tiene

un valor intrínseco debido a que estar sano es una de las principales fuentes de bienestar, la salud tiene además un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico.

Ahora bien, de acuerdo con los principios básicos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud debe entenderse como “un Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

1.10 Derecho Humano a la Salud en el Derecho Internacional

En el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), se establece que el Derecho a la Salud debe otorgarse en su más alto nivel posible de disfrute. Además, impone a los Estados en el párrafo 2º, obligaciones específicas que implican una serie de medidas que se deberán adoptar con el fin de satisfacer las demandas de este derecho, como se observa a continuación:

Artículo 12.

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

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

Tanto la OMS, como los Estados parte del PIDESC, abordaron el derecho a la salud de manera muy amplia, es hasta la interpretación que realiza el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) en su Observación General No. 14 (OG.14) del 2000, que aclara el alcance, implicaciones y características del Derecho a la Salud, siendo una de las principales guías para la consecución de este derecho. En ese sentido, en la OG.14, se establece en su primer párrafo que:

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

Como se puede observar el derecho a la salud está íntimamente ligado a la dignidad de la persona, de ahí deriva la importancia de que los Estados lo garanticen, máxime que este derecho se encuentra estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos, específicamente con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Estos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud (CDESC, 2000).

Siguiendo con la aclaración contenida en la OG.14 del CDESC, respecto al párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, se señala que el "más alto nivel posible de salud física y mental" no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que

promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano (CDESC, 2000).

El derecho a la salud no significa un derecho a estar sano. El derecho a la salud contiene libertades de la persona a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales; y los derechos a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Por derecho a la salud se debe entender al derecho de disfrutar de las facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (CDESC, 2000).

Como quedó señalado, el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12 del PIDESC, se debe entender de acuerdo con el CDESC como un derecho inclusivo ya que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino incluye los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, además de la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional (CDESC, 2000).

1.11 Elementos esenciales del Derecho a la Salud

De acuerdo con la OG.14, el derecho a la salud abarca ciertos elementos esenciales que se encuentran estrechamente interrelacionados, cuya aplicación depende de las condiciones prevalecientes de cada Estado, estos elementos son:

a) Disponibilidad. Implica que el Estado cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo de los Estados. Estos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (CDESC, 2000).

Serrano y Vázquez (2014), haciendo referencia a la disponibilidad, lo conceptualizan como el primer elemento institucional de los DDHH, señalando que este implica garantizar la suficiencia de los servicios, instalaciones, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el que se materializa un derecho para toda la población (p. 90).

b) Accesibilidad. Este elemento tiene como finalidad asegurar que se materialice el derecho a la salud para todas las personas. En ese sentido se deberá cumplir con las siguientes dimensiones (CDESC, 2000):

i) No discriminación: este principio tiene como objetivo el que se proteja a todas las personas, pero sobre todo a aquellas que se encuentran en estado de vulnerabilidad y marginación, sin discriminación alguna (CDESC, 2000).

ii) Accesibilidad física: este principio contiene la obligación por parte del Estado de poner al alcance de todos los sectores de la población los establecimientos, bienes y servicios de salud, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso por lo que se refiere a personas con discapacidades, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios (CDESC, 2000).

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): este principio pretende evitar que las cargas que implica el deterioro de la salud sean desproporcionadas, sobre todos para los sectores de la población vulnerables o marginados. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos (CDESC, 2000).

iv) Acceso a la información: este principio en materia de salud comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Comprende además que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (CDESC, 2000).

En palabras de Serrano y Vázquez (2014), la accesibilidad implica asegurar que los medios por los cuales se materializa un derecho sean accesibles sin discriminación alguna a las personas. Las tres dimensiones de la accesibilidad son: La no discriminación: cuya función principal es la protección concreta de los grupos en situación vulnerable, además de la obligación institucional de los Estados para asegurarse de la no discriminación (p. 92); La accesibilidad física: como parte fundamental del goce de los derechos, el Estado debe acercar los medios de su realización, de lo contrario, estaría imponiendo una carga extra a las personas (p. 92); La accesibilidad económica o asequibilidad: constituye una protección ante una posible carga desproporcionada que implicarían los derechos, es decir, aun y cuando los derechos pueden representar una carga económica, este elemento intenta impedir que ésta sea desproporcionada para los sectores marginados (p. 93).

c) Aceptabilidad. Implica que todos los medios a través de los cuales se materializa el derecho a la salud, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, esto es, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par, que sean sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (CDESC, 2000).

Respecto a la aceptabilidad, Serrano y Vázquez (2014), señalan que este elemento implica que el medio y contenidos elegidos para materializar el ejercicio de un derecho, sean aceptados por las personas a quienes están dirigidos, lo que lleva el reconocimiento de especificidades y flexibilidad para que dichos medios de aplicación se modifiquen de acuerdo a las necesidades de los distintos grupos a los que dirigen, tomando en cuenta el contexto en el que se desarrollan (p. 94).

d) Calidad. Los contenidos y medios por los que se materializa el derecho a la salud además de ser aceptables deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Es decir, que el personal médico esté capacitado, que haya en existencia los medicamentos y el equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (CDESC, 2000).

Respecto al último de los elementos institucionales: la calidad, Serrano y Vázquez (2014), señalan que éste tiene como objetivo asegurar que los medios y contenidos por los cuales se materializa un derecho, tengan los requerimientos y propiedades aceptables para cumplir con esa función (p. 94).

Lucia Montiel (2014), tomando en cuenta lo establecido en la OG.14, desglosa y aclara algunos elementos del Derecho a la Salud dividiéndolo en dos ámbitos:

1. Determinantes básicos para la salud. Esto incluye políticas públicas de prevención, de difusión y promoción, de saneamiento público, de cuidado del medio ambiente y de salubridad, para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole.

A su vez este grupo lo divide en:

a) Condiciones sanitarias del entorno: Esto es, agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación, etc.

b) Condiciones biológicas: Epidemias, principales causas de muerte, expectativa de vida, enfermedades nuevas, etc.

c) Condiciones socioeconómicas: nutrición, vivienda, condiciones laborales sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza, etc.

d) Condiciones ecológicas: Emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales, etc.

e) Acceso a la educación y a la información, sobre cuestiones relacionadas con la salud.

f) Condiciones de violencia y conflictos armados

2. El cuidado de la salud. Esto incluye los servicios de salud que se prestan (materiales y humanos), las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos.

Este grupo lo divide en dos grandes subgrupos:

a) Sistemas de salud: Elementos materiales y humanos necesarios para la atención de la salud (hospitales, clínicas, medicamentos, profesionales de la salud, seguros en caso de enfermedad, invalidez y/o vejez etc.)

b) Políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud: Programas mixtos, públicos, privados, porcentaje de recursos económicos del estado, destinados a la salud, etc.

Como se puede observar, los Estados deben considerar los múltiples factores para “alcanzar el grado máximo de salud”.

1.12 Derecho a la salud en los Tratados Internacionales

En el párrafo segundo de la OG. 14 (2000), se señala que existen numerosos instrumentos de derecho internacional que reconocen el derecho del ser humano a la salud. Entre ellos se encuentran por su importancia los siguientes:

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en el párrafo 1 del artículo 25 de se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así

como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

Como quedo precisado en párrafos precedentes, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre "el derecho a la toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho".

Por otra parte, el derecho a la salud se reconoce, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CIEFDR), de 1965, que establece que de conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la CIEFDR, "...los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: ... e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: ... v) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales..." (ACNUDH, 1965)

En el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979, que establece:

Artículo 11.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:

f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

En el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, se establece:

Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. (ONU, 1989)

El Derecho a la salud también se encuentra reconocido en varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961, que en su artículo 11 establece:

Artículo 11. Derecho a la protección de la salud

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para, entre otros fines:

1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente;
2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimar el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma;
3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes. (Consejo de Europa, 1996).

De igual forma, en la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 signada por los estados miembros de la Organización para la Unidad Africana (OUA), en su artículo 16, se establece que:

Artículo 16

1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.
2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos (OEA, 1981).

El Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 en su artículo 10, también reconoce el derecho a la salud, al establecer:

Artículo 10. Derecho a la salud

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

... (ONU, 1988)

Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, en su resolución 1989/11, en la que reitera la igualdad del hombre y la mujer ante a ley, así como la protección a la que tienen derecho sin discriminación en materia de salud; reafirma el derecho de toda persona a disfrutar del mejor estado de salud física y mental que sea capaz de alcanzar; recordando que los DDHH deben aplicarse a todos los enfermos sin discriminación y con total independencia de sus circunstancias (ONU, 1989).

En la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993, en el punto número 31, pide a los Estados abstenerse

...de adoptar medidas unilaterales contrarias al derecho internacional y la Carta de las Naciones Unidas que creen obstáculos a las relaciones comerciales entre los Estados e impidan la realización plena de los derechos enunciados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en particular el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar, incluidas la alimentación y la atención de la salud, la vivienda y los servicios sociales necesarios... (ONU, 1993)

Otros instrumentos internacionales que hacen alusión al derecho a la salud son: Los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 (resolución 46/119), y la observación general N° 5 del Comité sobre personas con discapacidad se aplican a los enfermos mentales; el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, contienen definiciones de la salud reproductiva y de la salud de la mujer (CDESC, 2000).

1.13 Derecho Humano a la Salud en México

La máxima garantía del derecho a la salud en México, se encuentra reconocido en el artículo 4º Constitucional, que establece el derecho a la protección a la salud y constriñe al legislador para que fije las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establezca la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno en materia de salubridad de acuerdo al artículo 73 fracción XVI, del mismo ordenamiento legal.

El derecho a la salud reconocido en este artículo constitucional hace referencia a este derecho como una garantía tanto individual como colectiva o social. Así mismo, del artículo en cita se desprende que el legislador denominó “derecho a la protección de la salud” para connotar que la salud es una responsabilidad compartida del Estado, la sociedad y los interesados (SCJN; IJ de la UNAM, 2016).

Adicionalmente, mediante otras reformas constitucionales, se precisó el alcance del derecho a la salud respecto de ciertos grupos en situación de vulnerabilidad, de tal suerte que el artículo 2º, apartado B, fracciones III y V, relativo a los pueblos indígenas, mediante reforma del 14 de agosto de 2001, se obligó a las autoridades en sus distintos niveles de gobierno a promover la igualdad de oportunidades y eliminar prácticas discriminatorias, para lo cual se tienen que diseñar políticas públicas, con la finalidad de garantizar la vigencia de sus derechos, entre las cuales se encuentra el aseguramiento al acceso efectivo a los servicios de salud (SCJN; IJ de la UNAM, 2016).

Por su parte, en el artículo 4º Constitucional, se establece la obligación del Estado de velar y cumplir con el principio de interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos, entre ellos, el derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio debe guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Finalmente, el artículo 18 del citado ordenamiento constitucional señala que el sistema penitenciario se organizará bajo la base de respeto a los derechos humanos, trabajo, capacitación, salud, deporte como medios de reinserción social del sentenciado.

1.13.1 Ley reglamentaria del derecho a la protección de la salud

El antecedente de la Ley General de Salud (LGS), se encuentra en el Código Sanitario del México Independiente que data de 1891, ordenamiento legal cuya evolución en cuanto a contenido y denominación culminó en lo que ahora se conoce como la Ley General de Salud, que establece las bases y modalidades en materia de salubridad general, de aplicación en toda la República.

De acuerdo con la exposición de motivos de la iniciativa de la LGS, de fecha 15 de noviembre de 1983, ésta se emitió como respuesta al mandato establecido en el artículo 4º Constitucional, que permitieran la progresividad del derecho, así como definir la naturaleza y alcance del derecho a la protección de la salud, definir el contenido básico de la salubridad general y de las autoridades sanitarias dentro de las que se encuentran las entidades federativas; desarrollar las bases fundamentales del Sistema Nacional de Salud (SNS), modernizar la legislación sanitaria, señalar los mecanismos para que los sectores social privado contribuyan al mejoramiento de la salud, instituir el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud al que deberán sujetarse todas las dependencias y entidades públicas que actúan en ese campo de acuerdo con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que determinará la lista de medicamentos y otros insumos necesarios para la salud, que garanticen la producción, abasto y precio razonable (Exposición de motivos de la iniciativa de la Ley General de Salud, 1983).

La mayoría de los objetivos de la Ley General de Salud, quedaron establecidos en el artículo 1º, en tanto que en el siguiente artículo se establecieron los fines del derecho a la salud, tal y como a continuación se señala:

Artículo 2º.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Es importante resaltar que, dentro del articulado de la LGS, existen varios numerales relativos a los grupos vulnerables, entre los que se encuentran a la mujer, a personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH/Sida), niños, personas de la tercera edad, personas con discapacidad física y mental, personas con falta de capacidad económica, mujeres embarazadas jefas de familia, personas privadas de la libertad y desplazados. A continuación, se señalan los artículos de la LGS que hacen referencia a estos grupos en situación de vulnerabilidad y respecto de las cuestiones sobre las cuales se les dará preferencia:

Atención médica, establecido en el artículo 3º fracción II.

Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud (SNS), se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo 25.

Que la Secretaría de Salud (SSa) norme el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y

obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, de conformidad con el artículo 115, fracción II.

Ejecución de programas de educación y contra el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas y sus efectos en las relaciones sociales, establecido en el artículo 185.

Finalmente, en términos del artículo 27, fracción X, de la ley en cita, en relación al derecho a la protección a la salud, establece que se consideran servicios básicos de salud los relativos a la asistencia social de estos grupos, principalmente, las comunidades indígenas.

1.14 Fundamentos teóricos de la justicia sanitaria

En la actualidad el debate sobre la justicia sanitaria se da en el ámbito de la bioética y toma referencia de la justicia redistributiva. Los autores especialistas del tema retoman la filosofía política para debatir sus posturas. Las principales tendencias teóricas sobre organización y distribución de los servicios de salud son cuatro: las concepciones libertarianas, las utilitaristas, las igualitarias y las comunitarias (Montiel, 2004).

1.14.1 Teorías libertarianas

Entre los autores más representativos de las teorías basadas en la noción liberal de justicia sanitaria se encuentran Tristram, Engelhardt y Richard Epstein, quienes fundamentan sus teorías en la filosofía de John Locke, y en la época contemporánea, en el ideario de Nozick, Friedman y Hayek (Montiel, 2004).

Las principales argumentaciones de los autores que pertenecen a ésta corriente del pensamiento, se puede decir que niegan la existencia de un derecho humano a la salud de acuerdo con los autores Engelhardt y Tristram, en virtud de que es imposible garantizar todos los ámbitos que integran el concepto de salud, debido a su amplitud, pero también por cuestiones de costo y efectividad. Adicionalmente, se considera que todo derecho confiere la correlativa obligación para el responsable de garantizarlo, sin embargo, la salud es algo natural y por tanto no puede ser controlable. Engelhardt ejemplifica esta situación con lo que él denominó “la lotería natural” para identificar los cambios de la fortuna responden a fuerzas naturales mas no directamente de las personas, por lo que es la naturaleza, en todo sentido la

responsable del daño. Por último, para los pensadores de esta corriente libertaria, el derecho a la salud representaría una injusticia en virtud de que se sacrificarían otros derechos como el de la libre elección y la propiedad. De acuerdo con Tristan y Engelhardt, reconocer a la salud como derecho equivaldría a imponer un sistema sanitario que imposibilitaría considerar la diversidad de visiones morales existentes y respetar la libertad de conseguir cada quien lo que mejor le convenga a largo plazo, además, exigir este derecho sin el “principio permiso” sería tanto como obligar a las personas a trabajar para posteriormente confiscar su propiedad. Por otra parte, para los seguidores de esta corriente del pensamiento, no es posible garantizar los bienes y servicios de salud que incluya una cobertura universal e igualitaria, de calidad, que contenga los costos que se generen y respete la libertad de elección. Los principales argumentos antepone elementos financieros, de calidad y de autonomía (Montiel, 2004).

Toda vez que esta corriente tiene la concepción del Estado mínimo, le asigna al mercado un papel principal también en materia de salud. Bajo este postulado, el Estado debe participar en los cuidados de salud, mediante beneficencia y protección policial, evitando que terceros pongan en riesgo la salud de los demás. Las demás cuestiones estarán a cargo del mercado, es decir, será éste el que a través de la competencia pueda bajar precios y mejorar la calidad de los servicios de salud de manera efectiva. En ese sentido, se está a favor de los seguros de asistencia sanitaria privados y adquiridos de manera voluntaria (Montiel, 2004).

1.14.2 Teorías utilitaristas

Esta teoría ha sido desarrollada principalmente por John Stuart Mill y Jeremy Bentham. Y aunque en la discusión contemporánea no se encuentra bien definido algún autor que trabaje en la interpretación de la justicia sanitaria, se puede decir, que los autores Beauchamp y Childress, proporcionan elementos necesarios para sintetizar su concepción, de acuerdo con Montiel (2004).

Las teorías de justicia sanitaria basadas en una noción utilitarista, consideran que toda acción correcta sería aquella que propicie como resultado el mejor beneficio posible de utilidad. De acuerdo con Montiel (2004), basándose en el pensamiento de Beauchamp y

Childress, los elementos centrales de la discusión de la justicia sanitaria se podrían interpretar de la siguiente manera: Primero, respecto a la validez de considerar a la salud como un derecho humano, explica la autora, que de acuerdo con esta corriente, el Derecho a la Salud es considerado como contingente, ya que si la salud se considera como un derecho responde al principio de utilidad máxima, es decir, si la salud como derecho brinda el máximo de utilidad social, entonces será positivo, pero si no brinda el máximo de utilidad social, será negativo. Segundo, respecto de la conveniencia de un acceso universal e igualitario a los bienes y servicios de salud, de acuerdo con Beauchamp y Childress, esta corriente respondería de manera positiva al principio de máxima utilidad, aunque ello implicará pagar a manera de redistribución, ya sea mediante impuestos u otros medios, siempre que a largo plazo contribuya a la realización del principio de utilidad. Tercero, en relación a la instancia que se debe hacer cargo de distribuir y proporcionar los bienes de los servicios de salud, es decir, el Estado o el mercado, para los utilitaristas dependerá de las circunstancias y el contexto en que se presente cada situación, ya que como quedó señalado, la salud es una cuestión contingente, y la decisión que se tome al respecto dependerá de la elección que proporcione el mayor beneficio posible de utilidad. La población podrá elegir, bajo estas premisas, la atención sanitaria de acuerdo con sus circunstancias y las personas más necesitadas podrán recibir el apoyo de los sistemas de caridad (Montiel, 2004).

1.14.3 Teorías igualitaristas

Las teorías igualitarias de justicia sanitaria se encuentran representadas en el debate contemporáneo por autores como Norman Daniels y Allen E. Buchanan con una postura más laxa, los citados autores fundamentan sus teorías en el pensamiento filosófico de Kant, y en la época contemporánea con Jonh Rawls (Montiel, 2004).

Para los igualitaristas, la salud es considerada como un derecho. Desde el modelo biomédico de medicina se piensa que la enfermedad es como una “desviación de la organización funcional natural de un individuo” como lo sostiene Daniels, una persona enferma no puede participar del principio de justicia distributiva, por ello es indispensable que se reconozca la obligación social de eliminar o reducir las barreras para alcanzar dicho principio. En ese sentido, todo individuo debe tener igual acceso a un nivel de asistencia

sanitaria adecuado, ello dependerá de los recursos sociales disponibles y los procesos públicos de toma de decisiones. Bajo esa argumentación es que Buchanan propone el derecho a un mínimo decente de cuidados de la salud. Aunque Daniels, no tiene una postura marcada respecto de la responsabilidad de proporcionar los bienes y servicios de salud, considera que en caso de que sea el Estado el que se haga cargo de dicha responsabilidad, se debe tratar de manera especial, en virtud de las diferencias en las necesidades que este derecho tiene respecto de otros bienes sociales (Montiel 2004).

1.14.4 Teorías comunitarias

Los principales autores contemporáneos que retoman desde una interpretación de los principios comunitaristas del ideal de la justicia distributiva son Michael Walzer y Daniel Callahan. Los autores que defienden esta postura, no comulgan con la idea de los derechos individuales, ya que interfieren en la organización comunitaria reduciendo la unión social. Sin embargo, existen “bienes sociales” respecto de los que la comunidad de manera unánime considera son objetos de preocupación de justicia. Cada comunidad puede considerar diferentes bienes, sin embargo, la salud generalmente siempre está incluida entre ellos. Bajo esa línea de pensamiento, ven conveniente la distribución universal de los cuidados de la salud, pues la salud, al tratarse de un bien social debe llegar a toda la comunidad. Sin embargo, difieren respecto a la idea de igualdad, en virtud de que la atención que se brinde debe ser proporcional a la enfermedad y no a la riqueza. Los comunitaristas rechazan una sociedad de mercado al considerarla egoísta y preocupada solo de cuestiones de tipo económico, en tal virtud, su propuesta se funda en una sociedad basada en el equilibrio entre el Estado, la comunidad y el mercado (Montiel, 2004).

De lo anterior se puede afirmar que las políticas públicas de los Estados en materia sanitaria toman matices de las diferentes teorías, sin embargo, parece existir un divorcio entre lo que sucede en la realidad, que se encuentra más inclinada a las teorías liberales, y el trabajo y esfuerzo realizado a favor del derecho humano a la salud, que está más inclinado a las teorías igualitarias y comunitarias.

Capítulo 2. La Política Pública

Para lograr alcanzar el desarrollo y bienestar tan deseado por todos, necesariamente se debe iniciar el trayecto con políticas públicas que permitan acelerar los procesos que ubiquen los países en una mejor posición.

Las políticas públicas permiten al gobierno y a la sociedad unir esfuerzos y construir nuevos y mejores escenarios, siempre y cuando el proceso del diseño e implementación de las políticas públicas y más adelante su evaluación, se realicen con la seriedad debida, teniendo en cuenta que en el centro siempre debe estar posicionado lo más importante: el ser humano.

En el presente capítulo se abordan los elementos teóricos de la política pública como elemento fundamental para el estudio y propuesta de una política de salud con enfoque de DDHH; se exponen el ciclo, los actores y el enfoque de DDHH; para ello, se acude a destacados estudiosos de la materia.

2.1 Origen de la Política Pública

Para comprender el contexto de la política pública resulta indispensable conocer el área del conocimiento en la que se ubica, lo que sin lugar a dudas obliga a remitirse al origen de todas las ciencias, es decir, la filosofía. Etimológicamente la palabra filosofía significa amor al saber, proviene de los vocablos griegos *philos*, que significa “amor”, “afección a”, “amistad” y *sophia* que significa “saber”, “conocimiento” (Costa y Divenosa, 2004).

Señala Rodrigo Borja (2012) que con el paso del tiempo, los principios filosóficos fueron transformándose hasta formar disciplinas científicas autónomas al ritmo de la evolución del pensamiento del hombre. Todas las ciencias empezaron por la filosofía, de ahí se desprenden disciplinas científicas como la política en el campo de las ciencias sociales. Detrás de la política, hay una filosofía política que contiene un conjunto de principios de interpretación del mundo social y de la justificación de los actos humanos dentro de él.

Agrega el autor en cita, que la filosofía política además de plantearse los grandes problemas de la filosofía general, como la posibilidad y límites del conocimiento, el origen de la vida, los valores éticos y estéticos, la realidad del ser, el destino del hombre, etcétera, también aborda la cuestión social, el orden moral, el origen y fines de la sociedad política, la legitimidad del poder, el sentido de la ley, el significado de la libertad, las dimensiones de la justicia, la igualdad, los deberes y las obligaciones del hombre frente al grupo, la justicia entre los Estados, los imperativos de la convivencia y, en general, las múltiples cuestiones tocantes a la vida del hombre en sociedad (Borja, 2012).

Por su parte, David Miller (2011) enfocándose en el gobierno, define la filosofía política como una indagación respecto a la naturaleza, las causas y los efectos del gobierno y agrega que esta disciplina tiene tres ideas fundamentales, “la primera es que el buen y mal gobierno afectan profundamente la calidad de las vidas humanas. La segunda idea es que la forma que adopte el gobierno no está predeterminada: se tiene que elegir. La tercera idea es que se puede saber lo que distingue al buen gobierno del mal gobierno: se puede estudiar los efectos de los distintos modos de gobierno y se puede conocer qué cualidades constituyen la mejor forma de gobierno” (pp. 13-15). De acuerdo con Ulrich Weiss (2016), la filosofía

política estudia a “la esencia, el fundamento y las formas de realización de lo político, así como sus formas de indagación categorial” (p. 91).

Ahora bien, el objeto de estudio de la filosofía política es la política, lo que permite el acercamiento al área de estudio de la investigación. Conforme a la Ciencia Política anglosajona el concepto de política posee tres dimensiones que abarca: la totalidad de las instituciones políticas (*polity*); los procesos políticos (*politics*); y, las decisiones políticas materiales y de contenido (*policy*). A la *Polity* se le puede llamar “formal” y se refiere a la dimensión institucional de política y abarca las formas y estructuras en las que la política se desarrolla, aquí se ubica, por ejemplo, la Constitución, las instituciones, los gobiernos, parlamentos, estatutos, leyes orgánicas, tribunales, banco central y los órganos administrativos. También abarca otras instituciones en sentido amplio, como “las reglas del juego”, es decir, el marco de actividades que delimitan el accionar de los actores en general. Se está ante la dimensión estructural, formal e institucional de la política, por lo que se refiere primeramente al Estado, al orden político, al sistema del gobierno, esto es al marco de condiciones dentro del cual se desarrolla la política concreta (Sánchez, 2014).

La segunda dimensión es la de proceso (*politics*), que abarca los medios por los cuales los actores buscan encontrar soluciones a los conflictos que se presentan debido a la multiplicidad de los intereses que se encuentran en un sistema político. El poder y el consenso son los mecanismos más importantes para superar dichos conflictos (Sánchez, 2014).

El interés de la investigación de la dimensión de los procesos se centra en los actores, en sus intereses y en sus capacidades potenciales de acción, se cuestiona la legitimidad del orden político o las causas del consenso y conflicto político (Sánchez, 2014).

Finalmente, la dimensión material de la política (la *policy*), corresponde a los objetivos, las tareas y los temas de las políticas en su sustancia material de contenidos. Esta dimensión comprende los aspectos de contenido de la política, que son articulados a través de programas, objetivos, valores y concepciones entre otros. En tal virtud adquiere relevancia tanto la formulación como la aplicación concreta de la política. Para emprender una

investigación material de la política primero se debe identificar con qué recursos y con qué calidad se alcanzan los resultados (Sánchez, 2014).

Ahora bien, para estar en condiciones de hablar de Ciencia Política, es preciso señalar que ciencia de acuerdo con Strasser (1979), se refiere a la obtención de conocimientos objetivos, o bien, al modo como se produce conocimiento cierto y al conjunto de los conocimientos así producidos. Para poder referirse a la validez de la política es imprescindible aplicar el método científico a ésta área del conocimiento, sistematizándolo y otorgándole valor y vigor a sus planteamientos.

Esto es precisamente lo que ocurre con la Ciencia Política, una disciplina que le permite al hombre acercarse de manera científica al estudio de esa actividad eminentemente práctica que es la política (Nohlen, 2006). La Ciencia Política, es un saber de aplicación operativo al considerarse un instrumento para intervenir en la realidad que estudia (Sartori, 1998).

La propia definición de Ciencia Política obliga remitirse a la Teoría Política. En ese sentido, es necesario entender que una teoría es “una proposición generalizadora que sostiene que dos o más cosas, actividades o acontecimientos se modifican mutuamente bajo determinadas condiciones... La teoría debe contener tres elementos: 1) un sistema de afirmaciones relacionadas sobre un determinado ámbito de la realidad política; 2) Datos sobre las condiciones bajo las cuales estas afirmaciones son válidas; y 3) La posibilidad de construir hipótesis sobre futuros acontecimientos o cambios...” Una teoría que es confirmada varias veces es denominada ley. Una teoría que necesita más pruebas de comprobación es denominada hipótesis (von Beyme, 2014).

De acuerdo a lo anterior, Sabine (2012), plantea que la teoría política es simplemente “el intento del hombre por comprender conscientemente y resolver los problemas de su vida grupal y su organización... es una tradición intelectual cuya historia la constituye la evolución del pensamiento del hombre sobre problemas políticos a través del tiempo” (p. 19).

Bajo ese orden de ideas, se arriba a un elemento fundamental para el análisis de lo político, el Sistema Político, que se encuentra conformado por *polity*, *politics* y *policy*. David

Easton (1971), los definió como el destinatario de las demandas sociales y las prestaciones de apoyo (*inputs*) por un lado, y por el otro, como proveedor de las decisiones y medidas obligatorias (*outputs*).

Uno de los elementos del sistema político lo constituye el régimen político, que se refiere a lo que la sociedad quiere tener como gobierno, y en ese sentido, se le considera como sinónimo de: a) gobierno; b) del conjunto de autoridades políticas del Estado; pero también como, c) el ordenamiento político real establecido en una sociedad por el juego de los poderes constitucionales y extra constitucionales que obran sobre ellas. Es la manera de ser de una comunidad política, y puede marcar una clara discrepancia en su ordenamiento jurídico. Va más allá del gobierno (Borja, 2012).

Al respecto Leonardo Morlino (1985), identifica como propios del régimen político los siguientes elementos: 1. Ideología, valores y creencias; 2. Normas o reglas de juego formalizadas o no, para la resolución pacífica de los conflictos políticos; y 3. Estructuras de autoridad, roles o modelos de comportamiento de la sociedad, que a su vez se dividen en: a) Estructuras de decisión: deciden y distribuyen los costos y los beneficios dentro de la sociedad; y b) Estructuras de *enforcement*: que se conforma de las estructuras de ejecución de decisiones, a las fuerzas de obediencia y a la que extraen recursos de la sociedad.

El régimen emana de la voluntad del pueblo, quien determinará a su vez las características del tipo de régimen político que desea. La estructura de este régimen termina condicionando la voluntad de la población.

Derivado de lo anterior, se arriba a la política pública *policy/policies*, que es definida por Arnotetto (2014) como las acciones, decisiones y omisiones por parte de los distintos actores involucrados en los asuntos públicos. O como lo señala Parsons (2012), al hacer referencia a la noción inglesa *policy*, definiéndola como tomar una medida o formular un plan (47).

En ese sentido, la política pública, no es el poder político, sino su utilización para resolver los problemas colectivos, lo que constituye el objeto esencial de su análisis. En ese entendido, la noción de política pública, de acuerdo con Subirats, Knoepfel, Larrue, y

Varonne (2008), hace alusión a las interacciones, alianzas y conflictos, en un marco institucional específico, entre diversos actores públicos, parapúblicos y privados, con el ánimo de dar solución a un problema colectivo que requiere de un quehacer convenido.

Una política pública corresponde a cursos de acción y flujos de información que se encuentran relacionados con un objetivo definido democráticamente, estos son desarrollados tanto por el sector público, como por la participación de la comunidad y el sector privado (Lahera, 2004). Una de las definiciones más amplias de la política pública es la de Dye (1992), para quien “es todo aquello que los gobiernos deciden hacer, o no hacer” (p. 3).

2.2 Evolución del enfoque de las políticas públicas

En el periodo de entreguerras y hasta principios de 1960, en Estados Unidos, se desarrollaron nuevas formas de investigación enfocadas a las políticas públicas, su análisis como perspectiva alternativa para el estudio de las constituciones, las asambleas legislativas, los grupos de interés y la administración pública. La atención de las políticas públicas a las ciencias políticas se debe principalmente a autores como Lasswell, Simon, Lindblom y Easton.

Señala Parsons (2012), que el estudio realizado por Harold Lasswell, representó uno de los primeros intentos por formular una serie de etapas del proceso de políticas públicas. Mientras que la aportación al enfoque de las políticas públicas, realizado por Simon, se ha considerado de las más importantes. El interés de Simon en la toma de decisiones humanas se ha centrado en la idea de una racionalidad limitada, pero con capacidad de mejorar, lo que lo llevó a analizar el tema con una perspectiva teórica y experimental. Bajo este enfoque se parte de la idea de analizar la toma de decisiones como una secuencia de etapas racionales, convirtiéndose en un elemento central del análisis de las políticas públicas.

De acuerdo con Parsons (2012), otro autor que ha realizado una importante aportación al análisis de las políticas públicas es Charles Lindblom, cuyo pensamiento evolucionó drásticamente, y ha sido conocido por su defensa de una alternativa al enfoque racional de Simon, denominada “incrementalismo”. Este autor rechazó la idea de que pensar en función

de etapas o relaciones funcionales añadía algún valor al estudio del proceso de las políticas públicas, y proponía un modelo que tomaba en cuenta el poder y la interacción entre fases y etapas. Finalmente, y siguiendo al autor en cita, David Easton representa una aportación importante al establecimiento de un enfoque de políticas públicas. Las características de su modelo de “sistema” político se aproxima al proceso de políticas públicas en función de los insumos recibidos en forma de flujos provenientes del entorno, mediados a través de canales de insumos y su conversión en resultados e impactos de las políticas públicas.

En la década de 1970 y 1980, se dio una explosión del think tank e instituciones de investigación que propiciaron el florecimiento de enfoques interdisciplinarios de políticas públicas. En esta década, se produjo mucha literatura de la materia. Actualmente las ideas y los enfoques más novedosos de políticas públicas, provienen Europa, lo que marcó un cambio de tendencia, pues predominaba el material e ideas de Estados Unidos (Parsons, 2012).

2.3 Concepto de las políticas públicas

Las políticas públicas han sido definidas por una cantidad considerable de autores, cada una con las características propias del enfoque en el cual basan su estudio. Así por ejemplo, Kraft y Furlong (2004), señalan que una política pública es un curso de acción (o inacción) que el Estado toma en respuesta a problemas sociales. De acuerdo con estos autores, las políticas públicas reflejan los valores más importantes en la sociedad, mostrando el conflicto entre los valores y cuáles de esos valores reciben las mayores prioridades en una determinada decisión.

Alcántara (1995) por su parte, se refiere a las políticas públicas como determinados flujos del régimen político hacia la sociedad, que constituyen productos del sistema político y consecuentemente del uso estratégico de recursos para enfrentar los problemas nacionales.

Para Meny y Thoenig (1992), una política pública “es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y legitimidad gubernamental” (p. 89) por lo que se puede decir, que “el estudio de las políticas públicas no es otra cosa que el estudio de acción

de las autoridades públicas en el seno de la sociedad ¿Qué producen quienes nos gobiernan, para qué resultados, a través de qué medios?” (p. 7).

De acuerdo con Arellano Gault y Felipe Blanco (2013), estos autores introducen una distinción importante al incluir poder público y la legitimidad al concepto de política pública, llevando el concepto al plano democrático, por lo que la acción pública vista a través de sus productos, medios y resultados debe satisfacer la condición de legitimidad en tres momentos: la legitimación de origen, cuando proviene de una autoridad electa a través del voto libre, universal y secreto; la legitimidad de medios, cuando se logra consenso social respecto de los instrumentos válidos y adecuados para resolver problemas específicos; y la legitimidad de fin último u objetivo, cuando dicha acción busca efectivamente favorecer el interés público por encima de los intereses privados (p. 27).

En México, Luis Aguilar Villanueva (2007) ha sido un pionero en el estudio de las políticas públicas refiriéndose a ellas como “decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el dinero de los privados en su calidad de ciudadanos, electores y contribuyentes” (p. 36). Al incluir la participación ciudadana en el ejercicio de la acción pública, Aguilar Villanueva, hace evidente el componente democrático de las políticas públicas; desde esta perspectiva las políticas públicas no son monopolio exclusivo del gobierno, sino una actividad compartida que requiere trabajo conjunto y constante de gobernantes y gobernados (Arellano, 2013).

Subirats (2008), proponen una definición de políticas públicas útil para su análisis. Dicha definición contiene diversos elementos de una política pública:

- a) La solución de un problema público: una política pública pretende resolver un problema social reconocido políticamente como público.
- b) Existencia de grupos objetivo en el origen de un problema público: Toda política pública busca modificar u orientar la conducta de grupos de población específicos ya sea de manera directa o actuando sobre el entorno de tales actores.

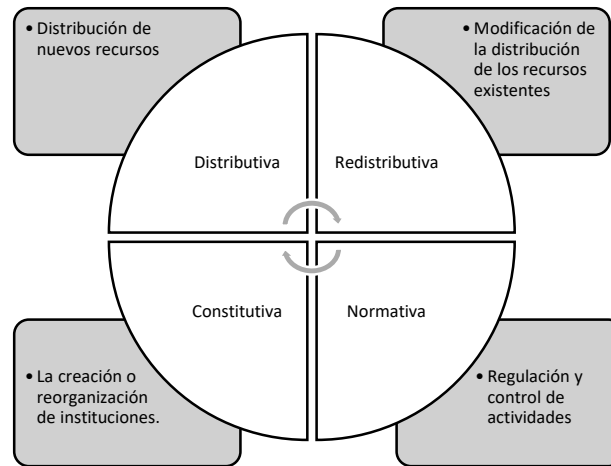
- c) Una coherencia al menos intencional: Una política que quiera implementarse presupone una cierta base conceptual de partida.
- d) Existencia de diversas decisiones y actividades: Las políticas públicas se caracterizan por constituir un conjunto de acciones que rebasan el nivel de la decisión única o específica, pero que no llegan a ser una declaración de carácter muy amplio o genérico.
- e) Programa de intervenciones: Este conjunto de decisiones y de acciones debe, además, contener decisiones más o menos concretas e individualizadas.
- f) Papel clave de los actores públicos: Este conjunto de decisiones y de acciones solo podrá considerarse como una política pública en la medida en que quienes las toman y las llevan a cabo lo hagan desde su condición de actores públicos (pp. 38-39).

2.4 Tipos de políticas públicas

Algunos académicos han planteado la clasificación de las políticas públicas con la finalidad de facilitar su comprensión y estudio. Su clasificación puede atender a múltiples aspectos y se podrá encontrar tantas clasificaciones como autores que aborden su análisis.

Lowi (1964,1972), plantea una clasificación atendiendo a su naturaleza distributiva, normativa, constitutiva y redistributiva. Esta es una de las clasificaciones que mayor influencia han tenido, a pesar de las críticas que se le han realizado, atendiendo a diversos factores, por ejemplo, por considerarse demasiado simplista o sospechosa desde el punto de vista metodológico (Parsons 2012).

Figura 1. Tipos de políticas



Fuente: Elaboración propia con base en Lowi (1964; 1972).

2.5 El método de la política pública. Su ciclo.

Las fases o ciclos de las políticas públicas pueden llegar a ser variados dependiendo de cada autor. Sus fases o ciclos hacen referencia a cada estado sucesivo del proceso que siguen las políticas públicas. Es una secuencia lógica con diversas duraciones y niveles de intervención jerárquica. Aún y cuando cada autor imprima alguna característica adicional, el ciclo de las políticas públicas es el mismo en esencia.

La política pública inicia en una etapa de generación y/o surgimiento, seguida de la formulación y/o diseño, implementación y/o puesta en marcha, evaluación y la terminación. A continuación, se analizará el ciclo de las políticas públicas que abordan tres importantes estudiosos de la materia, iniciando Mauricio Merino (2013):

Para Merino (2013), la política pública es la intervención que lleva a cabo el Estado con la finalidad de modificar el *status quo* en un sentido determinado. El proceso central para hacer una política pública se compone principalmente por: una selección, definición causal, ejecución del proyecto y una propuesta de evaluación. El ciclo, que de acuerdo al autor siguen las políticas públicas, se explica en las siguientes fases:

- a) **La selección del problema**, es el primero de los pasos para hacer una política pública. Consiste fundamentalmente justificar adecuadamente las razones por las cuales el Estado habría de intervenir para afrontar este problema (Merino, 2013).
- b) **Definición del problema**. Tras la selección del problema es importante definirlo desde sus causas y lo que se busca modificar de las situaciones que lo generaron, asumiendo esas definiciones con todas sus consecuencias. De acuerdo con el autor en cita, definir el problema significa comenzar a darle solución. La definición del problema implica identificar las causas que le dieron origen y las vías más factibles para darle solución, así como un compromiso explícito y público de los resultados que se esperan alcanzar (Merino, 2013).
- c) **El “mapa de ruta”**, no solo se trata del diseño del programa de acción sino la argumentación sobre los propósitos de su puesta en marcha, por un lado, y por el otro, el análisis de las posibles condicionantes que vayan figurando en el proceso. La adecuada argumentación y el marco de los valores, son los elementos que justifican la intervención del Estado para la solución del problema. Una adecuada argumentación, permitirá hacer explícitos los valores y los propósitos que se persiguen desde un principio, y así mismo quedará manifiesta la capacidad de persuasión que les permitirá sostenerse al paso del tiempo. La argumentación consta de tres partes: la técnica, que consiste en los datos que sustentan el diagnóstico original, así como las soluciones planteadas; las políticas, que consisten las consideraciones con base en las cuales se eligió ese problema respecto de otros; y la finalmente, la social, que es la forma elegida para comunicar a la sociedad la definición del problema y la ruta de solución (Merino, 2013).
- d) **Evaluación de capacidades y restricciones**, en ese paso del ciclo de las políticas públicas se debe identificar las restricciones institucionales, así como el cálculo de las capacidades para llevar a cabo la política y enfrentar las limitaciones que pongan en riesgo su éxito (Merino, 2013).
- e) **Implementación, o “el campo de batalla”**, es la parte más compleja y desafiante de las políticas públicas, pues invariablemente se encontrarán dificultades no

previstas, resistencias culturales, objeciones de terceros, limitaciones o modificaciones normativas o de presupuesto (Merino, 2013).

f) **Evaluación**, una vez implementada la política pública todavía requiere que se evalúen los resultados obtenidos, analizar que los procesos planteados se cumplan, revisar los objetivos y volver a actuar, es decir, el ciclo de las políticas públicas nunca termina.

A continuación, se abordan los ocho pasos de las políticas públicas que plantea Bardach (2008):

- a) **Definición del problema.** Este es un paso de fundamental importancia en el ciclo de las políticas públicas, por ello es imperativo que se defina bien, con claridad y precisión cuál será el problema público del que se pretende ocupar (Bardach, 2008).
- b) **Obtención de información.** En este punto, es importante tener en cuenta la dimensión cuantitativa del problema que se va a abordar. Se requiere recabar datos, esta información tiene tres propósitos principales: El primero, es evaluar la naturaleza y extensión de los problemas que se están tratando de definir; el segundo, es evaluar las características particulares de la situación concreta de la política que se pretende estudiar; y, el tercero, es evaluar las políticas que por lo menos algunas personas han pensado que funcionarían bien en situaciones aparentemente similares a la suya, ya sea en otras jurisdicciones o en otro momento (Bardach, 2008).
- c) **Construcción de alternativas.** Una vez planteado el problema, se requiere construir alternativas de solución que se pretendan llevar a la práctica. La mejor opción siempre será la que busque dar una solución de fondo al problema y que cuente con el consenso de los actores involucrados en esa acción o conjunto de acciones (Bardach, 2008).
- d) **Selección de criterios.** La selección de alternativas debe regirse bajo el principio de que el criterio más importante es que el resultado proyectado resuelva el problema de política en un grado aceptable. Para la elección de alternativas se puede hacer uso del análisis costo-efectividad y costo-beneficio. El primero analiza los recursos disponibles y trata de encontrar la mejor forma de utilizarlos, buscando la optimización de los resultados y

la minimización de los costos. El segundo, procura mantener una proporcionalidad razonable entre los recursos y los resultados esperados. Cuando hay valores de por medio, se debe considerar como ponderar valores opuestos, para ello existen dos enfoques; el primero consiste en dejar que la ponderación sea efectuada posteriormente por los procesos y organismos gubernamentales y políticos existentes y el segundo, consiste en imponer una solución en función de una determinada concepción filosófica o política, una ideología. No todos los criterios que intervienen en un análisis son parte de la línea evaluativa. Algunos son puramente prácticos y forman parte de la línea analítica (Bardach, 2008). Los más importantes son:

1. **Legalidad.** Una política viable no debe violar los derechos constitucionales, estatutarios o de la ley común (Bardach, 2008).
 2. **Aceptabilidad política.** Una política viable debe ser políticamente aceptable, o al menos no inaceptable. La inaceptabilidad política es una combinación de dos cosas: "demasiada" oposición y/o "muy poco" apoyo (Bardach, 2008).
 3. **Solidez.** Una opción de política, por lo tanto, debe ser lo suficientemente sólida para que, aunque el proceso de implementación no sea fácil, los resultados de la política sean satisfactorios (Bardach, 2008).
 4. **Perfectibilidad.** Debe existir la posibilidad de que los implementadores de políticas perfeccionen el diseño original (Bardach, 2008).
 5. **Programación lineal:** Es una técnica matemática que sirve para optimizar la elección cuando se tiene un objetivo principal o una función objetivo y pocos recursos que maximizar. Es decir, se busca maximizar los objetivos con recursos limitados (Bardach, 2008).
- e) **Proyección de resultados.** Para cada una de las alternativas se debe proyectar todos los efectos posibles. La proyección depende de la comprensión de la relación causa-efecto. Es importante estudiar sistemáticamente los posibles escenarios adversos. La

elaboración de una matriz de resultados aporta una gran cantidad de información útil a la cual se puede acudir de manera más simple (Bardach, 2008).

- f) **Confrontación de costos y beneficios.** Las políticas públicas tienen implicaciones tanto económicas como sociales, lo que lleva, sin descuidar lo económico, a considerar otros factores, que derivan de un criterio básico: en el sector público el objetivo es la creación de valor público, lo que no implica desperdiciar recursos pero sí tener en cuenta otros criterios, que muchas veces deben aplicarse para corregir las “fallas del mercado” y mejorar la calidad de vida de las poblaciones (Bardach, 2008).
- g) **Decisión.** Este paso tiene como finalidad verificar cuán bien se ha realizado el trabajo hasta ese momento (Bardach, 2008).
- h) **La comunicación de la política pública.** La comunicación debe mostrar que la política propuesta cubre los objetivos y metas percibidas como satisfacción de los requerimientos sociales; que los estudios sociales y económicos son acordes con las necesidades sentidas por la población; que las relaciones entre los sectores involucrados son aceptables y que los efectos esperados son los que verdaderamente se desean. La comunicación debe ser clara y sencilla, basada en la proyección de los resultados esperados y en la comparación de costos y beneficios, para mostrar porqué esa política pública debe ser implementada y que esa alternativa adoptada es la más conveniente para el caso (Bardach, 2008).

La perspectiva cíclica de las políticas públicas debe tomarse como un marco de referencia y no de forma mecánica (Subirats, 2008). De manera más precisa, se presentan las fases de las políticas públicas, tomando como referencia a Subirats (2008):

- a) **Surgimiento y de percepción de los problemas,** en esta fase se identifica la existencia de un problema, al producirse una situación, una necesidad colectiva, una carencia o bien, una insatisfacción que además es identificable directa o indirectamente y respecto de la cual se busca una solución (Subirats, 2008).
- b) **Incorporación a la agenda política.** En esta fase el problema es considerado por los actores claves quienes definirán qué problemas merecen ser atendidos (Subirats, 2008).

c) La formulación de la política, en esta fase se da una interacción entre los diferentes actores. Por un lado, los actores públicos definirán el modelo causal, y por el otro, los actores sociales intentarán influenciar en mayor o menor grado, posteriormente, se formula el programa de actuación y se definen los objetivos, instrumentos y procesos que deberán ponerse en marcha para dar solución al problema (Subirats, 2008).

d) La implementación, esta fase consiste en la puesta en marcha del programa de política pública al caso que se pretende dar solución (Subirats, 2008).

e) La evaluación, es la última fase de proceso de la política pública, que tiene como finalidad recopilar sistemáticamente información que sirvan para determinar los resultados y efectos del programa de política pública en términos del impacto que tuvo en la solución del problema (Subirats, 2008).

En la siguiente tabla se presentan las fases que toman en cuenta algunos autores en el ciclo de las políticas públicas.

Tabla 4. Etapas o fases de las políticas públicas.

Autores	Etapas o fases de la política pública							
Downs (1972)	Pre-problema	Descubrimiento del alabrado y	Calcular costos y beneficios	Declive del interés público en el tema	Quiescencia o post-problema			
Bardach (2008)	Definición del problema	Obtención de información	Construcción de alternativas	Selección de criterios	Proyección de los resultados	Confrontación de costos	Decida	Cuenta su historia
Merino (2013)	Selección del problema	Definición del problema	Mapa de ruta	Evaluación de restricciones y capacidades	Implementación	Evaluación		
Carlos Ruiz Sánchez (2013)	Identificar y definir los problemas	Percibir la problemática actual o futura	Seleccionar soluciones	Establecer objetivos o metas	Seleccionar los medios	Implementación		
CEPAL	Agenda Pública	Formulación de política	Proceso de decisión	Implementación	Evaluación			
Mayo y Wildavski (1978)	Establecimiento de la agenda	Análisis de los temas	Sistema de Prestación de servicios	Implementación	La utilización de la evaluación de las políticas	Terminación		
Eugenio Lahera	Agenda	Diseño de la Política Pública	Gestión del Gobierno	Evaluación de políticas públicas				
Joan Subirats (2008)	Surgimiento y percepción de los problemas	Incorporación a la agenda pública	Formulación de la política	Implementación	Evaluación			

Fuente: Elaboración propia con base en los autores y obras de referencia.

2.6 Los actores de las políticas públicas

Las políticas públicas se caracterizan por la diversidad de los agentes y recursos que intervienen en cada una de sus fases. Estos agentes o actores son públicos o privados. El proceso de las políticas es una sucesión de intercambios complejos y dinámicos entre estos actores que interactúan en escenarios formales o informales (Stein, 2006).

El común denominador de las políticas públicas es que están constituidas por un conjunto de actividades llevadas a cabo por los actores públicos. En este caso se está hablando del Estado y sus instituciones. Los partidos políticos, las legislaturas y el presidente conforman el núcleo central de actores; son una pieza clave en el proceso de la política pública, ya que en los sistemas democráticos como el de México, desempeñan funciones de representación democrática, definición de la agenda, la formulación, adopción y ejecución de las políticas, de manera compartida con otros actores con roles formalmente establecidos en el máximo ordenamiento legal, como el gabinete, el poder judicial y la burocracia y otros actores con roles informales como los sindicatos, grupos de empresarios, medios de comunicación, etc. (Stein, 2006).

El presidente y la legislatura desempeñan un papel protagónico en el proceso de formulación de política pública. El presidente debe tener la capacidad de obtener el apoyo del legislativo para llevar a cabo su programa de gobierno, ya que de lo contrario puede afectar el proceso de adaptabilidad de las políticas que implica la imposibilidad de abandonar políticas fallidas, adaptar y/o hacer ajustes que favorezcan al bienestar general. Se espera que las legislaturas representen formalmente los intereses y las necesidades de la sociedad al momento de formular políticas, identifiquen problemas latentes y formulen y aprueben leyes para resolverlos. Las legislaturas pueden involucrarse en la formulación de las políticas de manera constructiva promoviendo con ello su sostenibilidad. Otros actores fundamentales son los partidos políticos, estos influyen en la relación entre el ejecutivo y el legislativo, en las posibilidades de coordinación en el Congreso y en los incentivos de los funcionarios electos para atender a sectores más estrechos o amplios de la sociedad (Stein, 2006).

Los actores privados participan en la construcción y estructuración del espacio de una política pública sin que ello implique control gubernamental directo sobre su proceder. Dentro de los actores privados se encuentran tres grupos: el grupo-objetivo, que esta compuesto por personas y organizaciones cuya conducta se considera la causa directa o indirecta del problema colectivo que la política pública intenta resolver; el grupo de beneficiarios finales que tienen la característica de ser los que el problema colectivo afecta directamente, sufriendo sus efectos negativos. Por último, el grupo de terceros, son aquellos a quienes sin que la política pública les esté directamente destinada, ven como su situación individual y/o colectiva puede modificarse más o menos de manera permanente, ya sea positiva o negativamente; en el primer caso, se denominan beneficiarios, a veces involuntarios de la puesta en marcha de la política pública; en el segundo caso, se habla de afectados, que son los que las políticas públicas impactan de manera negativa (Subirats, 2008).

Los diferentes tipos de actores mencionados de acuerdo con Subirats (2008), conforman el “triángulo de base” de las políticas públicas. Las autoridades político-administrativas: actores públicos; los grupos objetivos; y, los beneficiarios finales: actores privados; constituyen los tres polos del triángulo. Los actores privados a quienes la política pública impacta indirectamente (terceros afectados o beneficiados) se ubican en la periferia de esos tres polos (p. 63).

2.7 Características de las políticas públicas

Del acuerdo con el informe 2006 del BID, las siguientes características de las políticas públicas son tan importantes como el contenido específico de las mismas en tanto que son componente clave del desarrollo económico:

- **Estabilidad:** Se refiere a capacidad del Estado de sustentar las políticas a largo plazo; esto no significa que estas no puedan modificarse, pero estos cambios deben responder a shocks económicos o al fracaso de políticas previas, y no a cuestiones de índole política (Stein, 2006).

- **Adaptabilidad:** Es la medida en la cual pueden ajustarse las políticas cuando fallan o cuando cambian las circunstancias (Stein, 2006).
- **Coordinación y coherencia:** Es el grado en que las políticas son producto de acciones coordinadas entre los múltiples actores que participan en su diseño e implementación, y que guardan coherencia con políticas conexas (Stein, 2006).
- **Calidad de la implementación y de la efectiva aplicación.** Se refiere a la eficacia de las políticas, al no quedar truncadas en el diseño y su respectiva aprobación, sino que se asegure su eficaz implementación (Stein, 2006).
- **Orientación al interés público:** el grado en que las políticas procuran promover el bienestar general (Stein, 2006).
- **Eficiencia:** el grado en que una asignación de los recursos escasos garantice altos rendimientos (Stein, 2006).

2.8 Políticas públicas con enfoque de derechos humanos

El fenómeno de la redemocratización de los países latinoamericanos en las últimas décadas del siglo XX, estuvo acompañado de una reconceptualización de los derechos humanos y la democracia. El escenario político y social también sufrió transformaciones que sacó a la luz nuevos problemas sociales. El reconocimiento ético de derechos de ciertos sectores vulnerables promovido a nivel internacional por el Sistema de las Naciones Unidas coadyuvó a legitimar políticamente estas discusiones y destinar esfuerzos en operacionalizar concepciones éticas propias de la doctrina de los derechos humanos en políticas públicas (Guendel, 2002).

Derivado de lo anterior, se dió un giro en la reconceptualización del derecho, que dejó de ser visto como un instrumento de dominación de clase, para entenderse como un instrumento que puede ser efectivo para revertir la desigualdad real; como un mecanismo de integración social (Guendel, 2002). Esa visión histórica de los derechos humanos entendidos como un medio para poner límites a las formas abusivas del ejercicio del poder del Estado, como obligaciones negativas traducidas al no hacer o al evitar violaciones, cambió y los principios, reglas y estándares internacionales de los derechos humanos, aclararon esta visión

al determinar que no solo se trataba de obligaciones negativas del estado sino también de obligaciones positivas, es decir, de aquellas acciones que se deben hacer para lograr la realización de los derechos políticos y civiles así como de los DESC (Derechos Económicos, Sociales y Culturales), de tal suerte que hoy en día, los derechos humanos son pensados no solo como un límite a gobiernos opresores y autoritarios sino como instrumentos o programas que puede servir para guiar y orientar políticas públicas de los Estados contribuyendo a fortalecer las instituciones democráticas (Abramovich, 2006).

El pilar fundamental del enfoque de derechos en las políticas públicas considera al derecho internacional de derechos humanos como el marco conceptual que ofrece principios y reglas en el ámbito del desarrollo admitiendo una definición más precisa de las obligaciones de los Estados respecto de los derechos comprendidos en estrategias de desarrollo de los DESC y Derechos Civiles y Políticos (Abramovich, 2006).

Toda política pública basada en derechos, deberá tomar en cuenta los principales valores que emanan de la Declaración Universal de los Derechos Humanos así como los textos declarativos y convencionales posteriores, a saber: Principios de dignidad humana, de no discriminación y el de sociedad democrática. En ese sentido, una política pública debe partir de las demandas de la sociedad, para lo cual debe antes empoderarla (Garretón, 2017). En palabras de Portocarrero (1995), “La forma elitista, secreta y tecnocrática en que se han realizado los procesos de ajuste en América Latina no pueden ser reproducidos para el caso de la reforma del sector social” (pág. 73). En ese sentido, el Estado debe evaluar sus políticas públicas con un enfoque de derechos, y la forma en que se relaciona con la sociedad civil, con la finalidad de responder de mejor forma a las necesidades sociales (Garretón, 2017).

Bajo el enfoque de derechos de las políticas públicas, los Estados no pueden eximirse de las obligaciones que contraen al suscribir los tratados internacionales. Tanto el DESC, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos y Culturales (PIDESC) obliga a los Estados a “adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados,

inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”. Esta obligación es de comportamiento y no de resultado, por tanto debe satisfacerse de manera inmediata. Para dar cumplimiento a este precepto no basta, como sucede comunmente en México, que las autoridades se escuden en la falta de recursos económicos para hacer frente a las obligaciones que les impone el texto constitucional en materia de DDHH (Derechos Humanos), pues cuando se hace el señalamiento de “hasta el máximo de los recursos de que disponga” los redactores del pacto tenían la intención, de referirse tanto a los recursos existentes dentro de un Estado como a los que pone a su disposición la comunidad internacional mediante la cooperación y la asistencia internacionales (Garretón, 2017).

Bajo ese orden de ideas, se afirma que los principios antes referenciados de dignidad humana, no discriminación y sociedad democrática, deben operar en todo momento en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. Y es precisamente bajo estos principios que el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados parte no pueden dejarse al arbitrio discrecional de la voluntad de las autoridades políticas.

Capítulo 3. Sistema Nacional de Salud

Los sistemas nacionales de salud, son la respuesta social organizada para que los países puedan enfrentarse a los retos de mejorar, mantener y acrecentar el nivel de la salud de los ciudadanos. Son herramientas que contribuyen al bienestar social y un recurso que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever los del futuro (Gómez, 2011).

En el presente capítulo se describe el SNS, abarcando su organización administrativa, actores más relevantes, los usuarios del sistema para arribar al IMSS en el que se realiza un estudio enfocado en la atención médica y más adelante, del HGR No. 1, del IMSS-Michoacán, cuya importancia deriva del constituir la unidad de análisis del estudio de caso que aborda la presente investigación.

3.1 Organización Administrativa

El Poder Ejecutivo de la Unión se deposita en un solo individuo, que se denomina "Presidente de los Estados Unidos Mexicanos" (Art. 80 de la CPEUM). Se integra por dos elementos: el titular del Poder, es decir, el Presidente de la República, y el conjunto de órganos que colaboran y están subordinados a él.

El titular del Poder Ejecutivo Federal, tiene una doble misión, la primera política, en virtud de que representa un poder, tiene en sus manos el Poder del Estado y el ejercicio de dicho poder constituye el gobierno; y la segunda administrativa, es aquella que le da el carácter de Jefe de la Administración Pública Federal (Moto Salazar, 2002). En concordancia con lo anterior, Luis Humberto Delgadillo (2006), precisa que, en virtud del sistema presidencial, el Presidente de la República, se encuentra investido de un doble carácter: como Jefe de Estado y como Jefe de Gobierno. Bajo la primera investidura, representa a la Nación en el ámbito internacional, mientras que, bajo la investidura de Jefe de Gobierno, es Jefe de la Administración Pública Federal y es el Jefe Supremo de las Fuerzas Armadas.

Las actividades encomendadas al Presidente de la República se pueden clasificar en dos grupos, el primero de naturaleza política, tales como la promulgación y veto de leyes, declaración de la guerra, dirección de la política exterior y celebración de tratados internacionales, convocar a sesiones extraordinarias al Congreso de la Unión, conceder indultos a los reos, entre otros; y el segundo de naturaleza administrativa, cuyas facultades como Jefe de la Administración Pública, se encuentran establecidas en el artículo 89 de la CPEUM (Delgadillo, 2006).

La base constitucional de la administración pública en México se encuentra establecida en los artículos 90, 91, 92 y 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Derivado de ese ordenamiento constitucional se desprende que la Administración Pública Federal es centralizada y paraestatal.

El Presidente de la República, en el ejercicio de sus atribuciones y para el despacho de los negocios del orden administrativo, se apoyará en las siguientes dependencias de la Administración Pública Centralizada: I. Secretarías de Estado; II. Consejería Jurídica, y III. Órganos Reguladores Coordinados en Materia Energética, Comisión Nacional de Hidrocarburos y Comisión Reguladora de Energía; y en las siguientes dependencias de la administración pública paraestatal: I.- Organismos descentralizados; II.- Empresas de participación estatal, instituciones nacionales de crédito, organizaciones auxiliares nacionales de crédito e instituciones nacionales de seguros y de fianzas, y fideicomisos (Art. 2º y 3º de la LOAPF).

Para el despacho de los asuntos del orden administrativo, el Presidente de la República cuenta dentro de la Administración Pública Centralizada, con diversas Secretarías de Estado, entre las que se encuentran: la Secretaría de Gobernación; la Secretaría de Relaciones Exteriores; la Secretaría de la Defensa Nacional; la Secretaría de Marina; la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; la Secretaría de Desarrollo Social; la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales; la Secretaría de Energía; la Secretaría de Economía; la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; la Secretaría de Comunicaciones y Transportes; la Secretaría de Educación Pública; la Secretaría de Salud; la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano; la Secretaría de Cultura; la Secretaría de Turismo, y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal (Art. 26, de la LOAPF).

Al frente de cada Secretaría hay un Secretario de Estado, que tiene como encargo el despacho de los asuntos que la ley le fije como de su competencia. Estas funciones las ejerce por acuerdo del propio Ejecutivo (Fraga, 1999). Todos los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del Presidente deberán estar firmados por el Secretario de Estado a que el asunto corresponda, y sin este requisito no serán obedecidos.

Las dependencias y entidades de la administración pública centralizada y paraestatal conducirán sus actividades en forma programada, con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo establezca el Ejecutivo Federal (Art. 9 de la LOAPF).

3.1.1 Secretaría de Salud

De acuerdo con el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud de México es el órgano del poder ejecutivo federal encargado de la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y de coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal, entre otras.

En la siguiente tabla, se presenta la competencia de la Secretaría de Salud, con base en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) y 13, apartado A y C de la LGS.

Tabla 5. Competencia de la Secretaría de Salud.

Fr.	Art. 39 LOAPF	Fr.	Art. 13 apartados A y C de la LGS
I	Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general (excepto saneamiento del ambiente).		
	Coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal.		
	Coordinar los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen.		
II	Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional.		

Fr.	Art. 39 LOAPF	Fr.	Art. 13 apartados A y C de la LGS
	Organizar la asistencia pública en el Distrito Federal.		
III	Aplicar a la asistencia pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública.		
	Administrar el patrimonio de la beneficencia pública en el Distrito Federal a fin de apoyar los programas de servicios de salud.		
IV	Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada.		
V	Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.		
VI	Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud.	VI VII	Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento. Coordinar el Sistema Nacional de Salud.
	Proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de		

Fr.	Art. 39 LOAPF	Fr.	Art. 13 apartados A y C de la LGS
	asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.		
	Propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en el Sistema Nacional de Salud.		
	Determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.		
VII	Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud.	II	En las materias enumeradas en las fracciones I, III, V, VI, XVII bis, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII y XXIX, del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud.
VIII	Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general, incluyendo las de asistencia social, por parte de los sectores público, social y privado, y verificar su cumplimiento.	I	Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento.

Fr.	Art. 39 LOAPF	Fr.	Art. 13 apartados A y C de la LGS
IX	Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República.		
X	Dirigir la policía sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana.		
XI	Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana.		
XII	Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas.		
XIII	Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario.		
XIV	Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana.		

Fr.	Art. 39 LOAPF	Fr.	Art. 13 apartados A y C de la LGS
XV	Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra.		
XVI	Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad.		
XVII	Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo.		
XVIII	Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República,		

Fr.	Art. 39 LOAPF	Fr.	Art. 13 apartados A y C de la LGS
	exceptuando aquellos que se relacionan exclusivamente con la sanidad animal.		
XIX	Organizar congresos sanitarios y asistenciales.		
XX	Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal.	III	Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto.
XXI	Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General.	V VII IX	Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general. Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional. Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general.

Fr.	Art. 39 LOAPF	Fr.	Art. 13 apartados A y C de la LGS
XXII	Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento.	VII bis	Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud.
XXIII	Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados.		
XXIV	Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos.	X	Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que se establezcan en esta Ley y en otras disposiciones generales aplicables.
		IV	Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia.
		C	Corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de

Fr.	Art. 39 LOAPF	Fr.	Art. 13 apartados A y C de la LGS
			narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de esta Ley.

Fuente: Cano (2014, págs. 163-168).

La competencia y organización de la Secretaría de Salud, se encuentra regulada en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. De acuerdo con este reglamento, la Secretaría de Salud es una dependencia del poder Ejecutivo Federal, que ejerce las atribuciones y facultades que le confieren la LOAPF, la LGS y otras leyes, así como los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del presidente de la República (Art. 1º RISSa).

Al frente de la Secretaría de Salud está el secretario de despacho (Art. 2, RISSa) Orgánicamente, se compone del secretario del ramo, servidores públicos, unidades administrativas, órganos desconcentrados, y comités de coordinación interna.

3.2 Consejo de Salubridad General

De acuerdo con la LGS, en sus artículos 15 y 17, se estipula entre otras cuestiones que el Consejo de Salubridad General es un órgano que depende directamente del Presidente de la República, las principales tareas encomendadas a este cuerpo colegido presidido por el Secretario de Salud, son las de dictar medidas contra adicciones y prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud; los programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud; el establecimiento de nuevos estudios que requiera el desarrollo nacional en materia de salud; la elaboración del Cuadro Básico de Insumos del sector salud; y el análisis del marco legal en materia de salud para su modificación.

El Consejo de Salubridad General, para el cumplimiento de sus funciones cuenta con las siguientes comisiones, de acuerdo con su Reglamento Interior:

La Comisión de Integración Funcional del Sistema Nacional de Salud, tiene a su cargo definir las líneas estratégicas de articulación y las acciones necesarias para su implementación, seguimiento y evaluación, de manera coordinada con las instancias del Sistema Nacional de Salud y otras; así como formular recomendaciones que conduzcan al establecimiento de un modelo integrado de atención a la salud (art. 16).

La Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud elaborará el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica, el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel y otros que determine el Consejo (Art. 17).

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica propone al Consejo los criterios e instrumentos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan servicios de salud, dictamina sobre los resultados de la evaluación y los presenta al Consejo (Art. 18).

La Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos, tiene como función las de estudiar, analizar y proponer los tratamientos y medicamentos asociados que se considerarán gastos catastróficos por implicar un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren, con el objeto de someterlos a la aprobación y prioridad que determine el propio Consejo (Art. 19).

La Comisión Consultiva Científica, que somete al Consejo aquellos asuntos relativos a la innovación, investigación, desarrollo, transferencia del conocimiento y de tecnologías, que se consideren relevantes para el Sistema Nacional de Salud (Art. 20).

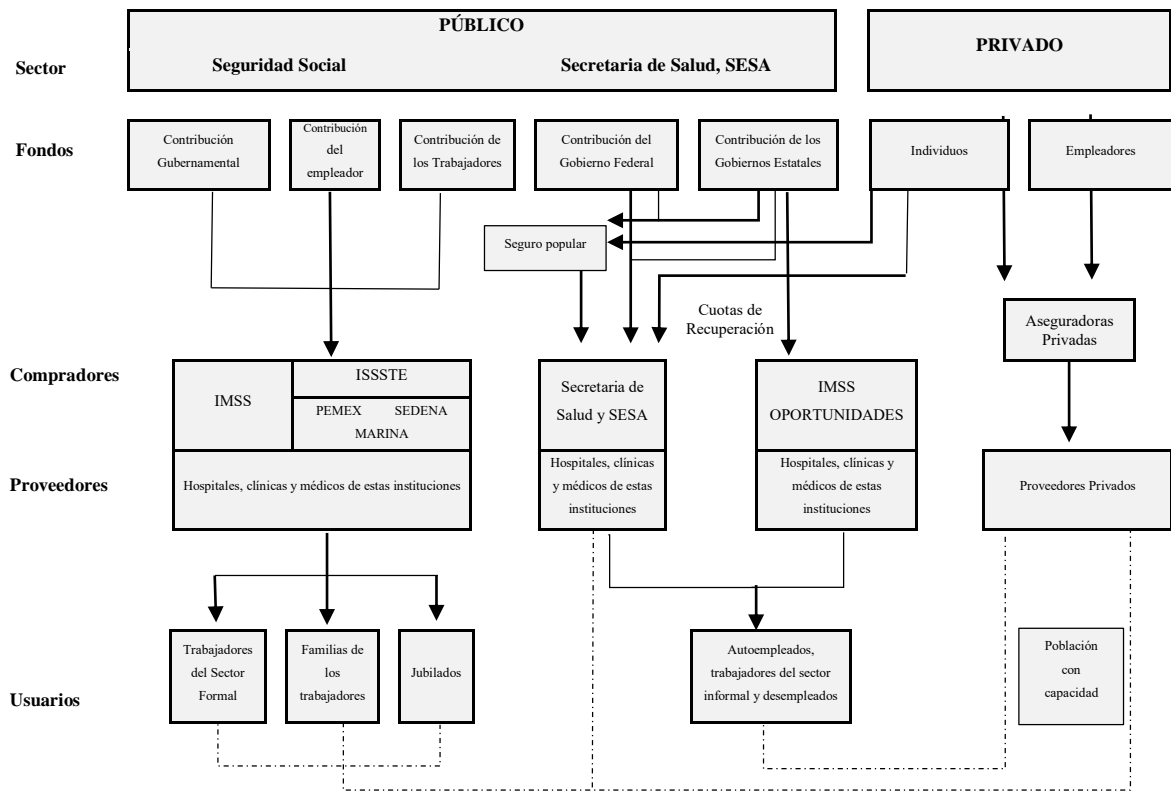
La Comisión Consultiva Ciudadana, tiene la función de informar y opinar sobre los asuntos que involucran la salud pública y que sean de interés de la sociedad civil, ser vínculo entre ésta y el Consejo, así como opinar en estrategias de comunicación social (Art. 21).

3.3 Sistema Nacional de Salud

El gobierno federal, a través de la SSa, tiene como principal tarea la rectoría del SNS, que incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. Algunas de estas tareas, como la regulación de la atención a la salud, las desarrolla en colaboración con diversos cuerpos profesionales e instituciones de la sociedad civil (Gómez, 2011).

El Sistema Nacional de Salud nació con la reforma a la Ley General de Salud de 1984. Se encuentra conformado por los sectores público y privado. En el sector público se ubican instituciones de seguridad social como Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Entre las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social se encuentran la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Gómez, 2011). En la siguiente figura se explica gráficamente la conformación del SNS.

Figura 2. Sistema de Salud en México.



Fuente: Gómez, *et al.*, (2011, pág. 221), Revista de Salud en México.

La Secretaría de Salud es la encargada de la coordinación del SNS (Art. 7, de la LGS). Las entidades federativas, en el ámbito de sus competencias, participan en el sistema mediante acuerdos de coordinación que se celebran entre estas y la Secretaría de Salud. Las entidades federativas deben planear, organizar y desarrollar sus sistemas estatales de salud (Art. 9, de la LGS).

La SESA, promoverá la participación de los prestadores de servicio de salud de los sectores público, privado, social y de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, mediante contratos y convenios celebrados entre estos y la Secretaría de Salud, en donde se deben definir las responsabilidades que asuman las partes; determinar las acciones

de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salud; especificar el carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría de Salud, y expresar las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes (Art. 11, de la LGS).

A continuación, se presenta una breve reseña de los organismos en materia de salud pertenecientes al SNS.

3.3.1 Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS, fundado en 1943, es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, al concurrir los sectores público, social y privado. Tiene carácter de organismo fiscal autónomo (art. 5, LSS). Tiene como misión principal la de otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como enfermedad, invalidez, la vejez o la muerte.

El IMSS tiene un mandato legal que deriva del artículo 123 constitucional, cuya misión es ser un instrumento básico de la seguridad social, que de acuerdo con la LSS, tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que en su caso, y previo al cumplimiento de ciertos requisitos legales, será garantizada por el Estado (art. 2, LSS).

3.3.2 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El ISSSTE fundado en 1960, es un órgano público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios. Este organismo conforma un sistema de seguro social, que se compone del Estado, que adicionalmente funge como la parte patronal, y los trabajadores al servicio de la Administración Pública (Mendizábal, 2007).

3.3.3 Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas

El ISSFAM, es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio (art. 1, LISSFAM). Es un instituto de Seguridad Social especializado, creado en el año de 1976, tiene como objetivo la protección social de uno de los sectores cuya actividad laboral es de alto riesgo.

3.3.4 IMSS-PROSPERA

IMSS-PROSPERA, es un programa de salud del Gobierno Federal, administrado por el IMSS, que tiene como misión fomentar y cuidar de manera integral la salud de los mexicanos sin seguridad social y son habitantes de zonas rurales o urbanas marginadas o en condiciones de extrema pobreza. Como parte del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Protección Social en Salud, IMSS-PROSPERA contribuye a garantizar la universalidad del derecho constitucional a la protección de la salud para la población adscrita territorialmente al Programa. Lo anterior de conformidad con el acuerdo de las reglas de operación del Programa.

3.3.5 Seguro Popular

El Seguro Popular no es una institución y tampoco se rige bajo los mismos principios de los seguros sociales mexicanos. Las últimas reformas de la LGS, dieron lugar a un “instrumento de aseguramiento público” denominado “Seguro Popular”. Surgió como un programa piloto en cinco entidades del país, con la finalidad de brindar protección financiera a la población que carecía de Seguridad Social, y con ello evitar el empobrecimiento familiar. Lo anterior mediante un seguro público y voluntario en materia de salud. Finalmente, y tomando en cuenta el éxito en el registro de familias inscritas, se proyectó a nivel nacional. Una vez aprobadas las reformas de los años 2003 y 2004, a la LGS y sus reglamentos, se crea el “Seguro Popular”, como un programa de asistencia social, que pretende satisfacer una responsabilidad del Estado, es una acción de prevención y protección de la economía de las familias económicamente más vulnerables, con el objetivo de mejorar las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo de los individuos y de personas en estado de

necesidad con el ánimo de que se incorporen a una vida plena y productiva. Este programa se rige y coordina por la SSa (Mendizábal, 2007).

3.4 Beneficiarios del Sistema Nacional de Salud

De acuerdo al artículo 4º fracción III de la CPEUM, toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Sin embargo, el sistema mexicano de salud, se encuentra fragmentado, de tal suerte que los beneficios que reciben los mexicanos, dependerá del sector de la población al que pertenezcan.

Los beneficiarios de las instituciones de salud en el país, se pueden clasificar en dos grupos: los que reciben servicios de salud del sector público y los que lo reciben del sector privado (Cano, 2014).

En México, existen tres diferentes grupos de beneficiarios de las instituciones de salud. El primero corresponde a los trabajadores que pertenecen al sector formal de la economía, es decir, trabajadores asalariados, jubilados y sus familias; el segundo, está conformado por trabajadores del sector informal de la economía, autoempleados, desempleados, quienes se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias, y el tercero, por personas con capacidad de pago (Gómez, 2011).





Los trabajadores del sector formal de la economía y sus familias son beneficiarios de las instituciones de seguridad social, en donde el IMSS cubre al 80% de esta población, brindando atención en unidades y con médicos y enfermeras propios. El resto son atendidos por el ISSSTE, y por los hospitales que pertenecen a PEMEX, SEDENA y SEMAR, y por médicos y enfermeras propios (Gómez, 2011).

El grupo de la población que se conforma con autoempleados y trabajadores de la economía informal, desempleados y quienes se encuentran fuera del mercado trabajo de sus familias y dependientes, originalmente acudían a recibir servicios de salud en la SSa, SESAs y en el IMSS-O, sobre una base asistencial. Después de la reforma a la Ley General de Salud en el 2003, en el que se dio origen al Sistema de Protección Social en Salud y el SPS como brazo operativo, a partir del 1º de enero de 2004, este seguro entró en operación y cubrió a

este sector de la población que estaba fuera de la seguridad social convencional (Gómez, 2011).

Por último, el grupo de la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo. De acuerdo con Gómez (2011), las personas con seguridad social, también llegan a utilizar los servicios de salud del sector privado, en particular los servicios ambulatorios.

Tabla 6. Sistema de ofrecimiento de Servicios de Salud en México.

Sector Público			Sector Privado
Seguridad Social atado a empleo	Servicio de salud a población abierta. Población sin seguridad social		Servicios de salud a población con capacidad de pago
Sistema de seguridad social atado al empleo asalariado	Atención a población abierta seguridad social no atado al empleo par no asalariados	Atención a población abierta-sistema asistencialista para los no asalariados	Servicios de salud para población con capacidad de pago
			
IMSS, ISSSTE, Sedena, Semar, Pemex, Sedena	Sistema de protección social en salud	SSa, SESAs, HFR, HARE, Insalud, universitarios	Hospitales, clínicas y consultorios privados

Fuente: Cano (2014, p. 186).

3.5 Antecedentes de los Seguros Sociales y la Seguridad Social

Previo a entrar al estudio del IMSS como una de las instituciones de seguridad social del sector salud, es importante hablar sobre el origen de la Seguridad Social en el mundo y como se estableció en México.

El germen de la seguridad social se encuentra inscrito en la humanidad desde los tiempos más remotos. Cuando el hombre se enfrentó a las agresiones de un mundo para él desconocido, a las enfermedades y vicisitudes de la vejez y la imposibilidad de subsistir por sus propios medios, tuvo la necesidad de conformar tribus, aldeas, ciudades y estados en búsqueda de seguridad frente a un enemigo exterior (Nugent, 1997).

En las culturas del mundo antiguo como Egipto existían instituciones de defensa y ayuda mutua en caso de enfermedad. En Grecia, los ciudadanos que no podían subvenir por sus limitaciones físicas eran auxiliados, y los hijos de quienes morían defendiendo el Estado, se les daba educación. En Roma, surgieron asociaciones de artesanos con propósitos mutuales, religiosos y de asistencia a los colegios y a sus familiares. Las guildas, oriundas de Escandinavia y extendidas en Gran Bretaña y los pueblos germanos en el siglo VII, fueron asociaciones de asistencia mutua, encaminadas a ayudar y socorrer en determinadas circunstancias a los enfermos bajo el principio de la solidaridad (Nugent, 1997).

El hombre ha tenido que enfrentarse a la indigencia, la enfermedad y otras contingencias sociales, pero ante tales escenarios, ha encontrado de una u otra forma, la manera de solventar estas necesidades, desde los sistemas más sencillos con ahorro individual, mutualismo, hasta los seguros sociales y la seguridad social (Nugent, 1997).

Al producirse la primera Revolución Industrial, el escenario al que se enfrentaba la población era difícil, los trabajadores laboraban jornadas extenuantes, bajo condiciones laborales lamentables y por salarios muy bajos. Se encontraban desamparados ante riesgos y contingencias sociales, que en caso de presentarse debían ser cubiertas por ellos mismos, situación por la cual se veían obligados a enviar a trabajar a sus esposas e hijos. En este desolador panorama, aparecen los sistemas iniciales de protección como el ahorro privado,

la mutualidad, el seguro privado, la responsabilidad civil y la asistencia pública que, si bien aliviaron un poco la carga, lo cierto es que no dieron solución integral a los riesgos y contingencias sociales (Nugent, 1997).

Un avance en materia de seguridad social, lo constituyeron los Seguros Sociales los que se establecieron para dar solución la problemática que no había sido resuelta por los sistemas iniciales de protección. Este fue un logro que tuvo lugar en Alemania, atribuido al Canciller de Hierro, Bismark en el año de 1883, quien presentó ante el parlamento, un proyecto de Seguro obligatorio contra accidentes y enfermedades para proteger a los trabajadores de la industria en forma obligatoria contra el riesgo de enfermedad y la maternidad, y cuya financiación estaría a cargo de los trabajadores en dos terceras partes y de los empresarios en una tercera parte. Este sistema se extendió a los trabajadores de la agricultura en 1886 y de los transportes en 1892. El proyecto del seguro contra accidentes de trabajo, fue impugnado por el *Reichtag*, argumentando que el riesgo de trabajo lo producían los empleadores, era a ellos quienes les correspondía realizar las aportaciones correspondientes. Finalmente, en 1884, se aprueba el seguro contra accidentes de trabajo cuya financiación estaría a cargo de los empresarios. Derivado de este antecedente legislativo, siguió la ley del Seguro de Vejez e Invalidez (1989) y en 1901 se promulga el primer Código de Seguros Sociales, único en su género (Nugent, 1997).

Los seguros establecidos en Alemania, fueron el antecedente e inspiración de los seguros sociales que se implantaron a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, hasta la aparición de la seguridad social, que nace con el propósito de amparar a toda la población y no solo a los trabajadores por cuenta ajena; y se estructura para cubrir todos los riesgos y contingencias a que están sujetos los miembros de una determinada colectividad (Nugent, 1997).

Otro antecedente de gran importancia de la seguridad social se encuentra en Inglaterra, en el famoso informe del economista inglés sir William Beveridge, denominado *Social Insurance and Allied Service*, publicado en noviembre de 1942, en el cual presenta un informe, en el cual dota a la seguridad social de carácter integral y universal. (Nugent, 1997).

En palabras de Cano (2014), el plan Beveridge destaca por: “1) su sistema de seguridad social unitario, que incluía pensiones por enfermedades, maternidad, vejez, viudez y desempleo. Lo anterior cubría a toda la población, y no solo a los trabajadores; 2) un servicio nacional de salud de atención médica gratuita y universal, y 3) un sistema de asistencia nacional. Posteriormente, los beneficios abarcaron educación, vivienda y atención especializada a niños, y en 1911 se introduce el seguro de desempleo obligatorio” (p. 187).

Este modelo de seguridad social se extendió al resto de Europa, a Estados Unidos y América Latina. En México, se incluye en el texto constitucional de 1917, en su artículo 123, al establecer la responsabilidad de los patrones por los accidentes y enfermedades de trabajo y disponer la obligación de observar las disposiciones legales sobre higiene y seguridad, entre otras. El 19 de enero de 1943, nace el IMSS que inicia sus operaciones el 1º de enero de 1944 (Cano, 2014).

La Ley del Seguro Social, establece como finalidad de la seguridad social el “garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión” (Art. 2, LSS). La organización y administración del seguro social está a cargo del IMSS, que es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, y tiene el carácter de organismo fiscal autónomo (Art. 5, LSS).

El seguro social se conforma por los regímenes obligatorio y voluntario (Art. 6, LSS). Los sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio son: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción, estudiantes y las personas que determine el Ejecutivo Federal (Art. 12, LSS). El régimen obligatorio cuenta con cinco tipos de seguro: enfermedades y maternidad; riesgos de trabajo; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y guarderías y prestaciones sociales (Art. 11, LSS).

Capítulo 4. Contextualización

En este capítulo se presenta evidencia empírica sobre el tema de investigación, tomando como punto de partida una descripción sobre la situación que guarda el DHS en el país, visto a través de la óptica de los DDHH, para ello, se presenta la estadística que brinda instituciones públicas como el INEGI, los Órganos Públicos de DDHH, el SNA entre otros, respecto de las violaciones registradas en la materia.

Posteriormente, se describen lo relativo al DHS en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Sectorial de Salud, para luego ubicar el análisis en el Programa Institucional del IMSS. Dichos documentos, guardan una estrecha vinculación al fijar las directrices bajo las cuales se formulan las políticas públicas y con ellas los objetivos, estrategias y líneas de acción para alcanzar las metas establecidas por el Gobierno Federal, en este caso, en materia de salud.

4.1 Las políticas públicas del sector Salud

El Plan Nacional de Desarrollo (PND), es el documento en el que, el Gobierno de la Republica, fija el rumbo que tomará el país en aras de lograr que alcance su máximo potencial. En él se trazan los objetivos de las políticas públicas, así como las acciones concretas que permitirán alcanzarlos. A inicios del sexenio que transcurre, en el PND 2013-2018, estableció las metas nacionales: México en paz, México incluyente, México con educación de calidad, México próspero y México con responsabilidad Global, así como las estrategias transversales: democratizar la productividad, gobierno cercano y moderno, y perspectiva de género. Derivado de este documento, se elaboran programas sectoriales y especiales que se encuentran alineados y vinculados con el cumplimiento de las metas y estrategias fijadas en el PND.

Tabla 7. Esquema del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Objetivo general	Llevar a México a su máximo potencial				
Cinco metas nacionales	I. México en Paz	II. México Incluyente	III. México con Educación de Calidad	IV. México Próspero	V. México con responsabilidad Global
Tres estrategias transversales	i) Democratizar la Productividad				
	ii) Gobierno Cercano y Moderno				
	iii) Perspectiva de Genero				

Fuente: PND 2013-2018

Dentro del PND, existen dos metas que en la presente investigación resultan importantes, dado su contenido. En la Meta Nacional México en Paz, uno de los objetivos perseguido es la consolidación de un estado Democrático de Derecho cuyos componentes son el respeto y garantía de los derechos humanos, siendo el aspecto central de esta política el impulso de su implementación.

La segunda meta denominada México Incluyente, que está dirigido a contrarrestar los niveles de pobreza, desigualdad y exclusión social que enfrenta México, al detectar que un importante porcentaje de la población carece de acceso pleno y efectivo de los bienes públicos que le corresponden por ley. Esta meta propone enfocar la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad que la dividen. Lo anterior implica hacer efectivo ejercicio de los derechos sociales como la salud que permita el desarrollo pleno de los seres humanos.

El derecho reconocido por el artículo 4º Constitucional, como derecho a la protección de la salud, se enfrenta a grandes problemas que van desde un Sistema Nacional fragmentado en múltiples subsistemas, el bajo gasto público en salud, falta de portabilidad de derecho a los diferentes subsistemas, etc.

Derivado del PND, se proyectó el Plan Sectorial de Salud (PROSESA), como el instrumento del Gobierno Federal mediante el cual se formulan las estrategias y acciones para alcanzar los objetivos propuestos en materia de salud. Una de las estrategias que atañen a la presente investigación es la relativa a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. En la tabla 9, se muestra la alineación los objetivos del programa al PND.

Dentro de los objetivos que se plantean en el Plan Sectorial de Salud, se encuentra el de asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, para alcanzar dicho objetivo, se planearon estrategias: Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral. Estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud. Estrategia 2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales. Estrategia 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del

comportamiento. Estrategia 2.4. Fortalecer la atención integral y la reinserción social de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. Estrategia 2.5. Mejorar el proceso para la detección y atención de neoplasias malignas, principalmente cáncer cérvico-uterino, de mama y próstata. Estrategia 2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad. Estrategia 2.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Tabla 8. Alineación de los objetivos del Programa Sectorial de Salud al PND.

Meta nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategia(s) del objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del Programa
México Incluyente	2.1 Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población	-Fortalecer el desarrollo del capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva	Cerrar brechas existentes en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país.
México Incluyente	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud	-Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. -Mejorar la atención de salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
México Incluyente	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud	-Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. -Mejorar la atención de salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad.
México Incluyente	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud	-Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. -Mejorar la atención de salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	Reducir riesgos que afecten la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
México Incluyente	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud	-Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. -Mejorar la atención de salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. -Promover la cooperación internacional en salud.	Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.
México Próspero	4.1 Mantener la estabilidad macroeconómica del país	-Promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles, que permita general ahorros, para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades.	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos de salud.

Fuente: PND 2013-2018 y PROSESA 2013-2018

Por su parte, el IMSS al ser la Institución de Seguridad Social más grande del México y Latinoamérica, así como el principal proveedor de los servicios de salud en el país, está especialmente constreñido a dar cumplimiento y a hacer frente a las obligaciones en esta materia. En ese sentido, el Instituto basándose en el PND y el PROSESA, fijó sus propios objetivos, estrategias y líneas de acción en el Programa Institucional del IMSS (PIIMSS), los cuales se presentan en la siguiente tabla.

Dentro de los objetivos que se fija, destaca el de brindar cada vez más y mejor prestación de servicios médicos de calidad. Los objetivos que se plantean en el PIIMSS, necesariamente guardan una estrecha vinculación, para poder materializar las estrategias y seguir las líneas de acción relativas al cumplimiento del DHS.

Tabla 9. Alineación de los objetivos del PIIMSS al PND y a los Programas Sectoriales.

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategia(s) del objetivo del Meta Nacional	Objetivos Sectoriales	Objetivo del IMSS 2014-2018	Estrategias
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	PROSESA 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.	Contribuir a la universalización del acceso a la salud.	1.1 Mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud. 1.2 Ampliar los servicios ofertados a los afiliados al Programa IMSS Oportunidades para garantizar la portabilidad y la convergencia del derecho a la salud. 1.3 Privilegiar la contratación consolidada de bienes terapéuticos, a fin de garantizar mejores precios de insumos para la operación del Instituto. 1.4 Asegurar a todos los mexicanos el acceso efectivo a un paquete definido de servicios médicos de calidad a la persona.
	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.3. Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.		Fortalecer los ingresos.	2.1 Mejorar la gestión de las áreas de incorporación y recaudación. 2.2 Implementar un nuevo modelo de fiscalización integral. 2.3 Reducir el pasivo contingente derivado de procedimientos judiciales. 2.4 Mejorar la recuperación de cartera por juicios fiscales ganados.

México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.3. Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.	Incrementar la productividad.	la	<p>3.1 Racionalizar y optimizar el gasto administrativo y de operación para contener su crecimiento y fortalecer los programas prioritarios.</p> <p>3.2 Modernizar y hacer más eficientes las estructuras orgánicas ocupacionales y los procesos institucionales.</p> <p>3.3 Elevar el desempeño institucional con base en la experiencia y capacidad del capital humano del Instituto.</p> <p>3.4 Fortalecer la infraestructura institucional para mejorar la prestación de los servicios.</p> <p>3.5 Fortalecer los mecanismos de evaluación y seguimiento de resultados para mejorar los procesos y servicios.</p> <p>3.6 Optimizar la utilización de los recursos para la atención médica.</p> <p>3.7 Desarrollar mecanismos innovadores de presupuestación.</p>
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	<p>2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p> <p>2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en</p>	<p>PROSESA 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p> <p>PROSESA 2. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud con</p>	1. Mejorar el modelo de atención a la salud.	<p>4.1 Reorganizar los servicios para la provisión de la atención integral a la salud que incluya la prevención, curación y rehabilitación.</p> <p>4.2 Otorgar servicios de salud seguros y de calidad.</p> <p>4.3 Incrementar la formación de recursos humanos de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas mediante su formación y actualización.</p> <p>4.4 Consolidar la investigación científica.</p>

		situación de vulnerabilidad. PROSESA 3. 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	calidad. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.	4.5 Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad a la población beneficiaria del Programa IMSS-Oportunidades. 4.6 Impulsar la mejora de los servicios de salud con base en la información que proporcionan los derechohabientes. 4.7 Fortalecer la práctica del ejercicio físico en beneficio de optimizar los recursos en clínicas y hospitales.
México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.1. Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales. 2.4.2. Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.	Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales.	5.1 Impulsar la mejora de los trámites y los servicios de prestaciones económicas y sociales que otorga el Instituto. 5.2 Simplificar los trámites en materia de prestaciones económicas. 5.3 Incorporar a un mayor número de hijos(as) de asegurados(as) con derecho al servicio de guardería para favorecer el bienestar del núcleo familiar. 5.4 Fortalecer los servicios de capacitación y adiestramiento técnico para elevar el nivel de calidad de vida de la población. 5.5 Promover el desarrollo cultural entre los derechohabientes del Instituto. 5.6 Fortalecer la gestión administrativa de los servicios de Centros Vacacionales y Velatorios, para mejorar la calidad de la atención en los usuarios. 5.7 Implementar una emisión eficiente y oportuna de los Dictámenes de riesgos de trabajo e invalidez.

Fuente: PIIMSS 2014-2018

Por otra parte, el Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018 (PNDH), que se encuentra alineado a los objetivos y estrategias marcadas en el PND, también aborda las acciones que se estarán llevando a cabo en el sexenio que transcurre. Uno de los retos que se enfrena la implementación de las reformas constitucionales en DDHH, es el desconocimiento de sus obligaciones y alcances, por lo que gran parte del trabajo que se plantea es la capacitación en el tema, a los diferentes actores involucrados en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.

A través del PNDH, el Gobierno Federal pretende lograr mayor efectividad en las políticas públicas y su incidencia en el goce y ejercicio de los derechos humanos. Para ello se han identificado áreas problemáticas que por su carácter estratégico suponen una oportunidad para el logro de este objetivo (PNDH, 2014-2018), éstas son:

1. La implementación de la reforma constitucional de derechos humanos;
2. La prevención de violaciones a los mismos;
3. Las acciones de garantía y protección de los derechos;
4. La articulación y coordinación entre los actores involucrados en la política de derechos humanos, y
5. La generación de información correctamente sistematizada y accesible en la materia.

Cabe señalar los objetivos que se fijaron en el PNDH, vinculados al PND y PROSESA, se limitan a: Objetivo 2: prevenir la violación de derechos humanos; Objetivo 3: Garantizar el ejercicio y goce de los derechos humanos; y Objetivo 4: Fortalecer la protección de los derechos humanos.

Para dar cumplimiento a las reformas constitucionales de junio de 2011, la Secretaría de Gobernación (SEGOB), a través de la Dirección General de Política Pública de Derechos

Humanos, adscrita a la Subsecretaría de Derechos Humanos, capacitó al personal directivo de las áreas médicas y administrativas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a nivel nacional, a fin de dar a conocer el contenido, los alcances e impacto de dicha reforma, lo anterior, de acuerdo con información brindada por el departamento de comunicación social del IMSS (IMSS, 2014).

El 23 de mayo de 2016, el Director General del IMSS instruyó la creación del Comité Institucional de Derechos Humanos e Igualdad, a través del cual se implemente la política de Derechos Humanos que guiará el actuar del Instituto en la materia. El Comité quedó integrado por los directivos y el Secretario General del Instituto, los representantes de los sectores Obrero y Patronal del Consejo Técnico, así como por el Secretario General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), con ello se pretende garantizar que las decisiones del Comité sean tomadas y respaldadas desde la alta Dirección del Instituto, lo que a su vez pretende que se vea reflejado en acuerdos y acciones transversales que impacten en favor de los derechohabientes y usuarios (IMSS, 2016).

4.2 El Instituto Mexicano del Seguro Social

4.2.1 Órganos superiores, de apoyo y operativos del IMSS

El IMSS, es el organismo con mayor presencia en la atención de salud y en la protección social en el país, de ahí la importancia de presentar su estructura del Instituto de acuerdo con la legislación aplicable. A continuación, se hace una breve reseña de los órganos de mayor importancia del IMSS, para arribar a la Estructura de la Atención Médica del Instituto, como parte fundamental del tema de investigación.

El IMSS tiene por objeto organizar y administrar el Seguro Social, que es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado (art. 1º de RIIMSS).

El IMSS, con el objetivo de lograr una mayor eficiencia en la administración del Seguro Social, así como en el despacho de los asuntos de su competencia, cuenta con órganos de operación administrativa desconcentrada, así como con órganos colegiados integrados de manera tripartita por representantes del sector obrero, patronal y gubernamental (Art. 251-A, LSS). Los órganos superiores del IMSS son: I. La Asamblea General; II. El Consejo Técnico; III. La Comisión de Vigilancia, y IV. La Dirección General (Art. 257 de LSS).

La autoridad suprema del Instituto es la Asamblea General, que está integrada de manera tripartita por treinta miembros conformados de la forma siguiente: I. Diez por el Ejecutivo Federal; II. Diez por las organizaciones patronales, y III. Diez por las organizaciones de trabajadores (art. 258 LSS).

La Asamblea General, entre sus facultades se encuentra la de discutir anualmente, el estado de ingresos y gastos, el balance contable, el informe financiero y actuarial, el informe de actividades presentado por el Director General, el programa de actividades y el presupuesto de ingresos y egresos para el año siguiente, así como el informe de la Comisión de Vigilancia (Art. 261, LSS). Debe examinar anualmente y realizar el informe financiero y actuarial, de la suficiencia de los recursos para todos y cada uno de los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida y guarderías y prestaciones sociales, así como de salud para la familia y adicionales (Art. 262, LSS).

El Consejo Técnico es el órgano de gobierno tripartito, representante legal y el administrador del IMSS, está integrado hasta por doce miembros, 4 representantes de cada sector con sus respectivos suplentes (Art. 263, LSS). Las atribuciones del Consejo Técnico se encuentran establecidas en los artículos 264 de la LSS y 31 del RIIMSS.

El Consejo Técnico, derivado de la facultad para expedir lineamientos, crear comités y comisiones (Arts. 251 F. VIII, 263 párrafo 7º de la LSS y 31 F. X del RIIMSS) cuenta con seis comités, a saber: Comité de Servicios Médicos; Comité de Prestaciones Económicas y Sociales; Comité de Afiliación y Cobranza; Comité de Administración; Comité de Presupuesto y Comité de Inversiones.

La Comisión de Vigilancia, está compuesta por seis miembros. Cada uno de los sectores representativos que constituyen la Asamblea, propondrá dos miembros propietarios y dos suplentes, quienes durarán en sus cargos seis años, y podrán ser reelectos (Art. 265, LSS). Entre sus atribuciones destacan las siguientes: Vigilar que las inversiones se hagan conforme a la ley; Practicar la auditoría de los balances contables y al informe financiero y actuarial; Sugerir las medidas que juzgue convenientes para mejorar el funcionamiento de los seguros que ampara la LSS; Presentar ante la Asamblea General un dictamen sobre el informe de actividades y los estados financieros presentados por el Consejo Técnico; entre otras (Art. 266, LSS).

La Dirección General, es un órgano interno que tiene la representación individual del IMSS, cuyo nombramiento está a cargo del Presidente de la República. Este cargo debe recaer en una persona mexicana por nacimiento que no adquiera otra nacionalidad y estar en pleno goce y ejercicio de sus derechos civiles y políticos (art. 267, LSS). Dentro de sus atribuciones se encuentran las de representar legalmente al Instituto y las demás que establece el artículo 268 de la LSS y artículo 66 del RIIMSS. El Director General será auxiliado en el cumplimiento de sus funciones por los servidores públicos de mando, personal de base y de confianza (Art. 268-A, LSS).

Jerárquicamente, después del Director General se encuentran los siguientes órganos que sirven de apoyo para lograr los fines y metas del IMSS, estos órganos son: La Secretaría General; entre los órganos normativos se encuentran la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, entre cuyas funciones se encuentra la de apoyar y analizar el funcionamiento de las delegaciones, así como el ejercicio del presupuesto asignado a las mismas, a fin de que éstas puedan alcanzar sus objetivos y metas autorizadas (Art. 69, f. XXIII, RIIMSS); La Dirección de Finanzas que tiene entre otras, la facultad de llevar a cabo la planeación y el análisis financiero del Instituto (Art. 70, F. I, RIIMSS).

La Dirección de Incorporación y Recaudación, entre cuyas funciones destacan la de establecer políticas, normas y programas en materia de su competencia, así como el diseño y la evaluación de la política fiscal del Instituto (Art. 71 f I y II, RIIMSS); La Dirección de

Innovación y Desarrollo Tecnológico que tiene las facultades de elaborar el Plan Estratégico Institucional que en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, innovación y desarrollo tecnológico, se deba instrumentar y operar en las diferentes unidades administrativas del Instituto (Art. 74 f. I, RIIMSS).

La Dirección Jurídica que tiene entre otras la facultad de fijar los criterios de interpretación, para efectos administrativos, de la LSS y sus reglamentos y, en general, dictar y encauzar el criterio jurídico del Instituto (Art. 75, f. I, RIIMSS), La Dirección Jurídica es auxiliada en el cumplimiento de sus atribuciones por las Coordinaciones de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente; de Legislación y Consulta; de Asuntos Contenciosos; de Investigación y Asuntos de Defraudación, y Laboral (Art. 75, último párrafo, RIIMSS);

La Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales que entre otras facultades tiene la de planear, dirigir y normar las acciones y procedimientos relacionados con el otorgamiento de las prestaciones en dinero, servicio de guarderías, prestaciones sociales institucionales y otros servicios y prestaciones a su cargo. Así como, dictar disposiciones, lineamientos y criterios de observancia general y obligatoria para las instancias y unidades operativas de prestaciones económicas, guarderías, prestaciones sociales institucionales (Art. 81, f I y II, RIIMSS).

La Dirección de Prestaciones Médicas Planear, tiene entre sus principales facultades la de dirigir y normar las acciones relacionadas con la prestación de los servicios médicos, de rehabilitación y de salud pública, atención de los riesgos de trabajo, educación e investigación en salud, así como analizar sus resultado; Aprobar la inclusión, modificación y exclusión de insumos para la salud en los cuadros básicos institucionales; Diseñar y operar, en coordinación con los órganos Normativos, de Operación Administrativa Desconcentrada y unidades operativas competentes, un sistema de seguimiento y evaluación de los procesos de atención a la salud (Art. 82, f. I, II, VIII, XVIII RIIMSS). La Dirección de Prestaciones Médicas cuenta con el auxilio de las unidades de Educación, Investigación y Políticas de

Salud; de Salud Pública, de Atención Médica, y de IMSS-Oportunidades, para el cumplimiento de sus atribuciones (Art. 84, último párrafo RIIMSS).

El Órgano Interno de Control, que tendrá un titular designado en los términos del artículo 37, fracción XII, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, quien en el ejercicio de sus facultades se auxiliará por los titulares de las áreas de responsabilidades; auditoría interna; quejas; auditoría de control y evaluación y apoyo al buen gobierno, y auditoría de servicios médicos (Art. 83, 1er. Párrafo, RIIMSS).

Por otro lado, los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada están jerárquicamente subordinados al Director General, tienen autonomía de gestión en los aspectos técnicos, administrativos y presupuestarios (Art. 138, RIIMSS). Estos órganos son las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y las Delegaciones.

Las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tienen a su cargo la facultas de proporcionar atención en consulta externa, hospitalización médico quirúrgica, farmacéutica, en auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y servicios de admisión continua de alta especialidad, a los derechohabientes que les sean remitidos por otras unidades médicas del Instituto, así como a los no derechohabientes que estén amparados en virtud de los diferentes convenios que contempla la LSS (Art. 147, RIIMSS). El Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad, tiene las atribuciones de representar legalmente al Instituto en los asuntos de su competencia, ante todas las autoridades, entre otras (Art. 148, F. I, RIIMSS).

4.2.2 Delegaciones del IMSS

Las Delegaciones del Instituto son las directamente responsables de la operación de los servicios institucionales, excepto los encomendados a las Unidades Médicas de Alta Especialidad (Art. 139, RIIMSS). Las delegaciones regionales comprenderán parte de uno o más estados, las estatales tendrán circunscripción territorial en una sola entidad federativa y en la Ciudad de México (Art. 141, RIIMSS). El Delegado dentro de su circunscripción territorial, tiene entre otras las atribuciones de representar al Instituto, como organismo fiscal autónomo y al Director General, ante todas las autoridades (Art. 144 f. I RIIMSS).

Cada Delegación, cuenta con los siguientes órganos operativos: I. Las unidades de servicios médicos y no médicos necesarias para el funcionamiento de la misma; II. Las Subdelegaciones, y III. Las Oficinas para Cobros del Instituto (Art. 141, RIIMSS). Los órganos de la Delegación son el Delegado y el Consejo Consultivo (Art. 3º, ROIDREIMSS).

Las Delegaciones Regionales y estatales del Instituto Mexicano del Seguro Social tendrán a su cargo el funcionamiento de Régimen de Seguridad Social en su Jurisdicción (Art. 1, ROIDREIMSS). La organización interna de las Delegaciones Regionales y Estatales se clasifica tomando en cuenta el número de derechohabientes asegurados de régimen ordinario, sin tomar en cuenta los trabajadores asegurados eventuales urbanos, los de la industria de la construcción y los estacionales de campo, tal y como se señala en el cuadro I.

Cada Delegación del IMSS, para el cumplimiento de las labores que le impone la ley del Seguro Social y sus reglamentos, cuenta con dependencias que brindan servicios administrativos, de conservación, de prestaciones sociales, jurídicos y médicos (Art. 7º del RIDREIMSS). Una de las áreas de importancia para la presente investigación lo constituye la de los servicios médicos, es por ello que, en el siguiente apartado atenderá a esta dependencia.

Tabla 10. Clasificación de las Delegaciones Regionales y Estatales del IMSS.

Clase de Delegación Regional	Derechohabientes asegurados de régimen ordinario
Regionales y Estatales “A”	Superior a 50,000
Regionales y Estatales “B”	Entre 20,000 y 30,000
Regionales y Estatales “C1”	Fluctúa entre los 20,000 y 30,000
Regionales y Estatales “C2”	De 10,000 a 20,000
Regionales y Estatales “C3”	Menor de 10,000

Fuente: Elaboración propia con base en el artículo 2º del ROIDREIMSS, publicado en el DOF el 14 de julio de 1981.

4.2.3 Los Servicios Médicos del IMSS

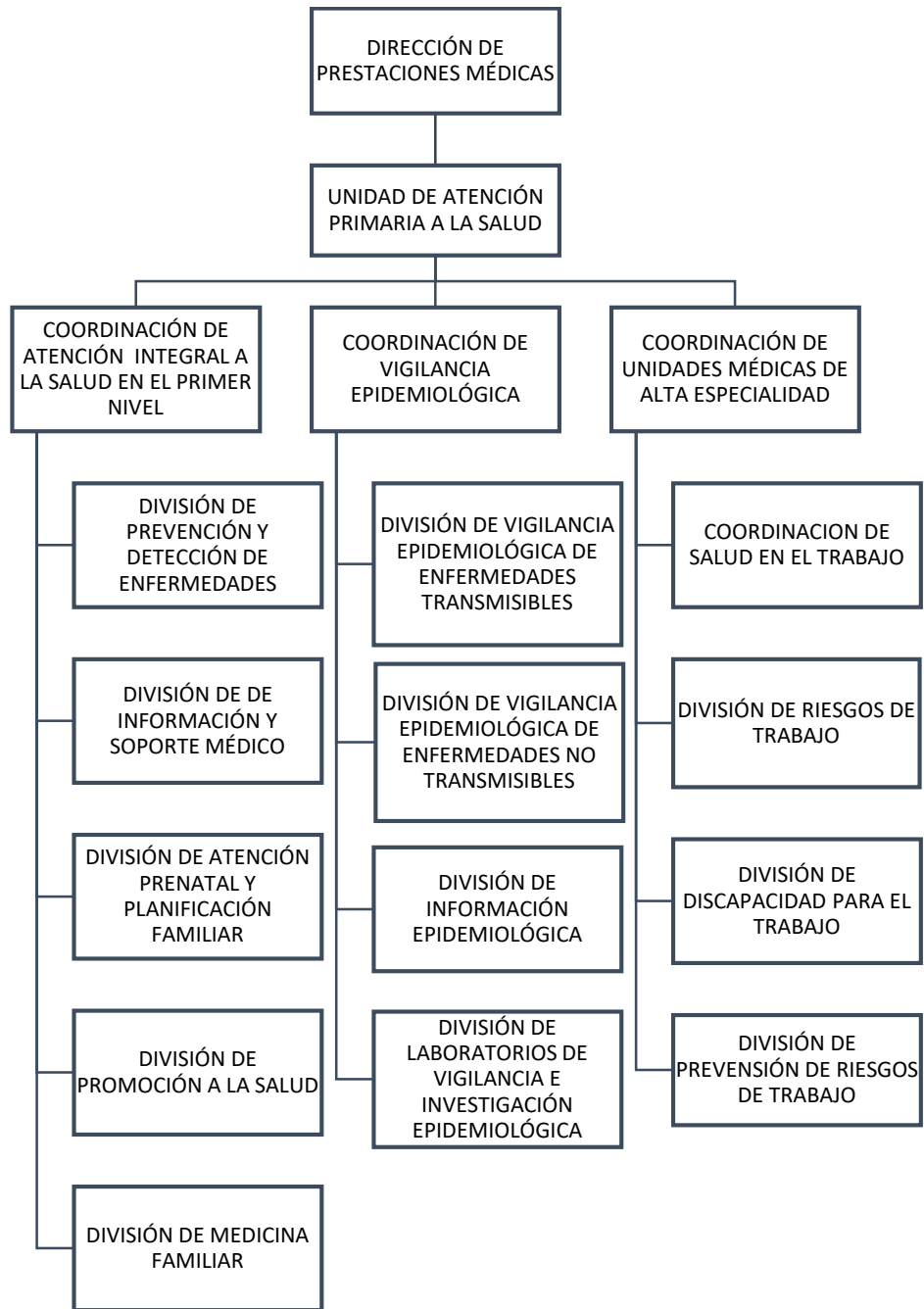
La Jefatura Delegacional de los Servicios Médicos es de índole técnico aplicada, y está bajo la dirección de un Jefe cuyo cargo debe recaer en un médico cirujano (Art. 29 del RIDREIMSS). Dentro de sus principales obligaciones y facultades están las de otorgar las prestaciones médicas a los derechohabientes en la circunscripción de la Delegación, con la debida oportunidad, eficacia, calidad y comedimiento necesarios; organizar los servicios médicos entre las diferentes unidades médicas de la delegación; y adoptar medidas que garanticen la eficiente calidad de los servicios médicos que imparten, al menor costo posible, entre otras. (Art. 29 primer párrafo, incisos a), b), y c) del RIDREIMSS).

El Jefe Delegacional de Servicios Médicos, para el cumplimiento de sus labores cuenta con los siguientes subordinados directos: Directores o Encargados de Unidades Médicas de Riesgos Profesionales, de Medicina Preventiva Jefes de Departamento Clínico, Médicos Especialistas, Médicos Familiares, personal médico y para médico adscrito a las Unidades Médicas, personal secretarial adscrito a la Jefatura de Servicios Médicos Delegacional. Además, trabaja en coordinación con otros órganos de la propia Delegación, con la Jefatura, subjefatura y supervisores de Servicios Médicos Foráneos y con sus homólogos en otras Delegaciones. (Art. 29, Segundo párrafo, 10, 11 del RIDREIMSS).

4.3 Unidades de atención médica

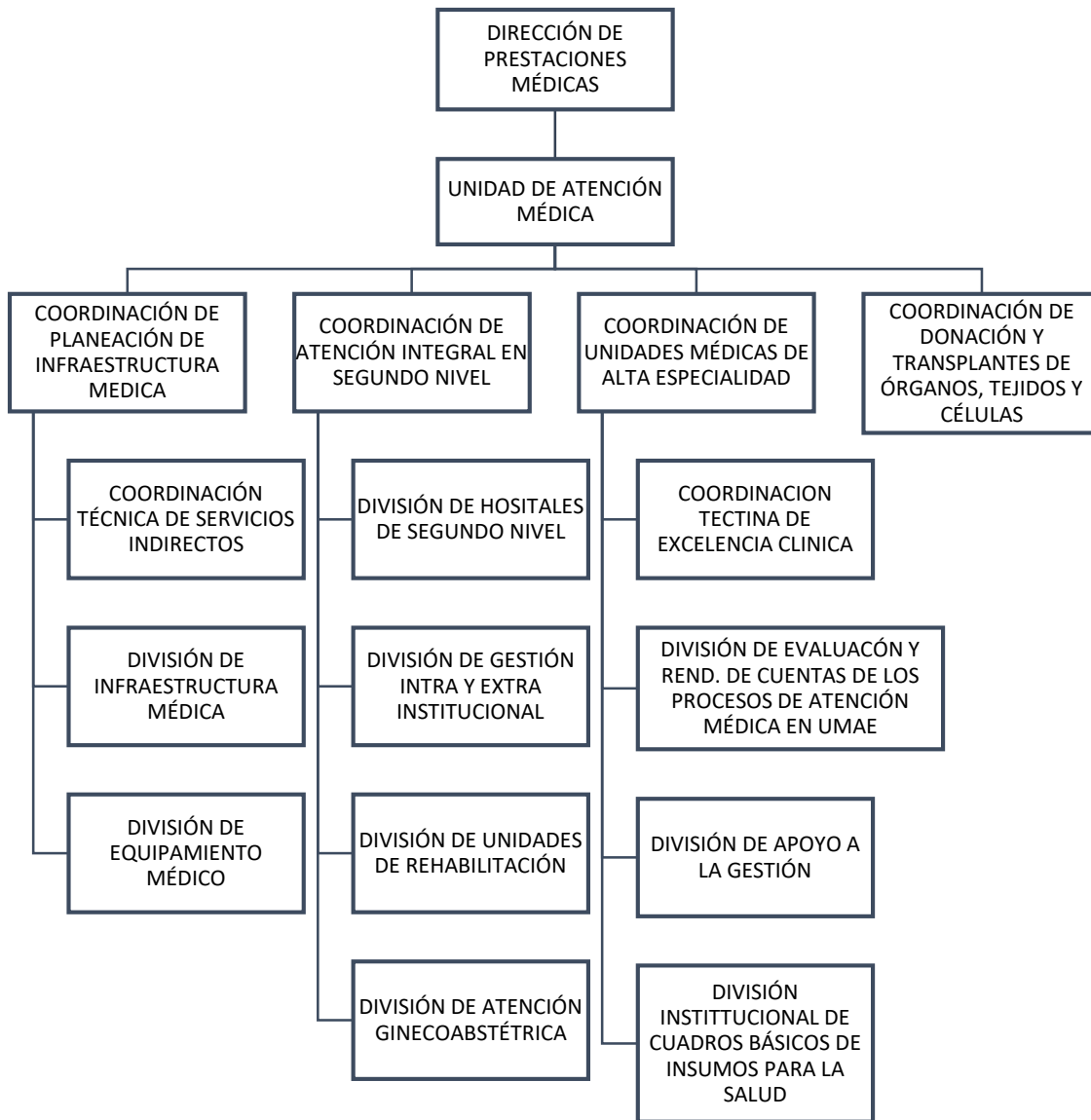
Ahora bien, materialmente el acceso a los servicios de salud, se encuentran a cargo de Unidades de Atención Médica, que tienen a su cargo brindar servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención médica. En las figuras 3 y 4, se presenta la estructura de las citadas unidades.

Figura 3. Estructura de la Unidad de Atención Primaria a la Salud.



Fuente: Acuerdo AACDO.IN2HCT.310517/122.P.DA dictado por el H. Consejo Técnico del IMSS, en sesión ordinaria de fecha 31 de mayo de 2017, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio de 2017.

Figura 4. Estructura de la Unidad de Atención Médica.



Fuente: Acuerdo AACDO.IN2HCT.310517/122.P.DA dictado por el H. Consejo Técnico del IMSS, en sesión ordinaria de fecha 31 de mayo de 2017, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 23 de junio de 2017.

El Instituto proporciona los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a derechohabientes, a los familiares y a los asegurados en los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez (Art. 3º, RPMIMSS).

El IMSS, otorga las prestaciones médicas a la población derechohabiente, mediante un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención. Véase el siguiente cuadro:

Tabla 11. Niveles de Atención Médica del IMSS.

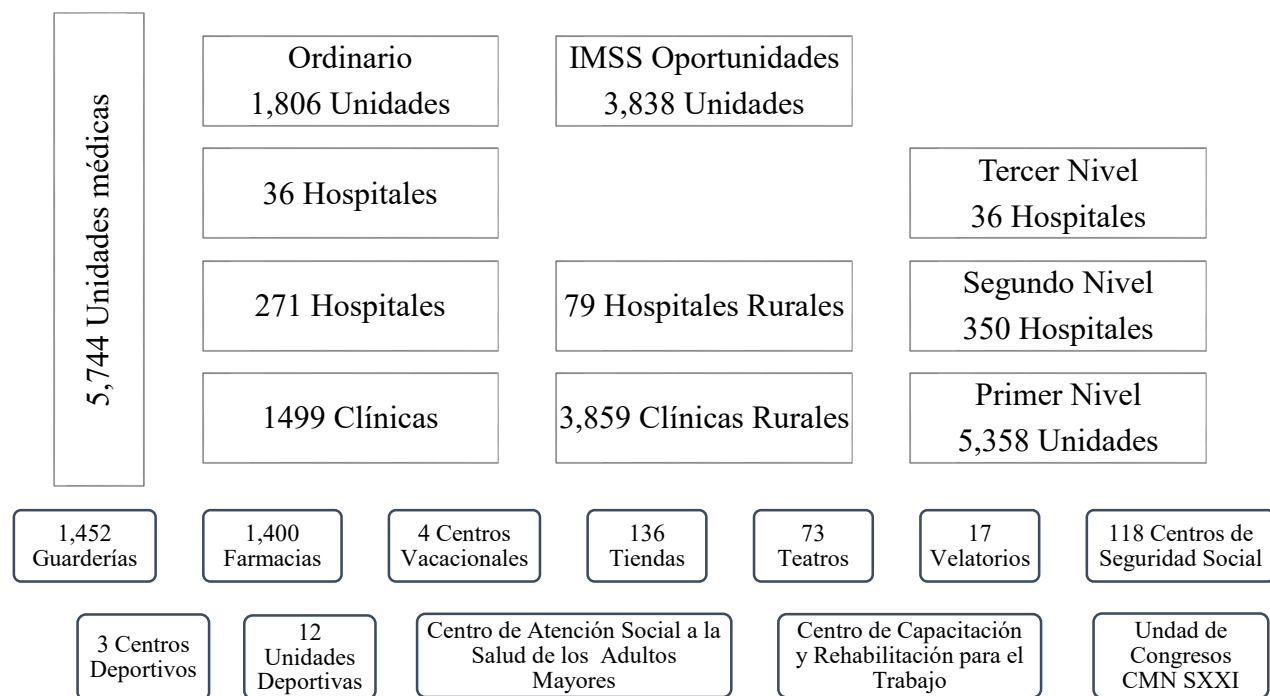
Niveles de atención Médica	
Primer Nivel de Atención	Unidades de Medicina Familiar
Otorga atención médica integral y continua al paciente	
Segundo Nivel de Atención	Hospitales Generales de Subzona, Zona o Regionales
Se atiende a los pacientes remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la zona que les corresponda, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, tomando en cuenta la complejidad del padecimiento.	
Tercer Nivel de Atención	Unidades Médicas de Alta Especialidad
Cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica terapéutica. En este nivel se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten, o por excepción los que envíen las unidades del primer nivel, de conformidad con la complejidad del padecimiento.	

Fuente: Elaboración propia, con base en el artículo 4º del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, publicado en el DOF el 30 de noviembre de 2006.

En cuanto a la infraestructura médica, el IMSS cuenta con 5,744 unidades médicas, de las cuales 1,806 pertenecen al régimen ordinario y 3,938 al Programa IMSS Oportunidades. En términos de niveles de atención, 36 hospitales pertenecen al Tercer Nivel

de Atención, 350 corresponden al Segundo Nivel de Atención Médica y el grueso de clínicas pertenece al Primer Nivel de Atención con 5,358 Unidades. Lo anterior se puede apreciar gráficamente en la *figura 5*, relativo a la infraestructura del IMSS.

Figura 5. Infraestructura del IMSS.



Fuente: Programa Institucional del IMSS 2014-2018, pág. 15.

4.4 Unidades Médicas en Michoacán

La Delegación Michoacán del IMSS, con sede en Morelia, Michoacán, cuenta con 5 Subdelegaciones ubicadas en Lázaro Cárdenas, Morelia, Uruapan, Zamora y Zitácuaro, en las cuales se encuentran las unidades de atención médica descritas en la siguiente tabla.

Tabla 12. Composición de la Delegación Michoacán. Unidades Médicas, Hospitales y Derechohabientes adscritos.

DELEGACIÓN MICHOACÁN		
SUBDELEGACIONES	IDENTIFICACIÓN DE UNIDADES DE SERVICIO	NÚMERO DE DERECHOHABIENTES ADSCRITOS
LÁZARO CÁRDENAS	HGZMF012	44,717
	UMF 078	38,009
	UMF 031	25,570
	UMF 027	14,964
	UMF 023	1,485
MORELIA	UMF 080	242,018
	UMF 075	193,511
	HGZMF 002	122,294
	UMF 084	48,913
	UMF 020	33,580
	UMF 064	17,030
	UMF 070	10,643
	UMF 074	9,788
	HGSZMF 024	9,691
	UMF 025	9,044
	UMF 042	8,584
	UMF 071	4,614
	UMF 003	3,037
	UMF 065	2,912
	UMF 046	1,748
	UMF 043	631

DELEGACIÓN MICHOACÁN		
SUBDELEGACIONES	IDENTIFICACIÓN DE UNIDADES DE SERVICIO	NÚMERO DE DERECHOHABIENTES ADSCRITOS
URUAPAN	UMF 081	85,790
	UMF 076	77,320
	HGSZMF 009	49,204
	UMF 026	10,896
	UMF 011	7,274
	UMF 057	4,866
	UMF 058	3,536
	UMF 073	2,769
	UMF 040	2,526
	UMF 052	605
ZAMORA	UMF 082	120,063
	UMF 077	67,755
	HGSZMF 017	38,677
	UMF 021	35,052
	UMF 005	31,823
	UMF 006	9,930
	UMF 028	8,169
	UMF 068	7,211
	UMF 072	7,146
	UMF 054	5,974
	UMF 013	3,941
	UMF 066	2,045
DELEGACIÓN MICHOACÁN		

SUBDELEGACIONES	IDENTIFICACIÓN DE UNIDADES DE SERVICIO	NÚMERO DE DERECHOHABIENTES ADSCRITOS
ZITÁCUARO	UMF 018	37,703
	UMF 019	26,770
	UMF 050	10,012
	UMF 010	9,528
	UMF 048	6,395
	UMF 079	3,931
	UMF 037	2,929
	UMF 061	568

Fuente: Elaboración propia con base en información del IMSS recuperada del siguiente enlace https://public.tableau.com/profile/imss.cpe#!/vizhome/PDA/DSH_PDA?publish=yes el 18 de julio de 2018.

4.5 Hospital General Regional No. 1

La investigación que se plantea tiene como objeto analizar el caso del Hospital General Regional No. 1, ubicado en Charo, Michoacán (HGR No. 1), la información del presente apartado se obtuvo del “Libro Blanco Hospital General Regional de 250 camas, en el Municipio de Charo, Michoacán”. El libro Blanco en cita, tiene como fundamento legal el Artículo Sexto del “ACUERDO para la rendición de cuentas de la Administración Pública Federal 2006 – 2012”, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 2011, que establece que procede la elaboración de un Libro Blanco o de una Memoria Documental cuando las dependencias o entidades de la Administración Pública Federal consideren necesario resaltar las acciones de algún programa o proyecto de gobierno.

En dicho documento, se deja constancia de los eventos más relevantes que se llevaron a cabo para la realización de esta obra pública, así como de las acciones realizadas hasta su conclusión y aceptación.

El Hospital General Regional No. 1, Charo-Morelia, fue construido ante la urgencia de remplazar el Hospital General Regional No. 1 que se ubicaba en la ciudad de Morelia, Michoacán, debido a los daños estructurales que presentaba el edificio al haber sido construido sobre una falla geológica, ocasionando graves daños en su infraestructura y representar un grave riesgo para la integridad del personal, de los derechohabientes y usuarios (IMSS, sf).

El 28 de septiembre de 2012 el HGR No. 1, en el Municipio de Charo, Michoacán, fue inaugurado por el C. Presidente de la República, Lic. Felipe Calderón Hinojosa. Se instaló como un hospital del segundo nivel de atención, con un área de influencia al cual le derivan las unidades de medicina familiar y hospitales de subzona, a aquellos pacientes que rebasan su capacidad resolutive y requieren servicios de consulta externa especializada, atención urgente, hospitalización, cirugía o servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (IMSS, sf).

El HGR No. 1, cuenta con los siguientes servicios: A. Accesos y vestíbulos B. Gobierno C. Educación Médica e Investigación D. Servicios Paramédicos E. Hospitalización F. UCI y UCIN G. Urgencias H. Cirugía, Cirugía Ambulatoria y Endoscopias I. Hemodiálisis, Quimioterapia y Terapia Respiratoria J. Tococirugía K. Laboratorio L. Imagenología M. Anatomía Patológica N. Medicina Física y Rehabilitación O. Consulta de Especialidades P. Otros servicios Q. Servicios generales R. Casa de máquinas S. Lavandería T. Helipuerto (Fuente: Estudio de Factibilidad Técnica, Económica, Ecológica y Social, pp. 114, citado en IMSS, sf).

El nosocomio tiene capacidad de brindar los servicios en las cuatro Especialidades Troncales básicas: cirugías, gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría y otras especialidades médico quirúrgicas y 36 Especialidades (IMSS, sf).

El nuevo HGR No. 1, cuenta con capacidad para proporcionar atención médica integral a los 400,039 derechohabientes ya existentes y a los 117,611 que adicionalmente se integrarán, que en conjunto suman 517,650 usuarios (IMSS, sf). La unidad brinda los siguientes servicios de carácter asistencial y médico:

Tabla 13. Especialidades del HGR No. 1.

Especialidades Básicas	
Cirugía general	Pediatría médica
Medicina interna	Gineco-obstetricia
Otras Especialidades:	
1. Alergia e Inmunología	2. Anestesiología
3. Angiología	4. Audiología
5. Cardiología	6. Cirugía general
7. Cirugía máxilo facial	8. Cirugía Pediátrica
9. Cirugía Plástica y Reconstructiva	10. Dermatología
11. Endocrinología y Nutrición	12. Epidemiología
13. Gastroenterología	14. Geriatria
15. Ginecología y Obstetricia	16. Hematología
17. Infectología	18. Medicina Física y Rehabilitación
19. Medicina Interna	20. Nefrología
21. Neurología	22. Neumología
23. Neurocirugía	24. Oftalmología
25. Oncología Médica	26. Oncología quirúrgica
27. Ortopedia y Traumatología	28. Otorrinolaringología
29. Proctología	30. Pediatría Médica
31. Psicología	32. Psiquiatría
33. Radiología	34. Reumatología
35. Urología	36. Urgencias Médico Quirúrgicas

Fuente: Elaboración propia con base en el Libro Blanco Hospital General Regional de 250 camas, Charo, Michoacán.

Cuadro 1. Recursos físicos del HGR No. 1.

Hospitalización con 259 camas censables que corresponden a	
Medicina Interna 80	Cirugía General 80
Gineco-obstetricia 58	Pediatría 41
Consulta Externa:	
Consultorios de Especialidad 37	
Medicina Física y Rehabilitación	
Consultorio comunicación humana	Consultorio de psicología
Consultorio	Gabinete de Electromiografía
Electroterapia con 6 lugares	Compresas y Parafina 4
Cubículos de Hidroterapia 3	
Mecanoterapia:	
Gimnasio	Área de Marcha
Higiene de Columna	Tracción de Columna
Miembros Superiores	Terapia Ocupacional
Simulación Laboral	Terapia para Niños
Terapia del Lenguaje	Actividades de la Vida Humana
Quirófano Central:	
8 Salas de Cirugía	
Unidad Tocoquirúrgica:	
1 Sala de Cirugía	3 Salas de Expulsión
9 Lugares Sala de Labor	8 Lugares para Recuperación Postparto
8 Lugares puerperio de bajo riesgo	1 Lugar en Cunero de altas
4 Lugares en Cunero de Transición	1 Lugar Sala de Altas
Urgencias:	
Primer Contacto con 5 lugares	28 camas de observación adulto
11 de Observación de Menores	1 Sala de Cirugía

1 Sala de Rx. simple	2 Lugares en Unidad Estabilización (Choque)
1 Cubículo de Curaciones	1 Cubículo de Ultrasonido
1 Cubículo de Yesos	6 Lugares de Rehidratación y Control Térmico
Terapia Intensiva:	
8 Camas Adultos	2 Camas Pediátricas
8 Cunas Terapia Intensiva Neonata	
Imagenología:	
1 Sala de Tomografía Axial Computarizada	1 Sala de Resonancia Magnética Nuclear
2 Salas de estudios Rx simples	1 Sala de Ultrasonografía
1 Sala de Mastografía	1 Sala de Ortopantomografía
1 Estudios Rx Especiales	
Anatomía Patológica:	
1 Sala de Autopsias	1 Identificación y Refrigeración
1 Citología	2 Histología
1 Descripción Macroscópica y Microscópica	1 Microscopía
Laboratorio:	
8 Peines	1 Microbiología
1 Orinas y Copros	1 Química Sanguínea
1 Hematología	1 Coagulación y Pruebas Especiales
1 Inmunología	1 Urgencias
1 Servicio de Transfusiones	
Banco de Sangre Tipo B	
4 Lugares para Transfusión Ambulatoria	4 Lugares para Donación
Servicios Ambulatorios:	
Cirugía Ambulatoria:	1 Sala de Cirugía
1 Sala de Procedimientos	3 Lugares para Preparación

4 Lugares para Recuperación Postquirúrgica	4 Lugares de Inhaloterapia
8 Lugares para Diálisis	4 Lugares para Quimioterapia
16 Lugares para Hemodiálisis	

Endoscopias:	
1 Sala para Altas	1 Sala para Bajas
CEYE y SUBCEYE (Central de equipos y esterilización)	

Fuente: Elaboración propia con base en el Libro Blanco Hospital General Regional de 250 camas, Charo, Michoacán.

Con los recursos físicos habilitados en el HGR No. 1, la expectativa de productividad anual en atención a derechohabientes es de:

Tabla 14. Expectativa de productividad anual del HGR No. 1.

Consultas de especialidad: 190,000	Atenciones de Urgencias: 90,000
Cirugía: 12,500	16,000 egresos
Días estancia cama 80,000	Rayos X: 130,000
Tomografía Axial Computarizada: 9, 000	Laboratorio: 800,000 estudios
Fisioterapia: 45, 000 sesiones	Resonancia Magnética: 3,000

Fuente: Elaboración propia con base en el Libro Blanco Hospital General Regional de 250 camas, Charo, Michoacán.

4.5.1 Personal de salud

En cuanto a la regulación de la atención a la salud, México cuenta con mecanismos para la acreditación de escuelas y facultades de medicina y enfermería; la titulación y certificación de médicos y enfermeras; la acreditación y certificación de unidades de atención, instancias de conciliación y arbitraje e instancias judiciales para lidiar con las controversias que pudieran surgir entre los usuarios y los proveedores de atención a la salud (Gómez, 2011).

La certificación de los recursos humanos para la salud ha sido tradicionalmente una responsabilidad de las instituciones de educación superior y la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. Para ejercer su profesión, los médicos deben contar con un título expedido por una institución educativa y una cédula que emite la Dirección General de Profesiones (Gómez, 2011).

El profesional médico, de acuerdo con Rodríguez (2010), “es el médico titulado comprometido con los principios éticos y deontológicos y valores de la profesión médica” (pág. 65). En ese sentido, el autor en cita, define a la profesión médica como “la ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior...” (pág. 65).

Los médicos del IMSS son directa e individualmente responsables ante el IMSS, de los diagnósticos y tratamiento de los pacientes que atienden en su jornada de labores. Esta misma responsabilidad la tienen las enfermeras y personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que interviene en el manejo de pacientes. Tanto el IMSS como el personal de referencia son corresponsables de los diagnósticos y tratamientos de los derechohabientes (Art. 6, del RSM).

Los trabajadores del IMSS, tienen el carácter de servidores públicos de la Administración Pública Federal, por lo que invariablemente su conducta debe guiarse bajo los Principios Constitucionales de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia.

De acuerdo con la norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo y Tercer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social el personal de salud, lo constituye “el conjunto de profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, entre sí y con los pacientes, con el propósito de general acciones de promoción, prevención y protección a la salud, así como de atención a la salud” (5.13).

La norma en comento, define al personal directivo como “el conjunto de personas conformado por profesionales responsables de la conducción de los procesos médicos y administrativos necesarios para la provisión de los servicios de las Unidades Médicas Hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención” (5.14).

4.5.2 Los derechohabientes y usuarios del segundo nivel de atención

De acuerdo con la Ley del Seguro Social, la calidad de derechohabientes del IMSS la tienen aquellas personas aseguradas, pensionadas y los beneficiarios de ambos, que tienen vigentes sus derechos para recibir las prestaciones del instituto (Art. 5, f. XIII LSS). En ese sentido, el asegurado es el trabajador o sujeto de aseguramiento, de acuerdo con la LSS, mientras que la calidad de pensionados recae en el asegurado que por resolución del instituto tiene otorgada una pensión (Art. 5, f. XIV LSS). Se denominan beneficiarios al cónyuge del asegurado, a falta de este, a la concubina o concubinario, así como los ascendientes y descendientes del asegurado o pensionado.

Para el efecto de recibir atención médica, continua e integral, el IMSS asigna a los derechohabientes una unidad médica de adscripción y el médico familiar. Sin embargo, el IMSS otorga atención médica de urgencia al derechohabiente independientemente de la adscripción médica que le corresponda.

Los derechohabientes harán uso de los servicios del Segundo Nivel de Atención cuando sean remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación tomando en cuenta la complejidad del padecimiento (Art. 4 f. II, RSM).

4.6 Evidencia empírica

Ahora bien, tomando en cuenta lo expresado hasta aquí es importante señalar que México atraviesa por una etapa crítica donde existe prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, en contraste se ha observado una disminución en el presupuesto destinado para el sector salud, mediante recortes al Presupuesto de Egresos de la Federación o bien, mediante recortes discrecionales de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Lo anterior impacta de manera negativa en el sector salud y contraviene los principios fundamentales de los DDHH, al no contar con la certeza jurídica mínima respecto de la planeación que debe existir en la administración del país.

Ante un escenario de inestabilidad financiera global que ha impactado en el tipo de cambio y los precios del petróleo en el país cuya producción ha estado a la baja, ha provocado que se tomen medidas económicas para evitar crisis económicas a corto plazo, sin embargo, se no debe pasar por alto el hecho de que la inversión en el sector salud a mediano y largo plazo impacta en el desarrollo del país, y por tanto las decisiones que se tomen en la materia deben hacerse de manera holística.

De acuerdo con el “Estudio sobre el Gasto Público en Salud en México, 2015” realizado por la firma Evercore, el gasto público ejercido en salud como porcentaje del Gasto Programable Total ha presentado una disminución media anual de -0.5 por ciento de 2005 a 2015, acentuándose esto a partir de 2012 y aún sin contar los recortes del mismo 2015, 2016 y 2017.

En ese sentido, en México el gasto público para el ejercicio fiscal 2016 propuesto para la función salud representó el 2.80% del PIB, mientras que para el ejercicio 2017, disminuyó al 2.7%. Comparativamente con los países miembros de la OCDE México, es la economía que destina un menor porcentaje del PIB para el sector salud. El promedio que destina las economías de la OCDE es de 6.6%, en donde destacan países como Dinamarca (9.78% del PIB); Francia (9.19% del PIB); Alemania (8.92% del PIB) (Cámara de Diputados LXIII Legislatura, 2015; Méndez, 2016).

El presupuesto para el sector salud no aumentó ni siquiera lo correspondiente a la inflación, que entre 2015 y 2016, que fue de entre 2.13-3.36%, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Comparando lo aprobado en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para 2017 con una base mínima de aumento por la inflación, se observa una subpresupuestación de \$20,583 millones de pesos. Mientras el presupuesto aprobado para 2017 para el sector salud debió ser de \$142,400 millones de

pesos aproximadamente, el monto aprobado en el PEF para 2017 fue de 121 mil 817 millones de pesos (Propuesta de reforma al art. 58 de la LFPRH).

Lo anterior se agravó con los recortes presupuestales anunciados por la SHCP, durante los ejercicios previamente aprobados, tal y como se explica en la siguiente tabla:

Tabla 15. Recortes presupuestales anunciados por la SHCP

Mes y año del recorte presupuestal	Cantidad en millones de pesos
Enero de 2015	3,339
Febrero de 2016	2,062
Junio de 2016	6,500

Fuente: Médez, 2016, con base en información obtenida de www.transparenciapresupuestaria.gob.mx.

Mientras el gasto público en el sector va a la baja, el número de afiliaciones al IMSS va al alza lo que, sin lugar a dudas, deja ver que el gasto público no es proporcional al incremento de beneficiarios. Simplemente del 2008 al 2016, se dio un incremento de derechohabientes del 60%, en tanto que el gasto per cápita pasó de \$3,222 a \$2,726, es decir, hubo una disminución del 15% (Médez, 2016).

Ahora bien, en el 2006, el 66% del presupuesto total del sector salud, se destinó en conjunto al IMSS y a la SS, para el 2017, subió a un 70%. Sin embargo, cabe hacer notar que el incremento al presupuesto prácticamente se ha destinado a la SS, ya que en el 2006 éste representaba el 16%, y para el 2017, representó el 22%, mientras que el presupuesto destinado al IMSS ha permanecido constante cerca del 50% (Médez, 2016).

Aunado a lo anterior, del gasto público en salud en México el 97.68% se destina para gasto corriente, necesario para cubrir los rubros de servicios personales (sueldos, prestaciones de seguridad social), gasto de operación para que las organizaciones operen adecuadamente (papelería y equipos de cómputo); subsidios (ayudas de carácter social y recursos para los fondos de pensiones y jubilaciones); y únicamente el 2.32% se asigna para

el gasto de inversión, necesario para la modernización y ampliación de las actividades que conforman esta función, tales como la construcción de infraestructura en salud (Cámara de Diputados LXIII Legislatura, 2015).

El bajo gasto público y la inversión total limitada en el sistema de salud se refleja en los recursos nacionales de salud de México, que cuenta con 2.2 médicos practicantes y 2.6 enfermeras practicantes por cada 1,000 habitantes, mucho menos que el promedio de la OCDE de 3.3 y 9.1, respectivamente. La densidad de camas también es muy baja, con 1.6 camas por cada 1,000 habitantes en 2013, comparado con 4.8 camas por cada 1,000 en la OCDE: de nuevo el más bajo de los países de este organismo (OCDE, 2016).

Adicionalmente, el servicio de salud en México está ligado a la insatisfacción de los individuos con la calidad o la accesibilidad a los servicios que proveen las instituciones a las que están afiliados; provocando que se busque atención médica con prestadores privados. México muestra la mayor razón de hospitales privados a públicos en los países de la OCDE, ya que cuenta con 11.4 hospitales de propiedad pública y 28.6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes. En congruencia con lo anterior, el gasto de bolsillo en México constituye 45% de los ingresos del sistema de salud y 4.0% del gasto de los hogares. Estas cifras son las más altas de la OCDE. El gasto de bolsillo no ha disminuido de manera significativa en la última década, a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud (OCDE, 2016).

En ese mismo orden de ideas, OACUNDH (2011), señaló que otro de los factores que contribuye a la incertidumbre en la atención en salud en la población mexicana es la desarticulación del SNS, en virtud de que no se ha logrado establecer una red sanitaria universal y que, al no contar la capacidad de cubrir las necesidades de la población que la solicita, orilla a personas a solicitar atención privada aun cuando no tienen la capacidad de pagarla.

Por otro lado, y de acuerdo con la información recopilada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), de las comisiones y procuradurías estatales de DDHH en México del año 2013, publicada en el 2015, se da a conocer el estado que guardan los DDHH

a partir del análisis y comparación de la magnitud y características de las quejas recibidas por hechos presuntamente violatorios de DDHH por parte de los organismos encargados de su protección y defensa en las entidades federativas.

En los expedientes calificados por las Comisiones o Procuradurías de Derechos Humanos de las entidades federativas, como de hechos presuntamente violatorios se registraron 87 mil 460 hechos presuntamente violatorios, lo que se traduce en aproximadamente dos hechos presuntamente violatorios registrados en cada expediente calificado como tal. La población afectada por estos hechos presuntamente violatorios asciende a 75 mil 853 personas (43 mil 937 hombres y 29 mil 37 mujeres) (INEGI, 2015).

La información recabada por el INEGI de las Comisiones o Procuradurías Estatales de Derechos Humanos, permite conocer los principales DDHH transgredidos por los presuntos hechos violatorios registrados en los expedientes. Así las cosas, en el 2013, a nivel nacional se reportaron los siguientes datos: El derecho a la libertad y seguridad de la persona (18 mil 157 hechos). El derecho a no ser sometido a tortura o, a tratos o penas crueles calificados inhumanos o degradantes (12 mil 110 hechos). El derecho a un juicio justo (11 mil 203 hechos). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (4 mil 812 hechos), donde la principal violación reportada fue: omitir proporcionar atención médica (mil 60 hechos) (INEGI, 2015).

En ese mismo sentido, del Sistema Nacional de Alerta de violación a los DDHH de la CNDH, se obtuvo información de enero a diciembre de 2016, en virtud de la cual se puede observar la situación que se guarda al respecto en el territorio nacional. De acuerdo con la gráfica número 1, se aprecia las entidades federativas con mayor y menor número de quejas presentadas por la presunta comisión de violaciones a los DDHH, destacando la Ciudad de México y el Estado de Campeche, como los lugares donde se encuentran registradas el mayor y menor número de quejas, respectivamente (SNA, 2017).

Por otra parte, de los datos obtenidos del SNA de la CNDH, se desprende que el mayor número de quejas presentadas por presuntas violaciones a los DDHH, corresponde al sector salud, seguida del sector seguridad y el sector educativo.

Ahora bien, tomando en cuenta que la implementación de las políticas públicas en general y aquellas dirigidas a garantizar la efectividad de los derechos humanos específicamente, el de la salud, se encuentra ubicado en la administración pública, de acuerdo con el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud de México es el órgano del poder ejecutivo federal encargada la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y de coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal, entre otras.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, perteneciente al sector público del Sistema Mexicano de Salud, con 2074 quejas, es una de las tres autoridades a las que se les atribuye mayor número de violaciones de DDHH, de acuerdo con el SNA de violación a los DDHH. Las cinco entidades con mayor número de quejas en contra del IMSS, por la presunta violación de DDHH, corresponden a la Ciudad México con 507, es decir, el 24.44% de las quejas; el Estado de México, con 292, que implica el 14.07%; le sigue Jalisco, con 117 quejas que en términos porcentuales representa el 5.64%; en cuarto lugar, aparece Michoacán con 106 quejas, es decir el 5.11%; y en el quinto lugar, Coahuila, con 105 quejas que corresponden al 5.06%. El Estado con menor número de quejas registradas en contra de IMSS, corresponde al Tlaxcala con 2 quejas, es decir el 0.09% (SNA, 2017).

Por lo que ve al Sistema Ombudsman en México, es uno de los más caros del mundo y con un potencial desaprovechado por atender más a la carrera política y evitar confrontar al Estado. Las estrategias que sigue no están dadas para enfrentar el poder del Estado y hacer efectiva la defensa y protección de los DDHH, develando las causas estructurales de la deficiencia y el papel político que juega dicho sistema: ocultar y proteger a los agentes del Estado, quienes de manera sistemática y estructural violan derechos humanos, al grado de cometer delitos de lesa humanidad, al mismo tiempo que denuncian en los foros internacionales la doble cara del Estado mexicano: hacia fuera, defensor de los derechos humanos; hacia dentro, sistemático perpetrador (Velasco, 2015).

Lo anterior queda evidenciado con el presupuesto que se asigna a este organismo, y a los pobres resultados que ha dado. Para el 2016, el monto aprobado fue de 1,598 millones

200,000 pesos. De acuerdo con un estudio comparativo, el gasto en México es mayor que el de las demás oficinas de ombudsman de América Latina y uno de los más grandes del mundo (Elizondo & Magaloni, 2010). Para el ejercicio del 2017, el presupuesto destinado fue de 1,728 millones 566,039 pesos, de los cuales 1,262 millones 607,242 pesos (73%) se destinaron a servicios personales y 338 millones 162,961 millones a gastos de operación.

Además de los datos que arrojan los Organismos Públicos de Derechos Humanos, existen otros organismos ante los cuales se dirimen controversias respecto de hechos que pueden llegar a implicar violación de derechos humanos en materia de salud y que permite ver un panorama más amplio de la problemática que nos ocupa.

En ese sentido, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), es una institución que ofrece mecanismos alternativos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos; colaboran con autoridades de procuración e impartición de justicia y participan en la investigación, en el fomento a la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, tal y como lo establece el Decreto del 3 de junio de 1996, mediante el cual se crea la CONAMED.

Si bien es cierto, que la CONAMED en estricto sentido no tiene competencia para dirimir sobre cuestiones de DDHH, muchos de los asuntos que son puestos a su consideración para su estudio y posible solución, pueden representar por si mismos violaciones a los DDHH. Adicionalmente, gran parte de los asuntos que conoce esta Comisión provienen del IMSS, tal y como se podrá observar en las siguientes tablas.

Tabla 16. Gestiones inmediatas concluidas por institución médica relacionada de la CONAMED, primer semestre 2016.

Sector/Grupo/Institución	Total
Total	542
Sector Público	533
Seguridad Social	503
IMSS	364
ISSSTE	135
PEMEX	4
Sin Seguridad Social	30
Hospitales Federales de la Secretaria de Salud	14
Servicios Estatales de Salud	16
Asistencia Social	0
DIF	0
Servicios Médicos de la Policía Auxiliar	0
Sector Privado	9
Servicios Privados	9
Clínicas sin servicios de hospitalización	2
Hospital	7
Asistencia Privada	0
Cruz Roja	0
Otros	0

Elaboración propia, recuperado la página de la CONAMED, información estadística del 2016, en http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127314/cuadros_16_10.pdf

Tabla 17. Quejas concluidas por institución médica relacionada de la CONAMED, primer semestre 2016.

Sector / Grupo/ Institución	Total
Total	926
SECTOR PUBLICO	672
Seguridad Social	607
IMSS	526
ISSSTE	67
PEMEX	10
SEDEMAR	1
SEDENA	3
Sin Seguridad Social	56
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	32
Servicios Estatales de Salud	24
Asistencia Social	9
Servicios Médicos de Instituciones Universitarias	7
Servicios Médicos de la Policía Auxiliar	1
Servicios Médico de la Policía Bancaria	1
SECTOR PRIVADO	252
Servicios Privados	244
Clínicas sin servicios de hospitalización	1
Consultorios	183
Hospitales	57
Laboratorios y Gabinete	3
Asistencia Privada	8
Cruz Roja	1
Otros	7
No disponible	2

Elaboración propia, recuperado de la página CONAMED, en http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127315/cuadros_16_11.pdf

Tabla 18. Gestiones inmediatas concluidas por “motivo”. CONAMED, 1er. semestre 2016.

Motivo	Total
Total	2915
Accidentes e Incidentes	13
Atención de parto y puerperio inmediato	10
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	90
Deficiencias Administrativas	433
Diagnóstico	1259
Relación médico-paciente	450
Tratamiento médico	436
Tratamiento Quirúrgico	224

Elaboración propia recuperado de la página de la CONAMED, en http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127311/cuadros_16_8.pdf

Tabla 19. Quejas concluidas por “motivo” de la CONAMED, 1er. semestre 2016.

Motivo	Total
Total	5072
Accidentes e Incidentes	53
Atención de parto y puerperio inmediato	48
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	113
Deficiencias Administrativas	435
Diagnóstico	2060
Relación médico-paciente	843
Tratamiento médico	664
Tratamiento Quirúrgico	856

Elaboración propia con base en información estadística 2016 de la CONAMED, en http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/127313/cuadros_16_9.pdf

De los datos estadísticos se desprende que la CONAMED, así como las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, funcionan como filtro para solucionar discrepancias entre las instituciones de salud, y los derechohabientes del servicio.

La difícil situación del sector salud en México y la problemática que conlleva la violación de DDHH en esta materia ha hecho que se busquen soluciones en otros ámbitos del poder del Estado, descartando al Legislativo y Ejecutivo, dado que efectivizar el derecho a la salud, aun es una tarea pendiente. Sin embargo, se requiere urgentemente analizar en el ámbito de las políticas públicas que es lo que está fallando, cuál es el eslabón más débil por el que se percibe la falta de cumplimiento del DHS y con ello la insistente violación a los DDHH.

Conocer la perspectiva de derechohabientes y del personal de salud, permite conocer dos enfoques diferentes acerca de cómo se está trabajado y cómo se reciben los servicios de salud, esta información tiene un valor especialmente importante para el diseño e implementación de políticas públicas que ataque de raíz la problemática y se pueda observar una mejoría en el cumplimiento del DHS.

Apartado III. Marco Metodológico

Una vez realizadas las justificaciones teóricas que fundamentan el estudio y su contextualización, en el presente apartado se aborda el marco metodológico en el cual se explican los mecanismos utilizados para analizar el problema de investigación.

El marco metodológico es un componente esencial en la investigación, éste le da contexto al estudio, por ello, se explica detalladamente el proceso de la obtención de datos y técnicas de análisis e interpretación utilizados.

Este apartado consta de tres capítulos en el cual se explica la propuesta metodológica consistente en el análisis de convergencia y divergencia, respecto a la percepción sobre el cumplimiento del DHS, en el HGR No. 1 del IMSS-Michoacán, se exponen los resultados y obtenidos con la metodología aplicada y finalmente se abordan las conclusiones propuestas con enfoque de derechos humanos.

Capítulo 5. Análisis transversal de convergencia y divergencia.

En este capítulo se presenta la metodología utilizada para analizar las variables de estudio a través de un análisis transversal de convergencia y divergencia entre los derechohabientes del IMSS y personal de salud del Hospital General Regional No. 1, del IMSS-Michoacán.

En el cuerpo de la presente investigación se dio a conocer la problemática sobre el cumplimiento del DHS que se vive en el país y en Michoacán. Los organismos encargados de la protección y defensa de los DDHH, tienen registro de violaciones al DHS cometidas en agravio de los usuarios de estos servicios, donde el IMSS destaca como autoridad responsable de dichas violaciones. Por ello, se considera que el análisis de convergencia y divergencia propuesto, brinda información importante para la toma de decisiones en la materia, en aras de hacer propuestas de política pública que contribuyan a mejorar el cumplimiento de este Derecho Humano.

Además de explicar el diseño de investigación, el universo y muestra de estudio, se describen los instrumentos y procedimiento de recolección de datos para concluir con el análisis de la información obtenida y las técnicas estadísticas que fueron empleadas.

5.1 Planteamiento metodológico para el análisis de convergencia y divergencia

Previo a abordar el planteamiento metodológico, resulta conveniente señalar que en la presente investigación se ha empleado el método científico, ya que se busca generar conocimiento objetivo, utilizando las herramientas que al efecto pone al alcance, y cuyo objetivo primordial es generar conocimiento verdadero del fenómeno. En palabras de Tamayo y Tamayo (2003), el método científico es un procedimiento que permite identificar

las condiciones y circunstancias en que se presentan los sucesos, y que tienen como característica por lo general, por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y empírico.

Se utilizó la expresión metodológica hipotético-deductiva, al contar con teorías que explican el fenómeno de estudio, además, de partir de aseveraciones hipotéticas de las cuales se deducen conclusiones que deben confrontarse con los hechos (Navarro, 2011). El estudio es de tipo correlacional, ya que permite llevar a cabo un análisis de las variables para hacer propuestas que contribuyan a la solución del problema que se plantea.

Tomando en cuenta los tres enfoques de la investigación científica expuestos por Hernández, Fernández y Batista (2008), la investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo, aunque se incluye evidencia cuantitativa. Ello en virtud, de que se plantea realizar un estudio que, por su naturaleza, usa múltiples fuentes de evidencia y explora el objeto de estudio dentro de su contexto. Esas fuentes de evidencia incluyen documentos, archivos, entrevistas, observaciones directas, u objetos (BID, 2011).

Retomando el planteamiento metodológico sobre el análisis de convergencia y divergencia, se considera importante conocer diferentes acepciones de la palabra convergencia para facilitar su entendimiento. De acuerdo con la Real Academia Española, convergencia significa la acción o efecto de converger, que a su vez significa: coincidir en la misma posición ante algo controvertido, tender a unirse en un punto.

Derivado de la preocupación por estudiar las desigualdades o dispersión existente a lo largo del tiempo, surgieron trabajos que abordaban el estudio de la convergencia en sentido estocástico. Dentro de los estudios de referencia, se encuentran los de Quah (1993), Bernard y Durlauf (1991, 1995 1996) y Evans y Karras (1996a, 1996b). Según Bernard y Durlauf (1991), definen la convergencia como las distancias entre los distintos valores de una misma variable que tienden a acotarse, de manera que disminuye el diferencial en el tiempo.

La forma más extendida de entender la convergencia es la siguiente: se dice que dos magnitudes convergen cuando las diferencias que existen entre ellas disminuyen a lo largo del tiempo. Si ocurriera lo contrario, entonces se diría que dichas variables presentan un

comportamiento divergente. Sin embargo, cabe la posibilidad de que las diferencias que se mencionan se mantuvieran constantes a lo largo del tiempo. Esto significaría que las tasas de crecimiento de ambas variables serían parecidas, no pudiéndose hablar ni de convergencia, ni de divergencia (Bernard y Darlauf, 1991).

En el presente trabajo de investigación, el análisis de convergencia y divergencia que se plantea se realiza con datos de corte transversal, para ello se utiliza la información obtenida de las encuestas aplicadas a los derechohabientes del IMSS, que hacen uso de los servicios que presta el Hospital General Regional No. 1, Morelia-Charo, y al personal de salud de dicha Institución de seguridad social.

Con este análisis se intenta aportar respuesta a la pregunta de investigación y obtener información importante sobre la valoración que los derechohabientes y el personal de salud del HGR No. 1 del IMSS, le dan a cada una de las variables de estudio, lo que puede ser determinante para la toma de decisiones futuras en la problemática que existe en el sector salud. Máxime, que los estudios empíricos de la hipótesis de convergencia, se presenta como una manera sencilla de identificar entre dos paradigmas, cuál representa una mejor descripción de la realidad (Sala i Martín, 2000).

Dentro de la literatura empírica sobre el tema se han encontrado dos formas diferentes de verificar la existencia de convergencia, la primera mediante el análisis de datos de corte transversal y la segunda a través del análisis de series temporales. El primer enfoque es el que se adopta en el presente trabajo.

Según Hall, Robertson y Wickens (1992), el concepto de convergencia, desde un punto de vista económico, consiste en que la diferencia entre dos o más series debe hacerse arbitrariamente pequeña (o converger hacia cierta constante, α) con el transcurso del tiempo:

$$\lim_{t \rightarrow \infty} (X - Y) = \alpha$$

Señalan los autores que, en el caso de series aleatorias, como la mayoría de las variables económicas, se puede extender la definición anterior introduciendo la noción de convergencia estocástica, es decir, que existe una fecha t^* a partir de la cual la esperanza

matemática de la diferencia entre las dos variables se convierte en inferior o igual a una constante α :

$$E\{\lim_{t \rightarrow \infty} (X - Y)\} = \alpha$$

Señalan los autores en cita, que en este caso se requiere que la probabilidad de que dos series difieran en una cierta cantidad, sea arbitrariamente pequeña. En el contexto de procesos integrables, si las dos series consideradas son $I(1)$, la convergencia tan sólo requerirá que la diferencia entre ellas sea de un orden de integrabilidad inferior, es decir, $I(0)$.

Para llevar a cabo el análisis de convergencia, existen diferentes métodos, entre los que se encuentran:

1. Medidas de dispersión de varianzas condicionadas (Rogoff, 1985);
2. Parámetros de relaciones econométricas (Artis y Ormerod, 1991);
3. La metodología propuesta por Barro (1991) y Sala-i-Martin (1992) para determinar la convergencia, consiste en utilizar una sección cruzada de países, para verificar la existencia de convergencia, en otras palabras, se realiza una regresión del producto per cápita de un país con respecto a su nivel anterior. Si existe convergencia, el coeficiente estimado debe ser negativo. Este contraste está muy relacionado con el test de estacionariedad de Dickey y Fuller (1979); aunque hay que decir que esta condición no es suficientemente necesaria para la existencia de convergencia; y
4. Otra forma de contrastar la convergencia, es a través del análisis de la existencia de una relación de cointegración entre las variables. Debido a que para que exista convergencia las diferencias entre dos series no pueden tener varianzas infinitas, la existencia de cointegración entre las variables se ha considerado, por parte de algunos autores, como una condición necesaria, aunque no siempre suficiente, para que exista convergencia (McDonlad y Taylor, 1991).

Como ya quedó explicado, por convergencia se debe entender el hecho de que existan puntos de acuerdo entre los distintos valores de un mismo ítem (Cáceres, 1999), tanto para los derechohabientes como para el personal de salud del IMSS, *contrario sensu*, se deberá entender a dicho fenómeno como divergencia, es decir, cuando se produzcan diferencias

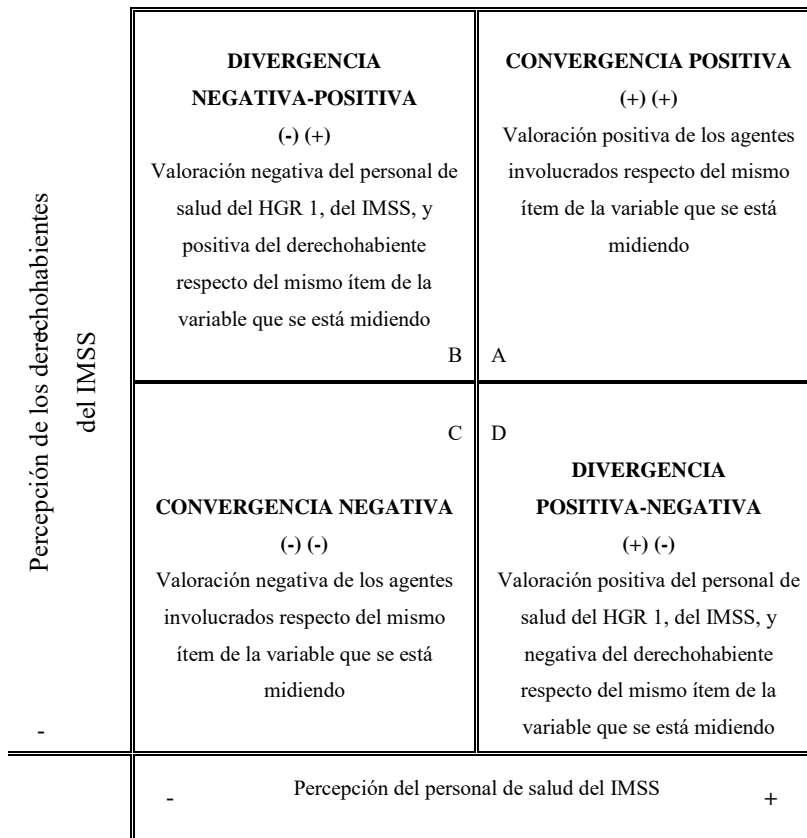
entre los distintos valores de un mismo ítem. Dados los distintos valores que los derechohabientes y personal de salud del HGR 1, del IMSS le puedan dar a un mismo ítem, se pueden tener los siguientes escenarios:

De acuerdo con la valoración que cada uno de los agentes involucrados tienen respecto del ítem de la variable a medir, se pueden presentar cuatro escenarios, el primero de ellos, es el de **convergencia positiva** en el cual ambos agentes tienen una valoración positiva (+) del ítem de la variable que se está midiendo, y que incide en la percepción de cumplimiento del DHS; el segundo de ellos, es el de **convergencia negativa** en el cual ambos agentes tienen una valoración negativa (-) del ítem de la variable que se está midiendo, y que incide en la percepción de cumplimiento del DHS.

Ahora bien, se puede presentar un escenario en donde no exista convergencia, es decir, se presente divergencia entre los agentes involucrados respecto de la valoración de un mismo ítem de la variable que se está midiendo, de tal suerte puede presentarse un escenario de divergencia negativa-positiva, en éste, el personal de salud del HGR No. 1, del IMSS, tiene una valoración negativa, contraria a la que perciben los derechohabientes del IMSS, respecto del ítem de la variable que mide el DHS. Finalmente, el escenario de divergencia positiva-negativa, en la que el personal de salud del HGR No. 1, del IMSS, tiene una valoración positiva respecto del ítem de la variable que mide el DHS, mientras que el derechohabiente, tiene una valoración negativa.

De acuerdo a lo anterior, se propone confrontar la valoración de la percepción de los agentes involucrados, respecto de los ítems que miden la variable objeto de estudio, situándolas respectivamente en el cuadrante del gráfico que les corresponda.

Gráfico 1. Cuadrante de convergencia y divergencia.



Fuente: Elaboración propia

Lo que se aprecia en la gráfica anterior, se traduce en los siguientes términos:

El cuadrante A, indica la percepción positiva tanto de los derechohabientes como del personal de salud del HGR 1, del IMSS, es decir, al existir convergencia positiva, se estaría en condiciones de decir que, en relación con cada uno de los ítems de las variables de estudios, especialmente, respecto del cumplimiento del DHS, son valoradas positivamente por los agentes involucrados.

El cuadrante B, indica la percepción negativa por parte del personal de salud del HGR 1, del IMSS, y una percepción positiva por parte de los derechohabientes, de lo que se desprende que en relación con los ítems analizados pueden existir deficiencias detectadas por el personal de salud del HGR 1, del IMSS, en relación con cada uno de los ítems de las

variables de estudios, especialmente, respecto del cumplimiento del DHS, las cuales no son valoradas negativamente por los derechohabientes al tener una percepción positiva.

El cuadrante C, indica la percepción negativa tanto de los derechohabientes como del personal de salud del HGR 1, del IMSS, es decir, al existir convergencia negativa, se estaría en condiciones de decir que, en relación con cada uno de los ítems de las variables de estudios, especialmente, respecto del cumplimiento del DHS, son valoradas negativamente por los agentes involucrados.

El cuadrante D, indica la percepción negativa por parte de los derechohabientes del IMSS, y una percepción positiva por parte del personal de salud del HGR No, 1 del IMSS, de lo que se desprende que en relación con los ítems analizados pueden existir deficiencias detectadas por los derechohabientes del IMSS, en relación con cada uno de los ítems de las variables de estudios, especialmente, respecto del cumplimiento del DHS, las cuales, no son valoradas negativamente por el personal directivo quienes tienen una percepción positiva.

Ahora bien, el siguiente paso es dimensionar el nivel de dispersión (Id), para estar en condiciones de determinar el grado de convergencia o divergencia de los agentes involucrados.

Para calcular el nivel de dispersión, se acude a la siguiente fórmula:

En dónde:

$$Id = X_2 - X_1$$

Id	Nivel de dispersión
X_2	Percepción del personal de salud del HGR No. 1, del IMSS
X_1	Percepción del derechohabiente del IMSS

Al medir la dispersión de la percepción de los agentes involucrados, se obtendrá la convergencia o divergencia de aquellos puntos en los que existe mayor o menor discrepancia respecto de los ítems de la variable que se está midiendo. En la siguiente tabla se muestran los rangos de dispersión, bajo los cuales se medirán los ítems.

Tabla 20. Rangos y tipos de dispersión (Id) de la convergencia y divergencia.

Rangos y tipos de dispersión (Id) de la convergencia o divergencia					
$ld \leq -1.49$ y ≥ -1.0	$ld \leq -0.99$ y ≥ -0.50	$ld \leq -0.49$ y ≥ 0	$ld \geq 0$ y ≤ 0.49	$ld \geq 0.50$ y ≤ 0.99	$ld \geq 1.00$ y ≤ 1.49
Dispersión fuerte negativa	Dispersión intermedia negativa	Dispersión débil negativa	Dispersión débil positiva	Dispersión intermedia positiva	Dispersión fuerte positiva

Fuente: Elaboración propia, con base en Gil (2017).

Tomando en cuenta los niveles de dispersión de la convergencia y/o divergencia, los resultados muestran lo siguiente:

Tabla 21. Interpretación de los rangos y tipos de dispersión (Id) de la convergencia y divergencia.

$ld \geq 0$ y ≤ 0.49	Indica que la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente mayor que la de los derechohabientes, según el ítem de las variables que inciden en el cumplimiento del DHS. Este parámetro permite identificar los aspectos sobre los que se debe trabajar en el HGR No. 1, para contribuir en el cumplimiento de DHS y de esa manera responder a las necesidades que la población derechohabiente demanda; o bien, puede mostrar la poca importancia que el derechohabiente puede tener sobre determinados ítems de las variables a las que le resta importancia en el cumplimiento del DHS; o bien, una alta valoración que le da el personal de salud a determinados ítems.
Dispersión débil positiva	
$ld \leq -0.49$ y ≥ 0	Este tipo de dispersión pone de manifiesto que la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente menor que la de los derechohabientes, según el ítem de las variables que inciden en el cumplimiento del DHS en el HGR No. 1, del IMSS, demostrando
Dispersión débil negativa	

	<p>con ello que el HGR No. 1, del IMSS, que los derechohabientes perciben de manera ligeramente más alta, que se está respondiendo a las necesidades de la población.</p>
<p>$ld \geq 0.50$ y ≤ 0.99</p>	<p>La dispersión intermedia positiva indica que la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es medianamente mayor que la del derechohabiente. Éste parámetro permite identificar los aspectos sobre los que se debe poner especial atención el HGR No. 1, para contrarrestar la baja percepción de los derechohabientes sobre el cumplimiento del DHS; o bien, puede evidenciar la baja valoración que le da el derechohabiente a determinados ítems de las variables a las que le resta importancia en el cumplimiento del DHS; o bien, una alta valoración que le da el personal de salud a determinados ítems.</p>
<p>Dispersión intermedia positiva</p>	
<p>$ld \leq -0.99$ y ≥ -0.50</p>	<p>En el supuesto de que se presente una dispersión intermedia negativa, es indicador de que la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es medianamente menor en contraste con la percepción del derechohabiente que es medianamente mayor. Lo anterior demuestra la baja valoración que percibe el personal de salud; y ésta puede ser atribuible al conocimiento global que tienen de las necesidades del derechohabiente según el ítem de las variables que inciden en el cumplimiento del DHS.</p>
<p>Dispersión intermedia negativa</p>	
<p>$ld \geq 1.00$ y ≤ 1.49</p>	<p>En el supuesto que exista una dispersión fuerte positiva indicará que la percepción del derechohabiente es menor en contraste con la del personal de salud del HGR No. 1 (mayor), que percibe de sí mismo. Parámetro que permite identificar sobre los aspectos que deberá poner especial atención el HGR No. 1, para contrarrestar la baja percepción de los derechohabientes; o bien, muestra la poca importancia que el derechohabientes puede tener sobre determinados ítems de las variables que considera no necesarias para el cumplimiento del DHS.</p>
<p>Dispersión fuerte positivo</p>	

$ld \leq -2.0$ y ≥ -1.0	Ante una situación donde exista una dispersión fuerte negativa
Dispersión fuerte negativa	mostrará que la percepción del derechohabiente es mayor que la del personal de salud del HGR No. 1, según el ítem de las variables que inciden en el cumplimiento del DHS, demostrando que el trabajo realizado en dicho HGR No. 1 se percibe positivamente.

Fuente: Elaboración propia.

5.2 Universo y muestra de estudio

Una de las etapas por demás importantes dentro del proceso de investigación es la selección de la muestra, para ello, es indispensable determinar la unidad de análisis, es decir, definir los participantes, objetos, sucesos, etc., sobre de los cuáles se llevará a cabo la recolección de datos. Ello, permite delimitar la población o universo de estudio. (Hernández, 2006).

En la presente investigación, se han determinado dos universos de estudio: por una parte, los derechohabientes del Hospital General Regional número 1, del IMSS, ubicado en Charo, Michoacán, y por la otra, el personal de salud, de dicho Hospital; a continuación, se delimitan ambos universos de estudio o poblaciones:

5.2.1 Universo 1

El primer universo se conforma por los derechohabientes que acuden o utilizan los servicios del Hospital General Regional número 1, del IMSS de Charo, Michoacán, mayores de edad, que hayan utilizado cualquier servicio de atención a la salud en el último año, contado a partir de la fecha en que se levante la encuesta.

5.2.2 Universo 2

El universo 2, se compone por el personal de salud del Hospital General Regional No. 1, del IMSS de Charo, en el estado de Michoacán.

5.2.3 Muestra del Universo 1

Se ha señalado que el universo 1, está conformado por los derechohabientes del Hospital General Regional Número 1 del IMSS, ubicado en Charo, Michoacán, (HGR No. 1) mayores de edad, que hayan sido o estén siendo atendidos en cualquiera de las áreas de servicios salud que presta el Hospital, en el último año, contado a partir de la fecha en que se levante la encuesta.

El universo 1, está conformado por 276 438 derechohabientes (que incluyen titular y beneficiarios de los servicios de segundo nivel de atención médica del IMSS). De acuerdo con información publicada a través de diversos medios de comunicación (Quadratín, 2012), así como a través del “Mapa Interactivo de la Distribución de la Población Derechohabiente del IMSS en Unidades de Medicina Familiar” elaborado por el IMSS, con información actualizada a diciembre de 2017.

Ahora bien, estadísticamente la muestra es un subconjunto de sujetos que debe representar fielmente a la población. De ahí, que sea muy importante obtener el tamaño adecuado de la muestra para que ésta sea representativa del universo.

Para calcular la muestra con datos finitos, se puede atender a la siguiente formula:

$$n = \frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

En donde:

- N: Representa el tamaño de la población o universo de estudio (número total de posibles encuestados).
- n: Tamaño de la muestra.
- k: Es una constante que depende del nivel de confianza que se asigna. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de la investigación sean ciertos. Los valores de K se obtienen de la tabla de distribución estándar N(0,1).
- e: Representa el error muestral deseado, en tanto por uno. (precisión, que en el caso representa el 5%)

p: Proporción esperada = 0.5

q: $1 - p = 0.5$

A continuación, se muestran los valores de K más utilizados, así como sus respectivos niveles de confianza:

Valor de K	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2,24	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	97,5%	99%

Ahora bien, cuando el universo de estudio es muy grande (a partir de 100000 individuos), las fórmulas para obtener la muestra pueden simplificarse de la siguiente manera:

$$n = \frac{k^2 * p * (1 - p)}{e^2}$$

En donde:

N: 276 438

n: ?

k: Al 95% es igual a 1,96

e^2 : Es de 5% es decir de $(0.05)^2$

p: 0.5

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2} = 384.16$$

Tal y como se desprende de la fórmula operacionalizada, se obtiene una muestra de **384** encuestas.

5.2.4 Muestra de universo 2

Como quedó señalado, el universo 2 está compuesto por el personal de salud del Hospital General Regional No. 1, del IMSS, Morelia-Charo. El personal de salud, se compone por médicos, residentes, internos, enfermeras, que tengan contacto con los derechohabientes. El universo del personal de salud del HGR No. 1, se compone por 1284 profesionistas de la salud, lo anterior, de acuerdo con la información proporcionada por el Sector Administrativo del Personal de Salud y la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1, Charo.

Para calcular la muestra con datos finitos, se puede atender a la siguiente formula:

$$n = \frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

En donde:

N:	Representa el tamaño de la población o universo de estudio (número total de posibles encuestados).	1,284
n:	Tamaño de la muestra.	?
k:	Es una constante que depende del nivel de confianza que se asigna. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de la investigación sean ciertos. Los valores de K se obtienen de la tabla de distribución estándar N(0,1).	1,96
e:	Representa el error muestral deseado, en tanto por uno. (precisión, que en el caso representa el 5%)	5%
p:	Proporción esperada = 0.5	0.5

$$q: 1 - p = 0.5$$

$$0.5$$

Los valores de K más utilizados, así como sus respectivos niveles de confianza son:

Valor de K	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2,24	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	97,5%	99%

Sustitución de valores en la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 * 1284 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2(1284 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

Resultado de las operaciones:

$$n = \frac{3.8416 * 1284 * 0.5 * 0.5}{(0.0025)(1283) + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{1233.1536}{3.2075 + 0.9604}$$

$$n = \frac{1233.1536}{4.1679} = 295.86$$

$$n = 295.86$$

5.3 Instrumentos de medición

El análisis de estudio de la presente investigación queda constreñido al HGR No. 1, ubicado en Charo, Michoacán. En el Hospital se llevará a cabo el estudio del cumplimiento

del DHS, para ello se recabará información a través de encuestas que se aplicarán al personal de salud, por un lado, y por el otro, a los derechohabientes del IMSS que hacen uso de los servicios del HGR No. 1.

En el instrumento se utilizó la escala Likert para analizar la variable Derecho Humano a la Salud, en sus dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, tal y como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 22. Escala Likert

Afirmación	Valor
Totalmente de acuerdo	5
De acuerdo	4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

Con la información que se recabe de las encuestas aplicadas, se realizará un análisis de convergencia y divergencia, sobre la percepción que tienen los agentes involucrados, respecto del cumplimiento del DHS. El análisis que se lleve a cabo, permitirá obtener información relevante para hacer propuestas de política pública encaminada a mejorar el cumplimiento de este Derecho Humano.

De acuerdo con Martínez (2014), a través de la encuesta se puede obtener información de un amplio grupo de personas, objetos o instituciones, mediante la utilización de diferentes técnicas de recogida de datos de un grupo más reducido. Algunas encuestas intentan determinar la incidencia, distribución e interrelaciones relativas de variables sociológicas y psicológicas y, al hacerlo, se enfocan en la gente, los factores vitales de éstas, sus creencias, opiniones, actitudes, motivaciones y comportamiento. La naturaleza científica social de este tipo de investigación, queda evidenciada por la naturaleza de sus variables, clasificadas como hechos, opiniones y actitudes sociológicas (Kerlinger, 2002).

La encuesta ha contribuido a la metodología de las ciencias sociales en los procedimientos rigurosos de muestreo, el diseño general y la implementación del diseño de estudios, la definición no ambigua y la especificación del problema de investigación, así como el análisis e interpretación de los datos (Kerlinger, 2002).

Por medio de la aplicación del instrumento de investigación, se mide la percepción de los sujetos involucrados, además, se tiene la posibilidad de intervenir en el análisis de lo que perciben y expresan los sujetos de la investigación, a los que se les da una interpretación intersubjetiva, circunstancia indispensable y sin la cual no es posible concebir el mundo desde la perspectiva de los actores, igualmente permite comprender el contexto a través del conocimiento compartido del grupo social (Padlog, 2009).

A través del enfoque cualitativo, se prioriza y potencia lo que la gente dice y el investigador tiene la oportunidad de escuchar y reproducir lo que los sujetos describen, comentan y razonan respecto de lo que pasa en sus vidas y su visión del medio que los rodea, de tal suerte que dicho material al ser organizado por el investigador permite exponer los pensamientos y acciones del día a día de las personas (Padlog, 2009).

Conocer la percepción de los agentes involucrados arroja información relevante y enriquecedora a la vez, en virtud que la información y/o los datos que arroje el instrumento y su respectivo análisis contribuyen a responder las preguntas de investigación, sobre todo, permite hacer propuestas de política pública para fortalecer el cumplimiento del DHS.

Capítulo 6. Análisis e interpretación de resultados

Ahora corresponde realizar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a partir de la recolección de datos mediante las encuestas aplicadas a los derechohabientes y personal de salud del HGR No. 1, del IMSS.

En primer término, se describen los resultados de la prueba de confiabilidad aplicada a cada uno de los instrumentos de medición. Posteriormente se presentan las características generales de cada uno de los agentes involucrados en la aplicación de las encuestas. Finalmente se realiza el análisis transversal de convergencia y divergencia con los datos obtenidos, abordando dicho análisis por cada una de las variables de estudio: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

6.1 Confiabilidad

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos ellos, utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad, por ejemplo:

Medida de estabilidad (confiabilidad por *test-retest*)

Método de formas alternativa o paralelas

Método de Mitades partidas (*split-haves*)

Medidas de consistencia interna: a) alfa de Cronbach, que es utilizado para intervalos y b) los coeficientes KR-20 y KR-21 de Kuder y Richardson.

En el caso particular, se utilizará la medida de consistencia interna alfa de Cronbach. Señala Hernández (2006), que el método de cálculo requiere una sola administración del instrumento de medición, destacando que una de las ventajas consiste en que no se requiere

dividir en dos mitades a los ítems del instrumento, solo se aplica la medición y se calcula el coeficiente.

Los coeficientes de alfa de Cronbach, oscilan entre 0 y 1, donde 0 indica nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad o confiabilidad total. Aunque no existe una regla que indique a partir de qué valor hay fiabilidad del instrumento, se puede decir que si se obtiene 0.25 en la correlación o coeficiente, esto indicaría baja confiabilidad, si el resultado es 0.50, la fiabilidad es media o regular. En cambio, si supera el 0.75, es aceptable o bien, si supera el 0.90, es elevada (Hernández, 2006).

De acuerdo con Galán (2014), distingue los valores aceptables en función a los objetivos de la prueba, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 23. Valores aceptables en función de los objetivos de la prueba.

	Toma de decisiones sobre individuos	Descripción de grupos Feedback a un grupo	Investigación teórica investigación en general
0.85 o mayor	Sí	Sí	Sí
0.60 y < 0.85	Cuestionable	Sí	Sí
< 0.60	No	Cuestionable	Sí, cuestionable

Fuente: Galán, 2014, pág. 224.

Otro criterio general, es el de Mallery (2003, p. 221), quienes sugieren las siguientes recomendaciones para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Coeficiente alfa >.9 es excelente | 4. Coeficiente alfa >.6 es cuestionable |
| 2. Coeficiente alfa >.8 es bueno | 5. Coeficiente alfa >.5 es pobre |
| 3. Coeficiente alfa >.7 es aceptable | 6. Coeficiente alfa < .5 es inaceptable |

La prueba piloto se aplicó a 40 derechohabientes del IMSS, usuarios de los servicios del HGR No. 1, seleccionados al azar y a 40 profesionistas que conforman el personal de salud del citado hospital, obteniendo el siguiente resultado de acuerdo a la fórmula que a continuación se muestra:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right)$$

En dónde:

α = Coeficiente de confiabilidad.

K = Número de ítems.

Vi = Varianza independiente.

Vt = Varianza total.

Prueba piloto del instrumento aplicado a los derechohabientes:

$$\alpha = \frac{49}{49 - 1} \left(1 - \frac{62.26}{765.61} \right) = 0.94$$

Prueba piloto del instrumento aplicado al personal de salud del HGR No. 1

$$\alpha = \frac{49}{49 - 1} \left(1 - \frac{59.80}{854.46} \right) = 0.95$$

Una vez contrastados los resultados obtenidos con los valores generales para evaluar el Alfa de Cronbach, se infiere que los instrumentos son altamente confiables, por lo que se aplicó la encuesta tanto a los derechohabientes como al personal de salud del HGR No. 1, del IMSS ubicado en Charo, Michoacán.

6.2 Características generales de los derechohabientes.

Según la muestra determinada el instrumento se aplicó a 385 derechohabientes que han utilizado los servicios del HGR No. 1, en el último año, contado a partir de la fecha en que se aplicó la encuesta.

De los derechohabientes encuestados el 20.78% fueron hombres, el 76.89% fueron mujeres y un 2.33% prefirió no contestar sobre su sexo. La edad promedio de los encuestados oscila entre los 42 y 43 años de edad, siendo la edad de 30 años la que con mayor frecuencia se presenta en los encuestados. En cuanto al nivel de estudios, el 12% de los participantes cuenta con estudios de primaria, un 25% con secundaria, el 31% con preparatoria, el 22% con licenciatura, el 4% con estudios de postgrado y un 6% prefirió no contestar. Por lo que ve al ingreso familiar mensual aproximado, solo el 72% contestó esta pregunta, arrojando que los siguientes datos: el 38% manifestó que tiene un ingreso menor de \$5,000, el 22% contestó que su ingreso mayor o igual que \$5,000 pero menor que \$10,000, el 7% de los encuestados señaló que su ingreso familiar es igual o mayor de \$10,000, pero menor de \$15,000, el 2% manifestó que su ingreso es igual o mayor de \$15,000, pero menor de \$20,000, el 3% señaló que su ingreso es igual o mayor de \$20,000, finalmente, el 28% de los encuestados prefirió no contestar esta pregunta.

Tabla 24. Estadísticos descriptivos de datos de identificación de los derechohabientes.

Estadísticos descriptivos	Sexo	Edad	Grado de estudios	Ingreso mensual familiar
Media	1.81	42.45	2.79	1.72
Moda	2	30	3	1
Mediana	2	39	3	1
Varianza	245.32	0.39	1.12	0.98
Desviación estándar	0.63	15.66	1.06	0.99

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada a los derechohabientes del IMSS, que hacen uso de los servicios del HGR No. 1, en el mes de septiembre de 2018.

6.3 Características generales del personal de salud encuestado en el HGR 1.

Según la muestra determinada el instrumento se aplicó a 295 profesionistas de la salud que prestan servicios en el HGR No. 1. Del personal encuestado el 20.78% fueron hombres, el 76.89% fueron mujeres y un 2.33% prefirió no contestar sobre su sexo.

La edad promedio de los encuestados oscila entre los 30 y 31 años de edad, siendo la edad de 23 años la que con mayor frecuencia se presenta en los encuestados. En cuanto al nivel de estudios, el 71% de los participantes cuenta con estudios de licenciatura, el 18% tiene estudios de especialidad, el 2% cuenta con estudios de maestría, no hubo ningún registro de encuestados con estudios de postgrado y un 9% no contestó.

El 79% de los encuestados contestaron que sus estudios de licenciatura habían sido realizados en el sector público mientras que el 9% los habían realizado en el sector privado, el 12% de los encuestados prefirió no contestar a esta pregunta. Al cuestionárseles el sector en el que realizaron sus estudios de postgrado, se obtuvieron 90 respuestas, de las cuales el 91% manifestó que se habían realizado en el sector público, mientras que el 6% manifestó haberlos realizado en el sector privado.

Por lo que ve al ingreso familiar mensual aproximado, el 93% de los encuestados contestó esta pregunta, arrojando que los siguientes datos: el 73% manifestó que tiene un ingreso menor de \$20,000, el 17% contestó que su ingreso mayor o igual que \$20,000 pero menor que \$40,000, el 1% de los encuestados señaló que su ingreso familiar es igual o mayor de \$40,000, pero menor de \$60,000, el 1% manifestó que su ingreso es igual o mayor de \$60,000, pero menor de \$80,000, el 1% señaló que su ingreso es igual o mayor de \$80,000, finalmente, el 7% de los encuestados prefirió no contestar esta pregunta.

Tabla 25. Estadísticos descriptivos de datos de identificación del personal de salud.

Estadísticos descriptivos	Sexo	Edad	Grado de estudios	Ingreso mensual familiar
Media	1,66	30.51	1.25	1.24
Moda	2	23	1	1
Mediana	2	29	1	1
Varianza	0.23	63.18	0.26	0.28
Desviación estándar	0.48	7.95	0.51	0.53

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS, en el mes de octubre de 2018.

6.4 Análisis e interpretación de resultados.

Las variables que se utilizaron para realizar el análisis de convergencia y divergencia son:

1. Disponibilidad;
2. Accesibilidad;
3. Aceptabilidad; y
4. Calidad.

Para determinar la convergencia y divergencia de las percepciones de los derechohabientes y del personal de salud del HGR No. 1, del IMSS, se precisa:

1. Determinar la media de las respuestas por cada ítem de las cuatro variables que inciden en el cumplimiento del Derecho Humano a la Salud, utilizando la siguiente fórmula:

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{N}$$

2. Ubicar las respuestas por ítem, según la valoración dada en el cuadrante propuesto en el capítulo anterior para analizar la convergencia y divergencia de las variables que inciden en el cumplimiento del Derecho Humano a la Salud. En la siguiente tabla se

indica la escala de valoración utilizada para cada ítem que se desea conocer y su significado.

Tabla 26. Escala de valoración por Ítem.

5	4	3	2	1
Representa un valor muy positivo.	Representa un valor positivo.	Representa un valor neutral.	Representa un valor negativo.	Representa un valor muy negativo.

Fuente: Elaboración propia.

3. Determinar el nivel de dispersión (ld) dada la media de las respuestas por personal de salud del HGR No. 1 y los derechohabientes, a partir de la fórmula: $ld = X_2 - X_1$.

Tomando como eje principal, al personal de salud del HGR No. 1, y la percepción que tiene respecto al cumplimiento del DHS, se procederá a determinar la convergencia y/o divergencia de las siguientes variables de estudio: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad.

6.4.1 Análisis transversal de convergencia y divergencia de la variable disponibilidad.

La Disponibilidad, implica que el Estado cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo de los Estados. Estos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (CDESC, 2000).

La disponibilidad está dada en función de:

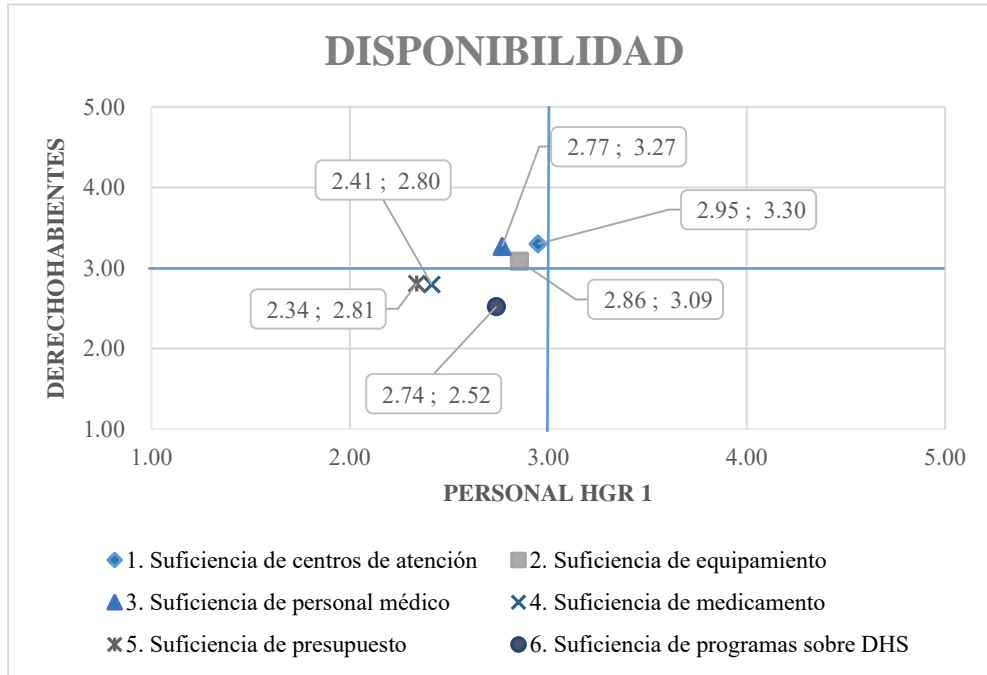
Tabla 27. Disponibilidad de los servicios de salud.

DISPONIBILIDAD
1. Suficiencia de centros de atención
2. Suficiencia de equipamiento
3. Suficiencia de personal médico
4. Suficiencia de medicamento
5. Suficiencia de presupuesto
6. Suficiencia de programas sobre DHS

Elaboración propia.

En la tabla número 29, se presenta la media de las respuestas tomando en cuenta la percepción de los agentes involucrados respecto a la disponibilidad de los servicios de salud. La media de las respuestas según la valoración dada se muestra en el gráfico número 2, ubicando cada ítem en el cuadrante que le corresponde según el resultado obtenido.

Gráfico 2. Disponibilidad de los servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 28. Disponibilidad de los servicios de salud.

ÍTEM	PERSONAL HGR 1	DERECHOHABIENTES
1. Suficiencia de centros de atención	2.95	3.30
2. Suficiencia de equipamiento	2.86	3.09
3. Suficiencia de personal médico	2.77	3.27
4. Suficiencia de medicamento	2.41	2.80
5. Suficiencia de presupuesto	2.34	2.81
6. Suficiencia de programas sobre DHS	2.74	2.52

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Toda vez que se han ubicado las percepciones del personal de salud y los derechohabientes del IMSS, que hacen uso de los servicios que presta el HGR No 1, en el gráfico que antecede, el resultado que se determina por cuadrante involucrado se interpreta de la siguiente manera:

- 1. Cuadrante B, divergencia negativa-positiva de la percepción de cumplimiento de disponibilidad de los servicios de salud, respecto a la suficiencia de centros de atención, equipamiento y personal médico.** Al respecto el personal de salud considera que no se cuentan con los centros de atención, equipo, ni personal, necesarios para hacer frente a la demanda, impidiendo el efectivo acceso a los servicios de salud. Por su parte los derechohabientes tienen una valoración más favorable respecto de los ítems en cuestión, aunque dicha valoración se encuentra apenas por encima de una valoración neutral.
- 2. Cuadrante C, convergencia negativa-negativa de la percepción de cumplimiento de disponibilidad de los servicios de salud, respecto a la suficiencia de medicamentos, presupuesto y programas sobre DHS.** La valoración que ambos agentes le dan a estos supuestos es negativa, lo que significa que se percibe que el HGR No. 1, no cuenta con los insumos necesarios para brindar los servicios de salud, lo que redundaría en el incumplimiento al DHS, al no existir medicamento disponible y suficiente para suministrar a los beneficiarios del IMSS. Ambos agentes involucrados, convergen al percibir un presupuesto insuficiente. Igualmente, coinciden las valoraciones de los agentes encuestados, en cuanto la insuficiencia de programas encaminados a dar a conocer los derechos de los derechohabientes y efectivizar el DHS.

A continuación, se describe la convergencia o divergencia que se obtuvo del análisis de resultados de la encuesta aplicada a los agentes involucrados, y el tipo de convergencia y/o divergencia existente por cada ítem de la variable disponibilidad.

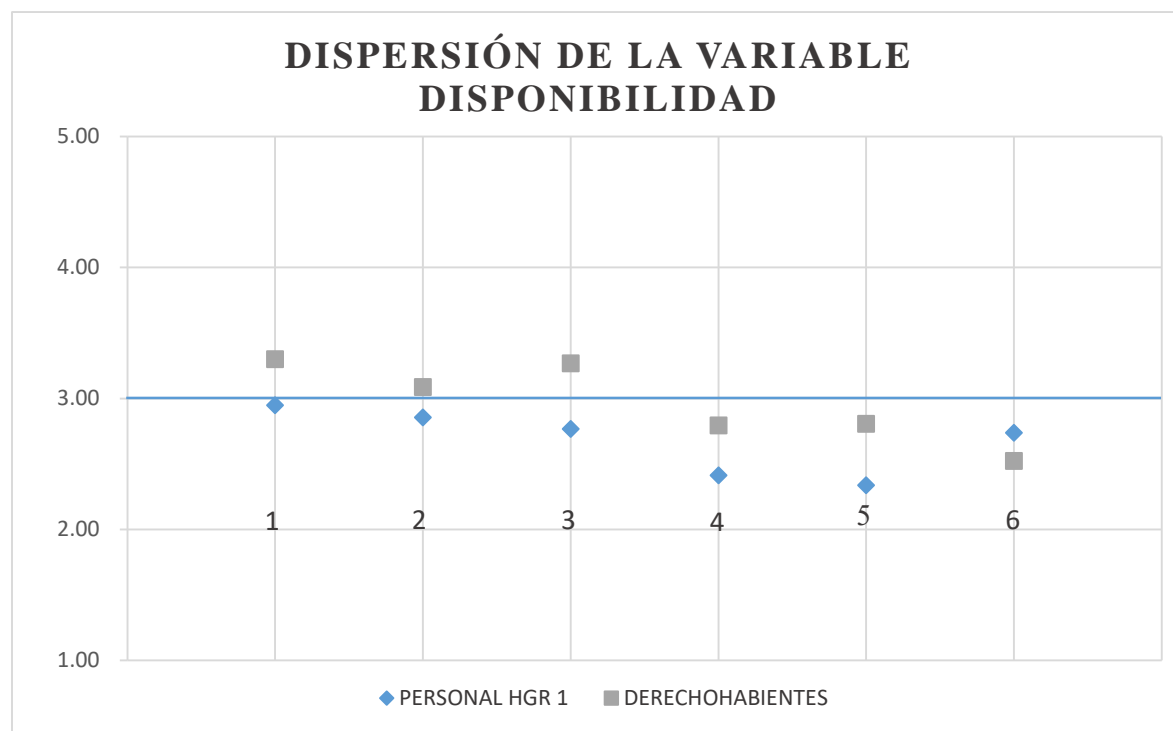
Tabla 29. Convergencia y/o divergencia de la variable disponibilidad.

DISPONIBILIDAD	Convergencia/ divergencia	Tipo de convergencia y/o divergencia
1. Suficiencia de centros de atención	Divergencia	Negativa-positiva
2. Suficiencia de equipamiento	Divergencia	Negativa-positiva
3. Suficiencia de personal médico	Divergencia	Negativa-positiva
4. Suficiencia de medicamento	Convergencia	Negativa-negativa
5. Suficiencia de presupuesto	Convergencia	Negativa-negativa
6. Suficiencia de programas sobre DHS	Convergencia	Negativa-negativa

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

En la siguiente tabla, se describe el grado y tipo de dispersión existente entre los agentes involucrados por cada uno de los ítems de la variable disponibilidad, los cuales se presentan en el gráfico 3.

Gráfico 3. Dispersión de la variable disponibilidad por ítems.



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 30. Determinación del grado y tipo de dispersión (ld) por ítem.

DISPONIBILIDAD	Dispersión	Tipo de dispersión
1. Suficiencia de centros de atención	- 0.35	Débil negativa
2. Suficiencia de equipamiento	- 0.23	Débil negativa
3. Suficiencia de personal médico	- 0.50	Intermedia negativa
4. Suficiencia de medicamento	- 0.38	Débil negativa
5. Suficiencia de presupuesto	- 0.47	Débil negativa
6. Suficiencia de programas sobre DHS	0.22	Débil positiva

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

La tabla 31 muestra la determinación del grado y tipo de dispersión (*Id*) por cada ítem de la variable disponibilidad, indicando:

1. Se presenta una dispersión débil negativa en: suficiencia en centros de atención (1), suficiencia de equipamiento (2), suficiencia de medicamento (4) y suficiencia de presupuesto (5), indicando que la valoración de la percepción de ambos agentes involucrados no difiere en gran medida. Por lo que respecta a los puntos 1 y 2, se puede apreciar que la valoración que le dan los derechohabientes aun y cuando es positiva, no se aleja de la valoración negativa que le da el personal de salud del HGR No. 1. Los puntos 4 y 5, también presentan una dispersión débil negativa, con la salvedad de que ambas valoraciones son negativas, aun y cuando la percepción de los derechohabientes es ligeramente más alta que la del personal de salud de HGR No. 1.
2. Se presenta una dispersión intermedia negativa en suficiencia de personal médico (3), en virtud de que la valoración que le da el personal de salud es medianamente más baja que la valoración que tienen los derechohabientes.
3. Se presenta una dispersión débil positiva en suficiencia de programas sobre DHS (6), en virtud de que la valoración que le dan los derechohabientes es ligeramente más baja que la valoración que tiene el personal de salud.

6.4.2 Análisis transversal de convergencia y divergencia de la variable accesibilidad.

La accesibilidad, tiene como finalidad asegurar que se materialice el derecho a la salud para todas las personas. En ese sentido se deberá cumplir con las siguientes dimensiones: Acceso a la información, la no discriminación, la asequibilidad, y la accesibilidad física (CDESC, 2000).

La accesibilidad está en función de:

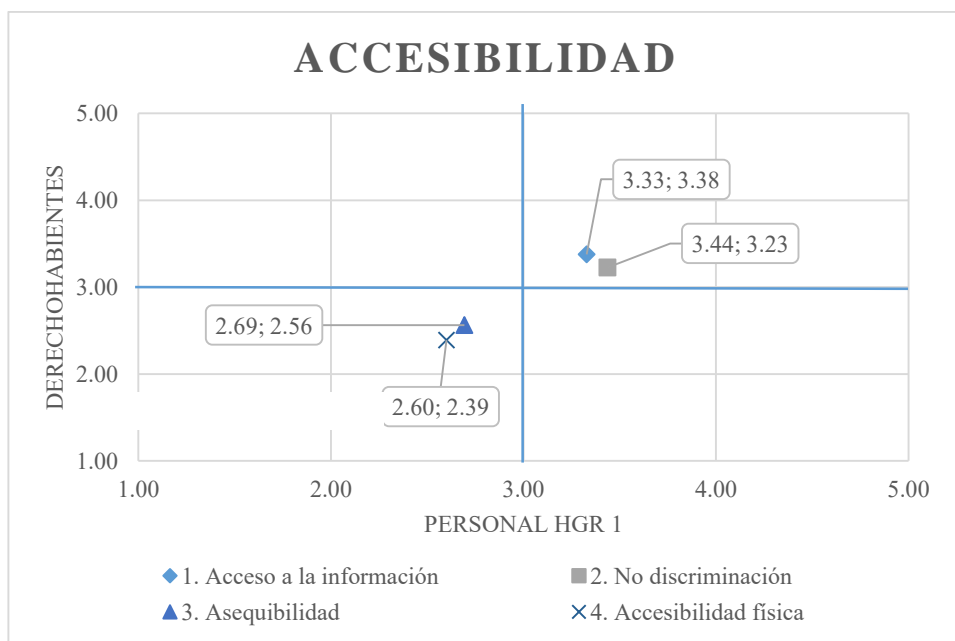
Tabla 31. Accesibilidad a los servicios de salud.

ACCESIBILIDAD
1. Acceso a la información
2. No discriminación
3. Asequibilidad
4. Accesibilidad física

Elaboración propia

En la tabla número 33, se presenta la media de las respuestas tomando en cuenta la percepción de los agentes involucrados respecto a la accesibilidad de los servicios de salud. La media de las respuestas según la valoración dada se muestra en el gráfico número 4, ubicando cada ítem en el cuadrante que le corresponde según el resultado obtenido.

Gráfico 4. Accesibilidad a los servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 32. Accesibilidad a los servicios de salud.

ÍTEMS	PERSONAL HGR 1	DERECHOHABIENTES
1. Acceso a la información	3.33	3.38
2. No discriminación	3.44	3.23
3. Asequibilidad	2.69	2.56
4. Accesibilidad física	2.60	2.39

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Toda vez que se han ubicado las percepciones del personal de salud y los derechohabientes del IMSS, que hacen uso de los servicios que presta el HGR No 1, en el gráfico que antecede, el resultado que se determina por cuadrante involucrado se interpreta de la siguiente manera:

- 1. Cuadrante A. Convergencia positiva-positiva de la accesibilidad de los servicios de salud, respecto del acceso a la información y no discriminación.** La valoración de la percepción de ambos agentes es positiva, lo que significa que respecto a estos supuestos se considera que el HGR No. 1, está cumpliendo, sin embargo, la valoración que le dan los agentes involucrados está apenas por encima de la valoración neutral, lo que sugiere es que se debe trabajar en un mayor acceso a la información relacionada a la salud del derechohabiente, así como a un trato digno y libre de toda discriminación.
- 2. Cuadrante C. Convergencia negativa-negativa de la accesibilidad de los servicios de salud, respecto de la asequibilidad y accesibilidad física.** Las valoraciones de los agentes convergen negativamente respecto de los rubros en cita, demostrando que ambos sectores encuestados tienen una percepción negativa respecto de la accesibilidad física y económica a los servicios de salud, se observa además que la percepción que tienen los derechohabientes es más baja que la del personal de salud.

A continuación, se describe la convergencia o divergencia que se obtuvo del análisis de resultados de la encuesta aplicada a los agentes involucrados, y el tipo de convergencia y/o divergencia existente por cada ítem de la variable disponibilidad.

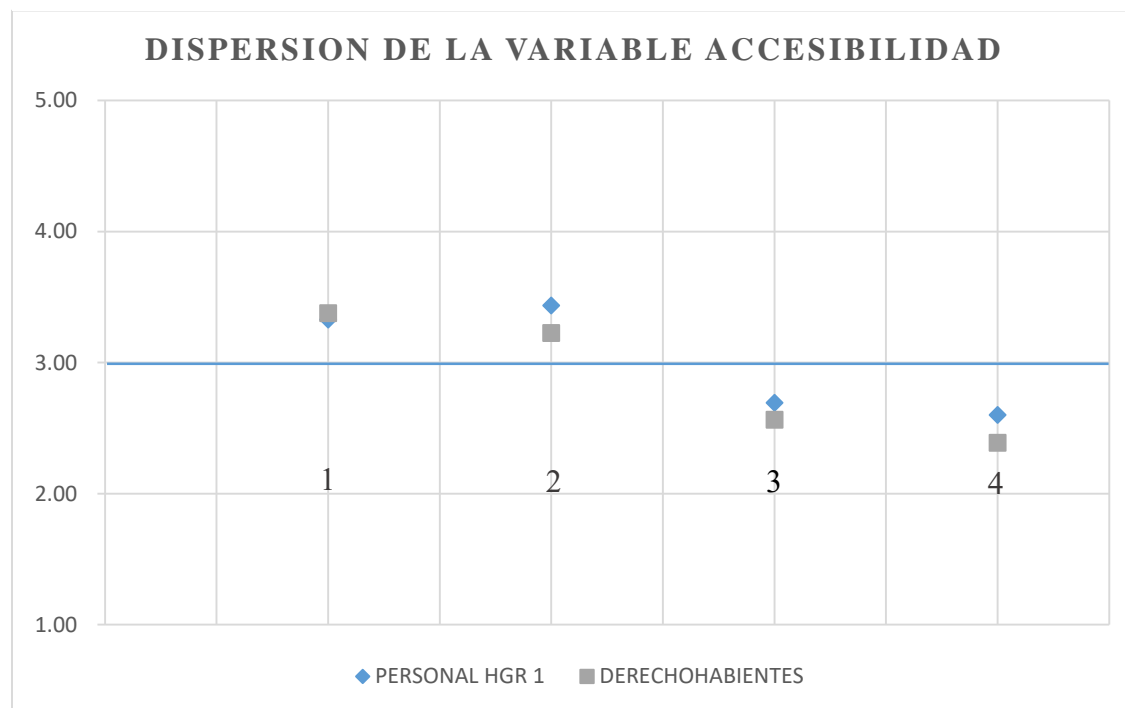
Tabla 33. Convergencia y/o divergencia de la variable accesibilidad.

Accesibilidad	Convergencia/divergencia	Tipo de convergencia y/o divergencia
1. Acceso a la información	Convergencia	Positiva-positiva
2. No discriminación	Convergencia	Positiva-positiva
3. Asequibilidad	Convergencia	Negativa-negativa
4. Accesibilidad física	Convergencia	Negativa-negativa

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

En la siguiente tabla, se describe el grado y tipo de dispersión existente entre los agentes involucrados por cada uno de los ítems de la variable accesibilidad, los cuales se presentan en el gráfico 5.

Gráfico 5. Dispersión de la variable accesibilidad por ítems.



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 34. Determinación del grado y tipo de dispersión (ld) por ítem.

ACCESIBILIDAD	Dispersión	Tipo de dispersión
1. Acceso a la información	- 0.05	Débil negativa
2. No discriminación	0.21	Débil positiva
3. Asequibilidad	0.13	Débil positiva
4. Accesibilidad física	0.21	Débil positiva

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

La tabla 35 muestra la determinación del grado y tipo de dispersión (*Id*) por cada ítem de la variable accesibilidad, indicando:

1. Se presenta una dispersión débil negativa en el acceso a la información (1) indicando que la valoración de la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente más baja que la de los derechohabientes.
2. Se presenta una dispersión débil positiva en: no discriminación (2), asequibilidad (3) y accesibilidad física (4), en virtud de que la valoración que le dan los derechohabientes es ligeramente más baja que la valoración que tiene el personal de salud.

6.4.3 Análisis transversal de convergencia y divergencia de la variable aceptabilidad.

La aceptabilidad implica que todos los medios a través de los cuales se materializa el derecho a la salud, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, esto es, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par, que sean sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (CDESC, 2000).

La aceptabilidad está dada en función de:

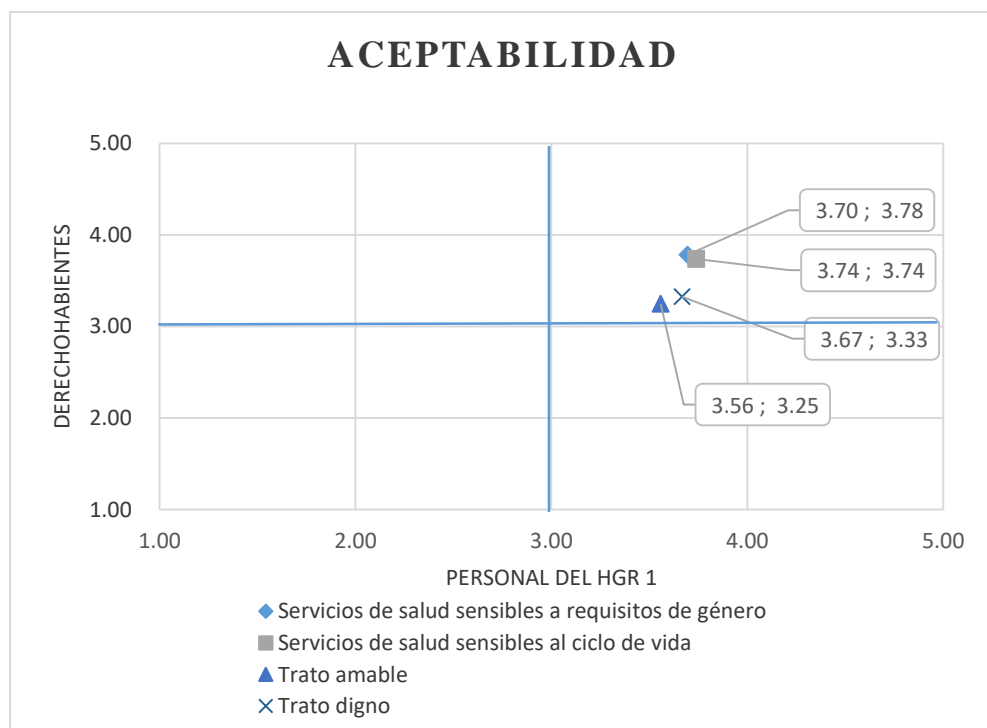
Tabla 35. Aceptabilidad de los servicios de salud.

ACEPTABILIDAD
1. Servicios de salud sensibles a requisitos de género
2. Servicios de salud sensibles al ciclo de vida
3. Trato amable
4. Trato digno

Elaboración propia.

En la tabla número 37, se presenta la media de las respuestas tomando en cuenta la percepción de los agentes involucrados respecto de la aceptabilidad de los servicios de salud. La media de las respuestas según la valoración dada se muestra en el gráfico número 6, ubicando cada ítem según el cuadrante que le corresponde por resultado obtenido.

Gráfico 6. Aceptabilidad de los servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 36. Aceptabilidad de los servicios de salud.

ÍTEM	PERSONAL HGR No. 1	DERECHOHABIENTES
1. Servicios de salud sensibles a requisitos de género	3.70	3.78
2. Servicios de salud sensibles al ciclo de vida	3.74	3.74
3. Trato amable	3.56	3.25
4. Trato digno	3.67	3.33

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Toda vez que se han ubicado las percepciones del personal de salud y los derechohabientes del IMSS, que hacen uso de los servicios que presta el HGR No 1, en el gráfico que antecede, el resultado que se determina por cuadrante involucrado se interpreta de la siguiente manera:

- 1. Cuadrante A. Convergencia positiva-positiva, en la percepción de cumplimiento respecto a la aceptabilidad de los servicios de salud en cuanto a la sensibilidad que se muestra en el HGR No. 1, en razón de la atención del derechohabiente respetando las características propias de su ciclo de vida y género, así como trato digno y amable.** La valoración que ambos agentes encuestados dan al respecto convergen en este cuadrante, lo que significa que existe una percepción de cumplimiento respecto de la aceptabilidad de los servicios de salud, principalmente en los dos primeros supuestos, pues por lo que ve al trato digno y amable, la valoración observada apenas está por encima de una valoración neutral, lo que deja ver que se debe dar más atención a este aspecto para dejar debidamente evidenciado la excelencia en el trato dado a los derechohabientes.

A continuación, se describe la convergencia o divergencia que se obtuvo del análisis de resultados de la encuesta aplicada a los agentes involucrados, y el tipo de convergencia y/o divergencia existente por cada ítem de la variable aceptabilidad.

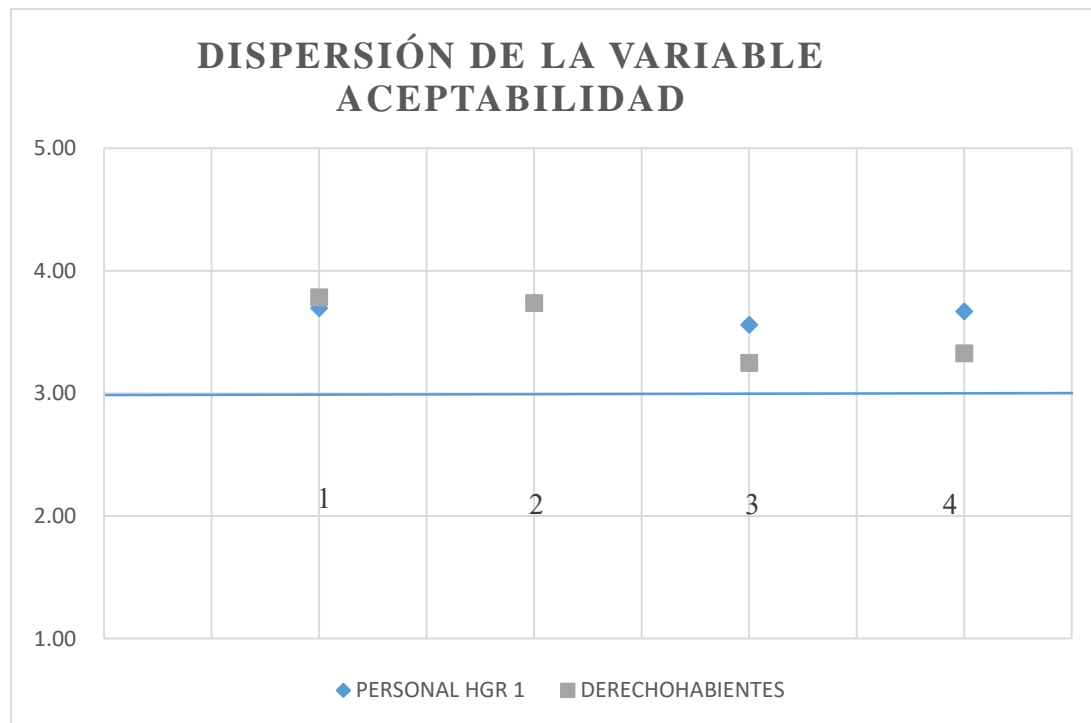
Gráfico 7. Convergencia y divergencia de la variable aceptabilidad.

ACEPTABILIDAD	Convergencia /divergencia	Tipo de Convergencia y/o divergencia
1. Servicios de salud sensibles a requisitos de género	Convergencia	Positiva-positiva
2. Servicios de salud sensibles al ciclo de vida	Convergencia	Positiva-positiva
3. Trato amable	Convergencia	Positiva-positiva
4. Trato digno	Convergencia	Positiva-positiva

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

En la siguiente tabla, se describe el grado y tipo de dispersión existente entre los agentes involucrados, por cada uno de los ítems de la variable aceptabilidad, los cuales se presentan en el gráfico 8.

Gráfico 8. Dispersión de la variable aceptabilidad por ítems.



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 37. Determinación del nivel y tipo de dispersión (Id) por Ítem

ACEPTABILIDAD	Dispersión	Tipo de dispersión
1. Servicios de salud sensibles a requisitos de género	- 0.09	Débil negativa
2. Servicios de salud sensibles al ciclo de vida	0.00	Débil
3. Trato amable	0.31	Débil positiva
4. Trato digno	0.34	Débil positiva

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

La tabla 38 muestra la determinación del grado y tipo de dispersión (*Id*) por cada ítem de la variable aceptabilidad, indicando:

1. Se presenta una dispersión débil negativa en servicios de salud sensibles a requisitos de género (1) indicando que la valoración de la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente más baja que la de los derechohabientes.
2. Se presenta una dispersión débil positiva en: servicios de salud sensibles al ciclo de vida (2), trato amable (3) y trato digno (4), en virtud de que la valoración que le dan los derechohabientes es igual o ligeramente más baja que la valoración que tiene el personal de salud.

6.4.4 Análisis transversal de convergencia y divergencia de la variable calidad.

La calidad, implica que los contenidos y medios por los que se materializa el derecho a la salud además de ser aceptables deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Es decir, que el personal médico esté capacitado, que haya en existencia los medicamentos y el equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (CDESC, 2000).

La calidad está dada en función de:

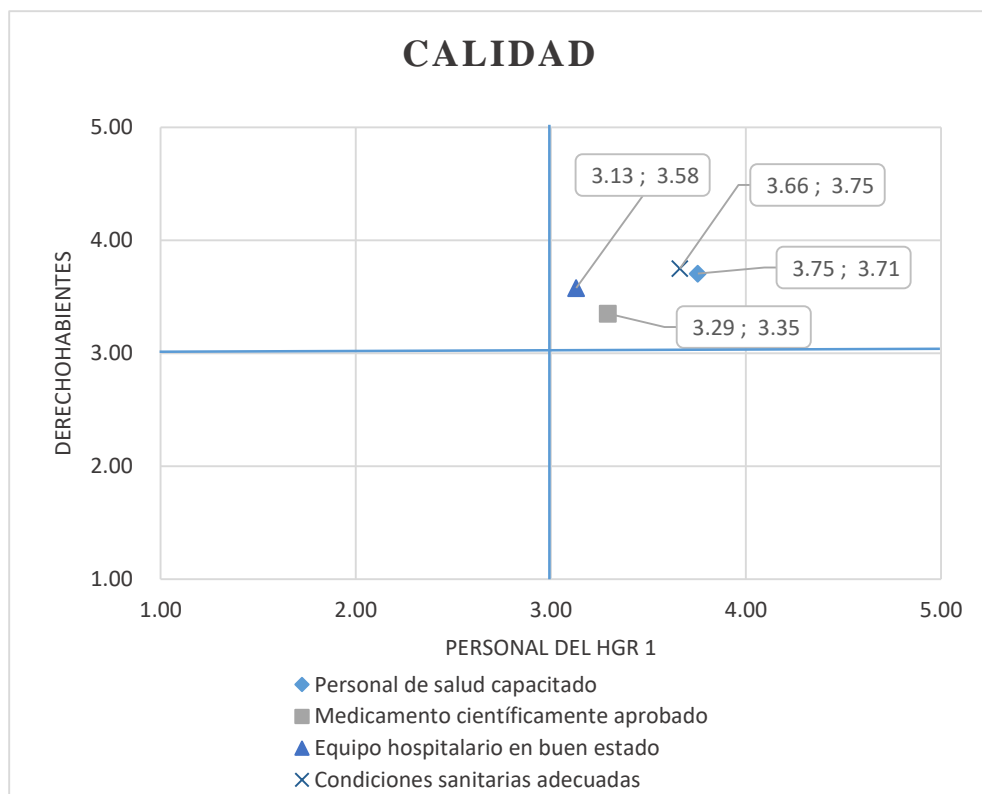
Tabla 38. Calidad de los servicios de salud.

CALIDAD
1. Personal de salud capacitado
2. Medicamento científicamente aprobado
3. Equipo hospitalario en buen estado
4. Condiciones sanitarias adecuadas

Elaboración propia.

En la tabla número 40, se presenta la media de las respuestas tomando en cuenta la percepción de los agentes involucrados respecto a la calidad de los servicios de salud. La media de las respuestas según la valoración dada se muestra en el gráfico número 9, ubicando cada ítem en el cuadrante que le corresponde según el resultado obtenido.

Gráfico 9. Calidad de los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 39. Calidad de los servicios de salud.

ÍTEMS	PERSONAL HGR No. 1	DERECHOHABIENTES
1. Personal de salud capacitado	3.75	3.71
2. Medicamento científicamente aprobado	3.29	3.35
3. Equipo hospitalario en buen estado	3.13	3.58
4. Condiciones sanitarias adecuadas	3.66	3.75

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas a personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y derechohabientes.

Toda vez que se han ubicado las percepciones del personal de salud y los derechohabientes del IMSS, que hacen uso de los servicios que presta el HGR No 1, en los gráficos que anteceden, el resultado que se determina por cuadrante involucrado se interpreta de la siguiente manera:

Cuadrante A. Convergencia positiva-positiva, respecto de la calidad de los servicios de salud prestados en el HGR No. 1. Ambos agentes convergen en valorar positivamente la calidad de los servicios de salud, específicamente al considerar que el personal de salud se encuentra capacitado, que el medicamento que existe, está clínica y científicamente aprobado, así como que la existencia del equipo médico se encuentra en buen estado y las condiciones sanitarias de lugar son adecuadas.

A continuación, se describe la convergencia o divergencia que se obtuvo del análisis de resultados de la encuesta aplicada a los agentes involucrados, y el tipo de convergencia y/o divergencia existente por cada ítem de la variable calidad.

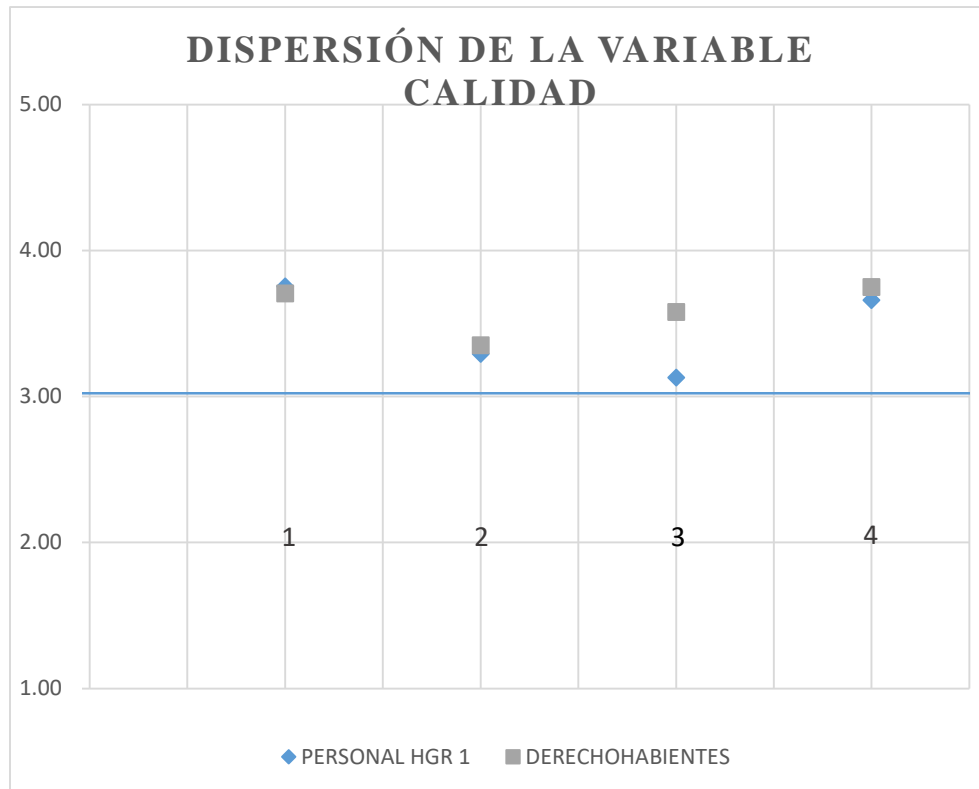
Tabla 40. Convergencia y/o divergencia de la variable calidad.

CALIDAD	Convergencia/ divergencia	Tipo de Convergencia y/o divergencia
1. Personal médico capacitado	Convergencia	Positiva-positiva
2. Medicamento científicamente aprobado	Convergencia	Positiva-positiva
3. Equipo hospitalario en buen estado	Convergencia	Positiva-positiva
4. Condiciones sanitarias adecuadas	Convergencia	Positiva-positiva

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

En la siguiente tabla, se describe el grado y tipo de dispersión existente entre los agentes involucrados, por cada uno de los ítems de la variable calidad.

Gráfico 10. Dispersión de la variable calidad por ítems.



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 41. Determinación del grado y tipo de dispersión (ld) por ítem de la variable calidad.

CALIDAD	Dispersión	Tipo de dispersión
1. Personal médico capacitado	0.05	Débil positiva
2. Medicamento científicamente aprobado	- 0.06	Débil negativa
3. Equipo hospitalario en buen estado	- 0.45	Débil negativa
4. Condiciones sanitarias adecuadas	- 0.09	Débil negativa

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

La tabla 42 muestra la determinación del grado y tipo de dispersión (*Id*) por cada ítem de la variable calidad, indicando:

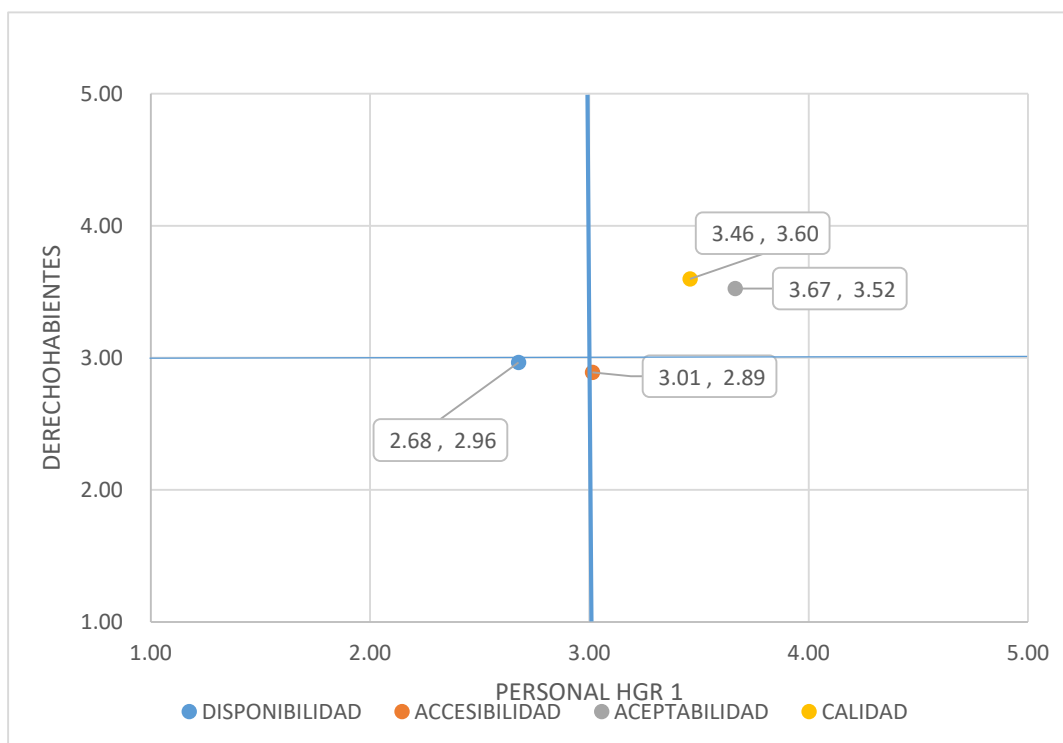
1. Se presenta una dispersión débil positiva en personal médico capacitado (1), indicando que la valoración que le dan los derechohabientes es ligeramente más baja que la valoración que tiene el personal de salud.
2. Se presenta una dispersión débil negativa en: medicamento científicamente aprobado (2), equipo hospitalario en buen estado (3), condiciones sanitarias adecuadas (4), lo que indica que la valoración de la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente más baja que la de los derechohabientes.

6.4.5. Análisis transversal de convergencia y divergencia del Derecho Humano a la Salud, por elementos.

Previamente se llevó a cabo el análisis desglosado de cada una de las dimensiones de los elementos del DHS, los resultados arrojan datos que son necesarios analizar de manera global para conocer desde la percepción de los agentes involucrados, cómo es valorado el DHS, dentro del HGR No. 1, de Charo, Michoacán.

A continuación, se presenta la media de las respuestas tomando en cuenta la percepción de los agentes involucrados sobre el DHS. La media de las respuestas según la valoración dada se muestra en el gráfico número 11, ubicando cada elemento según el cuadrante que le corresponde por resultado obtenido del análisis global.

Gráfico 11. Elementos del Derecho Humano a la Salud



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 42. Elementos del Derecho Humano a la Salud

ELEMENTOS	PERSONAL HGR No. 1	DERECHOHABIENTES
1. Disponibilidad	2.68	2.96
2. Accesibilidad	3.01	2.89
3. Aceptabilidad	3.67	3.52
4. Calidad	3.46	3.60

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Toda vez que se han ubicado las percepciones del personal de salud y los derechohabientes del IMSS, que hacen uso de los servicios que presta el HGR No 1, en el gráfico que antecede, el resultado que se determina por cuadrante involucrado se interpreta de la siguiente manera:

- 1. Cuadrante A. Convergencia positiva-positiva, en la percepción de cumplimiento respecto a la aceptabilidad y calidad del DHS en el HGR No. 1.** Al realizar el análisis global de los elementos del DHS, con base en la percepción de los agentes involucrados, ambos convergen en valorar positivamente la aceptabilidad y la calidad de los bienes y servicios de salud que presta el HGR No. 1, lo que significa que existe una percepción de cumplimiento respecto de estos dos elementos.
- 2. Cuadrante C. Divergencia negativa-negativa, en la percepción de cumplimiento respecto al elemento de disponibilidad del DHS en el HGR No. 1.** Al realizar el análisis global de los elementos del DHS, con base en la percepción de los agentes involucrados, ambos convergen en valorar negativamente la disponibilidad de los bienes y servicios de salud que presta el HGR No. 1, lo que significa que existe una percepción de incumplimiento respecto de este elemento.
- 3. Cuadrante D. Divergencia positiva-negativa, en la percepción de cumplimiento respecto a la accesibilidad del DHS en el HGR No. 1.** Al realizar el análisis global de este elemento del DHS, se observa que los agentes involucrados tienen una percepción divergente, es decir, mientras el personal de salud valora positivamente la accesibilidad a los servicios de salud que presta el HGR No. 1, los derechohabientes lo valoran negativamente.

A continuación, se presenta la convergencia o divergencia que se obtuvo del análisis de resultados de la encuesta aplicada a los agentes involucrados, y el tipo de convergencia y/o divergencia existente por cada elemento del DHS.

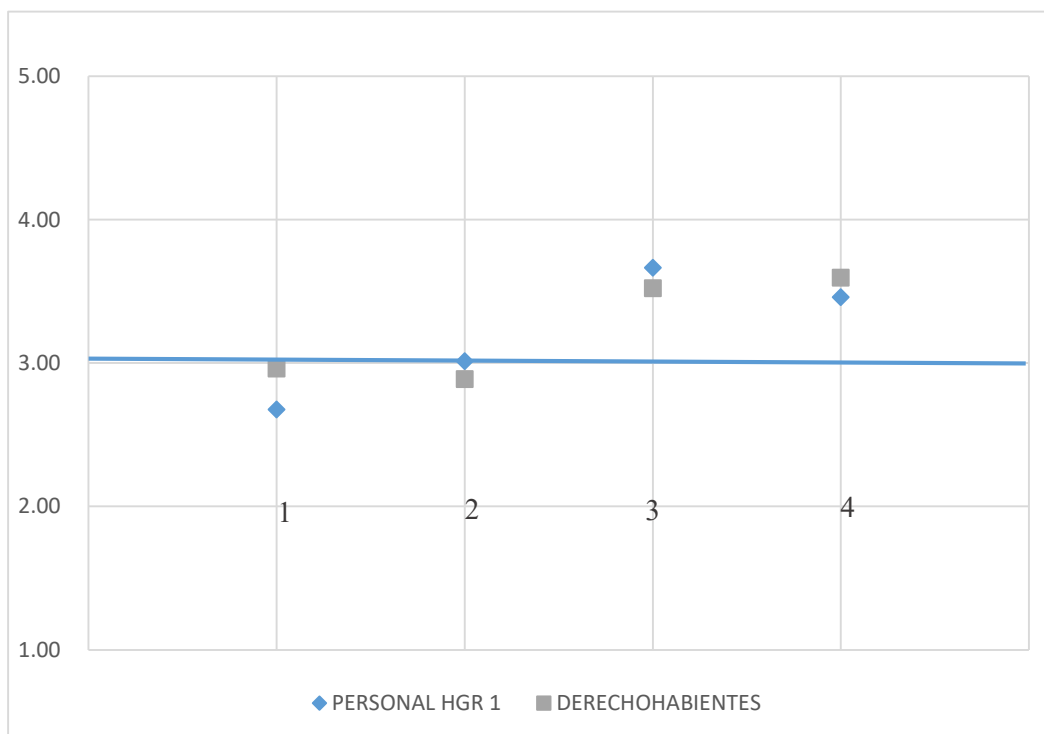
Gráfico 12. Convergencia y divergencia de los elementos del Derecho Humano a la Salud.

ACEPTABILIDAD	Convergencia /divergencia	Tipo de Convergencia y/o divergencia
1. Disponibilidad	Convergencia	Negativa-negativa
2. Accesibilidad	Divergencia	Positiva-negativa
3. Aceptabilidad	Convergencia	Positiva-positiva
4. Calidad	Convergencia	Positiva-positiva

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

En la siguiente tabla, se describe el grado y tipo de dispersión existente entre la valoración de los agentes involucrados, por cada uno de los elementos del DHS, los cuales se presentan en el gráfico 13.

Gráfico 13. Dispersión del DHS por elemento.



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

Tabla 43. Determinación del nivel y tipo de dispersión (Id) por elemento.

DHS	Dispersión	Tipo de dispersión
1. Disponibilidad	- 0.29	Débil negativa
2. Accesibilidad	0.13	Débil positiva
3. Aceptabilidad	0.14	Débil positiva
4. Calidad	- 0.14	Débil negativa

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas aplicadas al personal de salud del HGR No. 1 del IMSS y a los derechohabientes.

La tabla 43 muestra la determinación del grado y tipo de dispersión (*Id*) por cada elemento del Derecho Humano a la Salud, indicando que:

Se presenta una dispersión débil negativa en disponibilidad (1) y calidad (4) de los servicios de salud, en virtud de que la valoración de la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente más baja que la de los derechohabientes.

Se presenta una dispersión débil positiva en accesibilidad (2) y aceptabilidad (3) de los servicios de salud, en virtud de que la valoración que le dan los derechohabientes es igual o ligeramente más baja que la valoración que tiene el personal de salud.

De los resultados observados se desprende que los derechohabientes y el personal de salud convergen en valorar positivamente el DHS, pues al determinar la media de los valores de cada uno de los agentes, se obtiene por parte del personal de salud una valoración de 3.20, mientras que los derechohabientes arrojan una valoración de 3.24, ubicándose ambas valoraciones en el cuadrante A, es decir, el de convergencia positiva-positiva. Cabe señalar que dicho valor se encuentra apenas por arriba del valor neutral. La dispersión que se presenta es débil negativa, en virtud de que el personal de salud del HGR No. 1, le otorga una valoración inferior a la otorgada por los derechohabientes. Sin embargo, la dispersión que existen entre ambas valoraciones es mínima.

Capítulo 7. Propuesta de política pública y conclusiones

En el presente capítulo se divide en dos partes, la primera se presentan una propuesta de política pública en materia del Derecho Humano a la Salud bajo el Enfoque Basado en Derechos, en el Hospital General Regional No. 1, en Charo, Michoacán, como resultado del análisis de convergencia y divergencia para datos de corte transversal; posteriormente se presentan las conclusiones que se obtuvieron a lo largo de la investigación.

7.1 Propuesta de Política Pública

Los derechos humanos originariamente tuvieron como finalidad imponer límites al ejercicio del poder de los Estados, y con ello evitar que se cometieran nuevamente las violaciones que tuvieron lugar en las décadas de los setenta y los ochenta. Más tarde, con el desarrollo del derecho interamericano, el reconocimiento de la obligación del Estado de abstenerse a realizar actos que pudieran traducirse en la violación de Derechos Humanos, se extendió al reconocimiento de las obligaciones del Estado a hacer todo aquello que este a su alcance para efectivizar la realización de estos derechos (Abramovich, 2006).

Sin embargo, las brechas sociales que acentúan la desigualdad y la exclusión, han hecho prácticamente imposible el pleno ejercicio de los derechos humanos de la población. De ahí la imperante necesidad de elaborar políticas públicas basadas en las obligaciones que a los Estados le imponen el Derecho Internacional y Constitucional, encaminadas a garantizar el disfrute pleno de los derechos humanos.

El Enfoque Basado en Derechos (EBD) constituye un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que –desde el punto de vista normativo– está sustentado en las normas internacionales de derechos humanos y –desde el punto de vista operacional– está orientado a la promoción y protección de los derechos humanos (OACNUDH, 2006). Este enfoque, brinda un marco metodológico que se apoya en la teoría constitucional e internacional de los Derechos Humanos, y al mismo tiempo incorpora una dimensión política

en el análisis, es decir, la de la decisión pública adoptada a través de las políticas públicas del Estado, quien asume su rol como responsable de la vigencia de los derechos y sitúa al ciudadano en el centro de toda decisión (Alza, 2004).

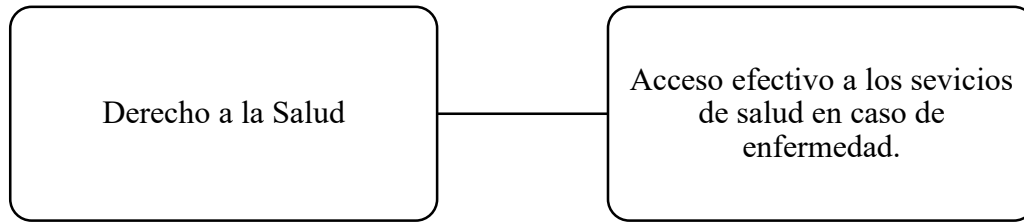
Tomando en cuenta que pueden llegar a presentarse algunas dificultades en la aplicación del EBD, los organismos de las Naciones Unidas han delimitado el enfoque, y para ello ha acordado un conjunto de atribuciones fundamentales, a saber:

1. Cuando se formulen las políticas y los programas de desarrollo, el objetivo principal deberá ser la realización de los derechos humanos.
2. Un enfoque basado en los derechos humanos identifica a los ciudadanos y ciudadanas como titulares de éstos, el contenido de los derechos, y los correspondientes titulares de deberes y obligaciones (Estado), procurando fortalecer las capacidades de los primeros para demandar su vigencia y de los segundos para realizarlos o crear condiciones para su vigencia.
3. Los principios y las normas contenidos en los tratados internacionales de derechos humanos deben orientar toda la labor de cooperación y programación del desarrollo de todos los sectores y en todas las fases del proceso de programación (Alza, 2004, p. 55).

Tomando en cuenta los datos obtenidos del instrumento aplicado a los derechohabientes y personal de salud del HGR No. 1, respecto de la percepción que ambos agentes tienen en relación al cumplimiento del DHS en este Hospital, se realizan propuestas de política pública, para lo cual primeramente se identificará el o los subderechos en los cuales se trabajará.

En ese sentido, en el presente trabajo de investigación, el DHS se delimitó al derecho de acceso efectivo de los servicios de salud en caso de enfermedad; lo que implica la prestación de servicios tanto médicos como farmacéuticos necesarios para conservar o restablecer la salud de los beneficiarios. De acuerdo a lo anterior, es que se considera importante trabajar en el subderecho que se presentan en el siguiente gráfico:

Tabla 44. Subderecho del DHS



Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, es preciso identificar dentro del marco internacional y nacional de los derechos humanos, en dónde se encuentran establecidas las obligaciones del Estado en materia del DHS.

1. Identificación del derecho a partir de los estándares internacionales y nacionales.

Las obligaciones del Estado y sus instituciones, en materia de salud, se encuentran reconocidas en diversos instrumentos internacionales de Derechos Humanos, como:

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 12 se reconoce el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Es obligación de los estados proteger este derecho y garantizando dentro de su jurisdicción que todo el mundo tenga acceso a los factores determinantes de la salud por medio de un sistema de atención sanitaria al alcance de todos sin discriminación y económicamente accesible para todos.

La Observación General No. 14, señala que el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre estos últimos figura el relativo a un sistema de protección de salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, en el entendido de que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Entre otros aspectos, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho inclusivo que abarca la atención oportuna y apropiada, así como los principales factores determinantes de la salud. Así mismo, la OG. 14, identifica como elementos esenciales del DHS: la disponibilidad, accesibilidad en cuatro dimensiones: a) sin

discriminación, b) accesibilidad física, c) accesibilidad económica, y d) acceso a la información; la aceptabilidad y la calidad. Así mismo, y aclarando el contenido del Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12, sobre el derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud, tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

La OG. 14, de igual forma establece los tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

La Observación General No. 3 que describe la índole de las obligaciones de los Estados Parte (párrafo 1, del artículo 2 del PIDESC), en donde se incluyen obligaciones tanto de comportamiento como de resultado.

A nivel nacional, este derecho se encuentra reconocido en el texto constitucional en su artículo 4º que establece la obligación del Estado de velar y cumplir con el principio de interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos, entre ellos, el derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano

esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio debe guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. Además, el derecho a la salud, en México, se encuentra enmarcado legalmente en la Ley General de Salud, específicamente en su artículo 2º, se establecen las finalidades de este Derecho.

De la revisión de los instrumentos nacionales e internacionales de DDHH, se puede identificar el contenido mínimo de los derechos: disponibilidad; accesibilidad, aceptabilidad y calidad del DHS.

2. Identificación de contenido del DHS.

Además de las obligaciones estatales en materia de DDHH, se requiere identificar el contenido esencial del DHS, el cual, consiste en:

a) Disponibilidad. Implica que el Estado cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo de los Estados. Estos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (CDESC, 2000).

b) Accesibilidad. Este elemento tiene como finalidad asegurar que se materialice el derecho a la salud para todas las personas. En ese sentido se deberá cumplir con las siguientes dimensiones (CDESC, 2000):

i) No discriminación: este principio tiene como objetivo el que se proteja a todas las personas, pero sobre todo a aquellas que se encuentran en estado de vulnerabilidad y marginación, sin discriminación alguna (CDESC, 2000).

ii) Accesibilidad física: este principio contiene la obligación por parte del Estado de poner al alcance de todos los sectores de la población los establecimientos, bienes y servicios de salud, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso por lo que se refiere a personas con discapacidades, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios (CDESC, 2000).

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): este principio pretende evitar que las cargas que implica el deterioro de la salud sean desproporcionadas, sobre todos para los sectores de la población vulnerables o marginados. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos (CDESC, 2000).

iv) Acceso a la información: este principio en materia de salud comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Comprende además que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (CDESC, 2000).

c) Aceptabilidad. Implica que todos los medios a través de los cuales se materializa el derecho a la salud, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, esto es, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par, que sean sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (CDESC, 2000).

d) Calidad. Los contenidos y medios por los que se materializa el derecho a la salud además de ser aceptables deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico

y médico y ser de buena calidad. Es decir, que el personal médico esté capacitado, que haya en existencia los medicamentos y el equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (CDESC, 2000).

3. Identificación de las obligaciones del Estado

Una vez identificado el contenido del derecho, a partir de la revisión de los estándares nacionales e internacionales, es preciso identificar las obligaciones estatales, recordando que el Estado debe actuar teniendo al ser humano como eje central y su objetivo será el que los derechos de la población puedan ser ejercidos plenamente.

Las obligaciones que han sido utilizadas comúnmente por la dogmática y la teoría internacional de los DDHH y que además fueron establecidos en el marco constitucional nacional en su artículo 1º, consisten en: respetar, proteger, garantizar y promover.

a) Respetar: exige al Estado que se abstenga de injerir, obstaculizar o impedir, directa o indirectamente en el ejercicio del derecho, que –cuando preste bienes o servicios públicos– realice las actividades o la entrega de bienes con buena calidad (Alza, 2004, p. 67).

b) Proteger: los Estados están obligados a impedir que terceros, sean particulares, grupos, empresas, otras instituciones, o quienes actúen en su nombre, menoscaben de algún modo el disfrute del derecho de las personas. Ello incluye la adopción de marcos y entes regulatorios adecuados, reglas de exigibilidad de cumplimiento, adopción de medidas legislativas que impidan que los terceros afecten el derecho y mecanismos de protección y garantía judiciales que permitan sancionar y reparar las vulneraciones (Alza, 2004, p. 67).

c) Garantizar: el Estado deben asegurar que el titular del derecho haga efectivo el derecho en los casos en que no puede hacerlo por sí mismo con los medios a su disposición. La efectivización del derecho puede ser realizada por el mismo o por terceros privados siempre que lo hagan en nombre o bajo control del Estado. En el caso de prestaciones de bienes y

servicios públicos, se deben realizar de manera adecuada y de buena calidad (Alza, 2004, p. 67).

c) Promover: supone que el Estado adopte las medidas para que se difunda información adecuada acerca de las condiciones, formas, contenido y ejercicio del derecho y facilite que los particulares y comunidades ejerzan su derecho; que se reconozca el derecho en grado suficiente en el ordenamiento político y jurídico nacional; y adoptar estrategias y planes de acción (Alza, 2004, p. 67).

4. Identificación de los actores

Los actores involucrados son todas aquellas personas, instituciones, organizaciones relacionadas con el problema de estudio. La disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud, se encuentran involucrados: La Secretaría de Salud, Secretaria de Hacienda y Crédito Público, Congreso Federal, el IMSS, el Director del HGR No. 1., el personal del HGR No. 1, como beneficiarios, se encuentran vinculados los derechohabientes y cualquier usuario del IMSS, que requiera o esté recibiendo los servicios de segundo nivel de atención en el HGR No. 1.

Teniendo en cuenta lo hasta aquí plasmado, a continuación, se presenta la propuesta de lo que se considera son las obligaciones que operativamente el Estado, a través del IMSS y específicamente, a través del HGR No. 1, deben contemplar con el objetivo de mejorar el cumplimiento del DHS. Para ello, previo a cada propuesta se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento a los derechohabientes y personal de salud, a continuación, y con base en dichos resultados hacen las propuestas correspondientes.

1. Disponibilidad

De acuerdo con la encuesta aplicada a los agentes involucrados, se obtuvieron los siguientes resultados:

Divergencia negativa- positiva	Convergencia positiva
Suficiencia de centros de atención. Suficiencia de equipamiento. Suficiencia de personal médico.	-- 0 --
Convergencia negativa	Divergencia positiva- negativa
Suficiencia de medicamentos. Suficiencia de presupuesto. Suficiencia de programas sobre DHS.	-- 0 --

Derivado del análisis de resultados del instrumento aplicado a los agentes involucrados, se pudo conocer que existe divergencia negativa-positiva de la percepción de cumplimiento de disponibilidad de los servicios de salud, respecto a la suficiencia de centros de atención, equipamiento y personal médico, en virtud de que el personal de salud considera que no se cuentan con los centros de atención, equipo, ni personal necesarios para hacer frente a la demanda de la asistencia y servicios médicos, impidiendo el efectivo acceso a los servicios de salud. En estos rubros, los derechohabientes tienen una valoración más favorable, aunque esta se encuentra apenas por encima de una valoración neutral.

Por lo que respecta a la suficiencia de medicamentos, presupuesto y programas sobre DHS, se presentó una convergencia negativa-negativa de la percepción de cumplimiento de disponibilidad de los servicios de salud. Lo anterior se traduce en que la valoración que ambos agentes le dan a estos rubros es negativa, lo que significa que se percibe que el HGR

No. 1, no cuenta con los insumos necesarios para brindar los servicios de salud, lo que redundaría en el incumplimiento al DHS, al no existir medicamento disponible y suficiente para suministrar a los beneficiarios del IMSS. Ambos agentes involucrados, convergen al percibir un presupuesto insuficiente. Igualmente, coinciden las valoraciones de los agentes encuestados, en cuanto la insuficiencia de programas encaminados a dar a conocer los derechos de los derechohabientes y efectivizar el DHS.

Tomando en cuenta lo que marcan los estándares internacionales de DDHH, las obligaciones generales del Estado consisten en:

Derecho a la Salud				
Derecho acceso a los servicios de salud	Obligaciones el Estado			
	Respetar	Proteger	Garantizar	Promover
Disponibilidad	El Estado debe abstenerse de denegar o limitar el acceso igual a todas las personas a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos.	El Estado deberá impedir que se obstaculice o limite la disponibilidad de los bienes y servicios de salud.	El Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Facilitar medicamentos esenciales. Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y	Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud. Los Estados tienen que velar

			servicios de salud;	de	por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. El estado debe cumplir con la disponibilidad de los servicios de salud.
--	--	--	---------------------	----	---

Fuente: Elaboración propia con base en OG. 14, del CDESC (2000).

Tomando en cuenta lo anterior, el DHS, respecto al subderecho consistente en el acceso efectivo de los servicios de salud, en relación a la disponibilidad, deben considerarse los siguientes aspectos dentro del HGR No. 1.

No deben existir impedimentos *de jure o de facto*, que obstaculicen el acceso efectivo a los servicios de salud de los derechohabientes que requieran los servicios de segundo nivel de atención, pues si bien es cierto que el Estado ha encaminado sus esfuerzos a salvaguardar el derecho de protección a la salud para toda la población, y ello implica enfocar principalmente los esfuerzos al primer nivel de atención, también lo es el hecho de que el segundo y tercer niveles de atención, constituyen el apoyo, respaldo y complemento del primer nivel.

Se debe garantizar la disponibilidad de suficientes espacios o centros de atención, que sean coincidentes con el número de servicios demandados, los cuales año con año van en aumento.

Debe garantizarse la disponibilidad del equipamiento necesario dentro del HGR No. 1, dicho equipamiento, deberá reunir las normas de calidad, es decir, estar científicamente aprobados y además estar en buenas condiciones. Se considera importante conocer las condiciones en las que se encuentra el equipamiento del HGR No. 1, e implementar un programa permanente de mantenimiento que permita que operen en perfectas condiciones y al máximo de sus capacidades.

Debe garantizarse la suficiencia de personal médico capacitado, fortaleciendo los programas de profesionalización y capacitación existentes, así como programas de retención de personal altamente capacitado, a través de políticas que consideren una remuneración adecuada, así como mejores condiciones laborales para el desempeño de sus actividades, haciendo atractivo para personal de salud brindar sus servicios profesionales en el HGR No. 1.

Debe garantizarse la suficiencia de medicamentos, con el objetivo de que la atención que reciban los derechohabientes sea integral y efectiva. Para ello es importante reforzar las medidas tendientes a obtener mejores precios, garantizar la información sobre la adquisición de medicamentos, estimular compras consolidadas, mejorar los procesos de almacenamiento y distribución, optimizar el manejo de inventarios y perfeccionar la prescripción de recetas.

Para estar en condiciones de garantizar la suficiencia de los elementos hasta aquí señalados, es un requisito indispensable el que se garantice un presupuesto suficiente al HGR No. 1, el cual debe ir incrementándose progresivamente y de manera paralela a la demanda de los servicios. La falta de un presupuesto coherente a las necesidades que debe atender el HGR No. 1, impiden el acceso a los servicios de salud por falta de disponibilidad de recursos económicos y consecuentemente, falta de disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos. Ahora bien, ante un recurso altamente limitado como lo es el económico, se deben aprovechar al máximo los recursos existentes y optimizar su administración para hacer el mejor uso posible. Por ello, es indispensable que se realice un adecuado manejo de los recursos, lo que implica a su vez transparencia y rendición de cuentas.

Respecto a la suficiencia de programas, se considera importante implementar un programa de promoción de los DDHH, orientado al personal de salud y a los derechohabientes, que permita empoderar a los usuarios de estos servicios para que conozcan sus derechos y los hagan valer por los medios que al efecto disponga el propio Hospital, y/o ante otras instancias; e igualmente permita contar con un personal de salud capacitado en materia de DDHH, conocedor de los derechos y las obligaciones que le constriñe el marco jurídico nacional e internacional y al cual deberán apegarse en todo momento, teniendo en cuenta que el eje central de toda política pública es el ser humano.

2. Accesibilidad

De acuerdo con la encuesta aplicada a los agentes involucrados, se obtuvieron los siguientes resultados:

Divergencia negativa- positiva	Convergencia positiva
-- 0 --	Acceso a la información No discriminación.
Convergencia negativa	Divergencia positiva- negativa
Asequibilidad Accesibilidad física	-- 0 --

Derivado del análisis de resultados del instrumento aplicado a los agentes involucrados, se pudo conocer que existe convergencia positiva en la percepción de cumplimiento respecto de la accesibilidad a los servicios de salud, en relación al acceso a la información y a la no discriminación, sin embargo, la valoración de los agentes involucrados apenas está por encima de una valoración neutral, denotando que existe aún trabajo por hacer.

Por otro lado, se presentó convergencia negativa de la accesibilidad de los servicios de salud, respecto de la asequibilidad y accesibilidad física, es decir, las valoraciones de los agentes convergen negativamente respecto de los rubros en cita, demostrando que ambos sectores encuestados le dan una valoración baja a la accesibilidad física y económica a los servicios de salud. Se observó además que la percepción que tienen los derechohabientes es más baja que la del personal de salud.

Tomando en cuenta lo que marcan los estándares internacionales de DDHH, las obligaciones generales del Estado consisten en:

		Derecho a la Salud			
Derecho acceso a los servicios de salud		Obligaciones el Estado			
		Respetar	Proteger	Garantizar	Promover
Accesibilidad	Física	El Estado deberá abstenerse de obstruir o limitar el acceso a los servicios médicos y medicamentos necesarios para una atención integral del usuario de los servicios.	Es obligación del Estado adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros.	El Estado debe garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.	Difundir información oportuna sobre las medidas que se deban adaptar para todas las personas que así lo requieran puedan tener un acceso efectivo y oportuno a los

					servicios de salud.
	Económica	El Estado deberá abstenerse tomar medidas que limiten u obstaculicen el acceso asequible a los servicios de salud y medicamentos.	El Estado adoptar medidas para proteger a la población, para que el acceso a los servicios de salud y medicamentos no resulten gravosos.	Asegurar que el acceso a los servicios de salud y medicamentos, no resulte gravoso y/o un gasto desproporcionado para el usuario.	Difundir información oportuna sobre las medidas que se deban adaptar para que el acceso a los servicios de salud, no representen una carga económica desproporcionada para los usuarios.
	A la información	El Estado debe abstenerse de censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud.	Los Estados deben velar por que no se limiten el acceso de las personas a la información veraz y objetiva relacionada a su salud. Los Estados deben velar porque terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.	Asegurar que los usuarios cuenten con información real respecto de su estado de salud, con el ánimo de que tomen las decisiones respectivas de una forma informada y responsable.	El Estado debe apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud. El Estado y demás autoridades deben difundir información apropiada sobre el derecho a la información pública relacionada con los servicios de salud y los mecanismos legales existentes

					<p>para resguardar dicho derecho.</p> <p>Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades.</p>
	A la no discriminación	<p>El Estado deberá abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado.</p> <p>Abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer.</p>	<p>El Estado debe adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género.</p>	<p>Asegurar que se materialice el derecho a la salud para todas las personas, sin discriminación alguna.</p>	<p>El Estado debe velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en OG. 14, del CDESC (2000).

Tomando en cuenta lo anterior, el DHS constreñido al acceso efectivo de los servicios de salud, en relación con la accesibilidad, deben considerarse los siguientes aspectos:

Dentro del HGR No. 1, se debe reforzar el acceso a la salud sin discriminación:

Los agentes involucrados, valoraron positivamente el acceso a la salud en lo que respecta a la no discriminación, sin embargo, dicha valoración, apenas se encuentra por encima de un valor neutral, lo que permite observar que se requiere fortalecer el trabajo que se ha venido realizando hasta entonces y lograr en el futuro una mejor percepción en este rubro. Para ello es importante que los programas que sean implementados sobre acceso a la salud en el HGR No. 1, prohíban determinantemente cualquier acto u omisión tendiente a obstaculizar el debido acceso a los servicios de salud a cualquier persona que los requiera, por razones de género, raza, preferencias sexuales, apariencia, pertenencia a grupos étnicos, etc. Para ello, el marco normativo interno debe apropiarse de los postulados del derecho internacional y constitucional, así como del marco legal del país.

Ante la incidencia de acciones u omisiones que obstaculicen el debido acceso a la salud, por cuestiones discriminatorias, deben existir mecanismos internos de solución que de manera pronta y expedita resuelvan la problemática.

Los programas de promoción de DDHH, deben incluir el derecho al acceso a los servicios de salud libres de toda discriminación o trato diferenciado, de tal suerte que deben establecerse estándares de atención al derechohabiente basados en los principios que mancan los DDHH, en todas las áreas del Hospital, incluidas las administrativas, procurando siempre un trato amable y sensible hacia los usuarios que se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

Acceso a la información

Los agentes involucrados valoraron positivamente la accesibilidad a la información, sin embargo, dicha valoración está muy cercana a un valor neutral. Uno de los motivos por los cuales se considera que no se tiene un efectivo acceso a la información, está relacionada

con la percepción de que el personal médico al prestar sus servicios no brinda información cien por ciento veraz, o bien, la misma no es comprensible. En ese sentido, el HGR No. 1, debe asegurarse que el personal del HGR No. 1, brinde información real respecto del estado de salud de los usuarios del servicio, que dicha información se realice en términos sencillos y se asegure de que los derechohabientes hayan comprendido la información que les fue proporcionada, con el ánimo de que las decisiones que tomen los pacientes respecto de su salud, sean de forma informada y responsable.

Debe capacitarse al personal de salud sobre la importancia de brindar información veraz y confiable a los usuarios de los servicios de salud, y las consecuencias negativas de no hacerlo, estas capacitaciones deberán tener un enfoque de derechos humanos, bajo el cual, el ser humano se encuentra en el eje central de las tomas de decisiones.

Accesibilidad física

Respecto de la accesibilidad física a los servicios de salud, los agentes involucrados coincidieron en valorarla negativamente, los obstáculos recurrentes al cual se enfrentan los derechohabientes son los tiempos de espera al acudir a consulta médica y los tiempos prolongados entre una cita y otra para darle seguimiento a una enfermedad.

Al respecto deben implementarse mecanismos de tipo administrativo que permitan brindar atención a los derechohabientes de una manera más ágil y sencilla, reduciendo los tiempos de espera. Se deberá de llevar un control adecuado del registro y asignación de las citas con los médicos especialistas para disminuir el tiempo que transcurre entre cada una de las citas y de esta forma lograr que los derechohabientes cuenten con atención oportuna.

Es importante que asegurar un número adecuado de personal médico que haga frente a la demanda exigida de servicios médicos, y con ello, realizar un análisis y valoración sobre los tiempos que deben transcurrir entre una y otra cita, en función a las necesidades propias del padecimiento y no en función de la disponibilidad del personal médico.

Accesibilidad económica o asequibilidad

Los agentes involucrados coincidieron al valorar de manera negativa este rubro, al considerar que existen una serie de obstáculos de facto que les hace difícil acceder a los servicios de salud de segundo nivel, y una vez que acceden, los mismos no se brindan de manera oportuna, principalmente al considerar que los tiempos son excesivamente prolongados tanto en la espera para ser atendido, como el tiempo que transcurre entre una cita y otra, de ahí, que los agentes involucrados consideran común el hecho de acudir al sector privado a consultas médicas con especialistas, rehabilitación, cirugías, análisis clínicos o de laboratorios, con cargo a su bolsillo.

Por ello, se considera la necesidad de elaborar un plan de acción para mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para que los derechohabientes puedan tener acceso a la atención médica con los especialistas cuando sea requerido.

Así mismo, es importante que se asegure el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, medicamentos y a las tecnologías necesarias para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, mediante la suficiencia de personal médico capacitado, suficiencia en el abasto de medicamento, así como asegurar el buen estado del equipo necesario para el diagnóstico y tratamiento.

Además de contar con personal médico capacitado suficiente que permita agilizar la atención médica a los derechohabientes, debe realizarse una reestructuración del sistema de agenda de citas, que permita atender de una mejor manera a los derechohabientes, evitando tiempos muertos, y que el personal médico no acuda a las citas programadas retrasando el servicio prestado.

Deberá realizarse un plan de acción dirigido a revisar el equipamiento del HGR No. 1, y en su caso darle mantenimiento para que pueda ser aprovechado a su máxima capacidad, evitando con ello que los derechohabientes se vean en la necesidad de acudir al sector privado, con cargo a su bolsillo, a realizarse estudios que no le están siendo brindados por el HGR No. 1.

Deberá realizarse un plan de acción tendiente a mejorar el abasto de medicamentos, así como para llevar un eficiente control del inventario y su almacenamiento, y con ello permitir que los derechohabientes accedan de manera integral a los servicios de salud, sin que el acceso a los servicios de salud, representen gastos adicionales gravosos para su economía familiar.

3. Aceptabilidad

De acuerdo con la encuesta aplicada a los agentes involucrados, se obtuvieron los siguientes resultados:

Divergencia negativa- positiva	Convergencia positiva
-- 0 --	Servicios de salud sensibles a requisitos de género. Servicios de salud sensibles al ciclo de vida. Trato amable. Trato digno.
Convergencia negativa	Divergencia positiva- negativa
-- 0 --	-- 0 --

Derivado del análisis de resultados del instrumento aplicado a los agentes involucrados, se pudo conocer que respecto a la percepción de cumplimiento del DHS, respecto a la aceptabilidad de los servicios de salud en cuanto a la sensibilidad que se muestra en el HGR No. 1, en razón de la atención del derechohabiente respetando las características propias de su ciclo de vida y género, así como trato digno y amable, ambos agentes involucrados valoraron positivamente estos rubros, lo que significa que existe una percepción de cumplimiento respecto de la aceptabilidad de los servicios de salud, principalmente en los

dos primeros supuestos, pues por lo que ve al trato digno y amable, la valoración observada apenas está por encima de una valoración neutral, lo que deja ver que se debe trabajar al respecto para dejar debidamente evidenciado la excelencia en el trato dado al derechohabiente.

Tomando en cuenta lo que marcan los estándares internacionales de DDHH, las obligaciones generales del Estado consisten en:

Derecho a la Salud				
Derecho acceso a los servicios de salud	Obligaciones el Estado			
	Respetar	Proteger	Garantizar	Promover
Acceptabilidad	<p>El Estado deberá a través de los establecimientos de salud, prestar bienes y servicios respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.</p> <p>El Estado debe abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y</p>	<p>Adoptar leyes u otras medidas para velar por que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, para lo cual se deberá ser sensible a los requisitos de género y del ciclo de la vida, así como respetar la confidencialidad e intimidad de las personas de que se trate.</p>	<p>Asegurar que los establecimientos bienes y servicios de salud que se brinden sean sensibles a los requisitos de género y del ciclo de la vida, así como respetar la confidencialidad e intimidad de las personas.</p>	<p>Velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de las características de género y ciclo de vida de los derechohabientes, además de brindar atención médica con un trato digno y amable.</p>

	aplicar tratamientos médicos coercitivos.			
--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia con base en OG. 14, del CDESC (2000).

Para mejorar el cumplimiento en este rubro es importante capacitar en materia de DDHH al personal de salud, así como al personal administrativo del El HGR No, 1, para asegurar que se cumplan con estándares de atención a los usuarios de los servicios de salud y establecer incentivos positivos, que reconozcan al personal de salud que preste sus servicios de manera digna y amable con total respeto a las condiciones de género y ciclo de vida.

Se deberán de diseñar e implementar programas de mejoras en el servicio de atención al público por parte tanto del personal, administrativo como personal de enfermería y médico, debiendo esta capacitación tener un mayor énfasis sobre un “trato digno y sensible” a los usuarios, quienes por su situación se encuentran en un estado de vulnerabilidad.

4. Calidad

De acuerdo con la encuesta aplicada a los agentes involucrados, se obtuvieron los siguientes resultados:

Divergencia negativa- positiva	Convergencia positiva
-- 0 --	Personal de salud capacitado. Medicamento clínica y científicamente aprobado. Equipo médico en buen estado. Condiciones sanitarias adecuadas.
Convergencia negativa	Divergencia positiva- negativa
-- 0 --	-- 0 --

Derivado del análisis de resultados del instrumento aplicado a los agentes involucrados, se pudo conocer que existe convergencia positiva-positiva de la percepción de cumplimiento del DHS respecto de la calidad de los servicios de salud prestados en le HGR No. 1. Ambos agentes convergen en valorar positivamente la calidad de los servicios de salud, específicamente al percibir que el personal de salud se encuentra capacitado, que el medicamento que existe, es clínica y científicamente aprobado, así como que la existencia del equipo médico se encuentra en buen estado y las condiciones sanitarias de lugar son adecuadas.

Tomando en cuenta lo que marcan los estándares internacionales de DDHH, las obligaciones generales del Estado consisten en:

Derecho a la Salud				
Derecho acceso a los servicios de salud	Obligaciones el Estado			
	Respetar	Proteger	Garantizar	Promover
Calidad	El Estado debe abstenerse de realizar actos que impidan la prestación de servicios culturalmente aceptables y científicamente aprobados.	El Estado debe adoptar medidas para: asegurar que los profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología; y para asegurar el acceso a bienes y servicios culturalmente aceptables y científicamente aprobados.	El Estado debe asegurarse que los servicios de salud se brinden por personal médico capacitado, que los medicamentos y equipo hospitalario estén científicamente aprobados y en buen estado, que se asegure agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.	El Estado debe difundir información a los usuarios sobre el trabajo que se está realizando relacionado con la calidad de los servicios de salud, para que estos sean culturalmente aceptables y científicamente apropiados.

			Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.	
--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia con base en OG. 14, del CDESC (2000).

De acuerdo a lo anterior y tomando en cuenta que la valoración dada por el personal de salud y los derechohabientes en este rubro fue positiva, se considera que debe darse continuidad y reforzar los programas de calidad. Así mismo, es importante continuar con programas de capacitación de personal de salud y mejora constante del equipo médico, que se vea reflejado en una mejor capacidad resolutive de los casos que se planteen.

Sobre el servicio que se presta por parte de los médicos especialistas se deberá de realizar un análisis de las áreas de especialidades que requieran mayor atención dentro del HGR No. 1, así como de los programas de capacitación para reforzarlos, considerando que es importante que se brinden estímulos al personal capacitado que los motive a continuar su labor dentro del sector público y asegurando la permanencia de dicho personal dentro del HGR No. 1, en aras de brindar el servicio de calidad al que tienen derecho los usuarios.

Debe reforzarse el trabajo encaminado a garantizar las condiciones sanitarias del Hospital, sobre todo, de las áreas a las que solo tienen acceso el personal de salud, en virtud de que este rubro a pesar de ser valorado positivamente, la percepción del personal de salud es más baja que la de los derechohabientes.

Se propone realizar una revisión a todo el equipo médico existente en el HGR No. 1, para comprobar que se encuentren en buen estado de funcionamiento, es decir, que reúnan las condiciones mínimas indispensables para que continúe dando servicio en el sector salud. Y en ese sentido debe aplicarse un programa de mantenimiento para garantizar las

condiciones óptimas del equipo médico, y con ello evitar el retraso en el servicio de salud prestado.

Ahora bien, dentro de cualquier programa o política pública con enfoque de derechos, es importante tener en cuenta los principios de aplicación que la Teoría del Derecho Internacional proporciona, consistentes en el núcleo básico, progresividad, no regresión, y máximo uso de recursos disponibles, los cuales se plantean en función del HGR No. 1.

Principio de núcleo básico

Bajo el principio de núcleo básico del derecho, permite identificar el contenido esencial del derecho que supone el establecimiento de elementos mínimos que el Estado debe proveer a cualquier persona de inmediato, sin que medien contra argumentaciones fáticas de imposibilidad provenientes de escasez de recursos o cuestiones semejantes (Serrano y Vázquez, 2014; p. 104). Este contenido, permitió identificar los elementos institucionales básicos, consistente en las obligaciones de proteger, respetar, garantizar y promover el DHS, específicamente por lo que ve al acceso efectivo a los servicios de salud, y que integran justamente el contenido esencial del Derecho Humano.

Principio de progresividad

Otro principio transversal es el de progresividad, que involucra tanto gradualidad como progreso (Abramovich y Curtis, 2006; p. 58). Lo anterior significa que la efectividad de los derechos no se logran de una vez y para siempre, sino que se trata de un proceso que supone fijar metas a corto, mediano y largo plazos. El progreso evidencia que el disfrute de DDHH siempre debe mejorar (Serrano y Vázquez, 2004; p. 114).

En este sentido es importante realizar un diagnóstico de la situación que guarda el DHS, que aborde el acceso a los servicios de salud, este diagnóstico debe tener un enfoque de derechos, que permita ser utilizado como base y punto de partida, para evaluar las políticas públicas en la materia y corroborar que haya efectivamente un progreso gradual.

Las políticas públicas deberán fijar las metas a corto, mediano y largo plazo, en relación al acceso efectivo a los servicios de salud para estar en condiciones de verificar si

se están alcanzando los objetivos planteados. Para ello, es importante que se desarrolle un conjunto de indicadores, por medio de la construcción de índices, que permitirán observar el grado de cumplimiento de los elementos mínimos del derecho, pero además, verificar que exista un mayor y mejor ejercicio del mismo, especialmente para los grupos en situación de vulnerabilidad. Los indicadores, bajo los cuales sean evaluados los programas que se implementen, deben basarse en los elementos que la Teoría Internacional de los DDHH aporta y que han sido ampliamente estudiados en el cuerpo de la presente investigación.

La prohibición de regresión

Una vez logrado el avance de los derechos, el Estado no podrá disminuir el nivel alcanzado, salvo ciertas circunstancias. Bajo este principio, el Estado no puede argumentar medidas regresivas a los derechos alcanzados.

En ese sentido es que se propone realizar un análisis del presupuesto que se le asigne al HGR No. 1, que permita conocer los recursos que se encuentran disponibles y la manera como se ejercen. Este principio no se limita a los recursos económicos, sino que debe extenderse a los recursos tecnológicos, humanos, institucionales o de cualquier otro tipo.

Por lo tanto, se deben tomar las medidas administrativas, financieras y de normatividad, entre otras, para asegurar que los recursos con que cuenta el HGR No. 1, sean utilizados prioritariamente para atender las obligaciones que al respecto tiene el Estado y todas las autoridades en el país en materia de DDHH, y con ello tener la certidumbre de que se hace el máximo uso de recursos disponibles, atendiendo a las condiciones específicas de país.

Las propuestas que se hacen y las que en un futuro puedan llegar a plantearse de acuerdo al escenario político, económico y social que se presente, pueden lograr cambios en la mejora del cumplimiento del DHS, si se toma en cuenta un enfoque de derechos, que permite por un lado, cumplir con las obligaciones que impone el Derecho Internacional y Constitucional, y por la otra fijar directrices que permitan operacionalizar los derechos sacándolos del plano abstracto a un plano real y concreto.

Bajo estos principios, es que debe ser considerado el futuro escenario de la prestación de los servicios de salud por parte del IMSS, y consecuentemente del HGR No. 1, lo anterior en virtud de las estrategias que se han puesto en marcha con el propósito de universalizar los servicios de salud en México, consistentes en la eventual desaparición del Seguro Popular, mediante la prestación de los servicios de salud por parte de Instituciones que brindan estos servicios a la población asegurada, especialmente el IMSS.

Es innegable que la fragmentación de los servicios de salud es un tema que se ha colocado en la agenda pública y se están tomando acciones para hacer frente a la actual problemática, sin embargo, el IMSS como pieza clave en este proceso, enfrenta una serie de problemas financieros, de capacidad estructural y de recursos humanos, que se ven reflejados en el número de quejas por violación de derechos humanos ante la CNDH, o el número de quejas atendidas por la CONAMED, por citar algunos, y que de no ser atendidos, la violación a los DDHH y la falta de cumplimiento cabal a las obligaciones en la materia, solo se agravarán, no solo para los derechohabientes, sino también para la población que hará usos de los servicios que preste el IMSS.

Ante este nuevo escenario, se debe actuar sin lesionar los derechos de los derechohabientes, asegurando los recursos financieros, tecnológicos, materiales y humanos necesarios para hacer frente a la creciente demanda de servicios de salud que está por venir, pues el Estado no estará en condiciones de cumplir con la universalización de estos servicios, si no se garantiza su disponibilidad y acceso efectivo de manera oportuna, bajo estándares de calidad y aceptabilidad, es decir, es un eje central el hecho de que los compromisos creados por el Estado a través de sus gobernantes, no solo queden plasmados como buenas intenciones en un trozo de papel, sino que se de cabal cumplimiento a las obligaciones que en el caso concreto derivan de los tratados internacionales de los que México es parte, y del propio texto Constitucional.

7.2 Conclusiones

En la presente investigación se buscó conocer a partir de las percepciones de los derechohabientes y del personal de salud ¿De qué manera es valorado el cumplimiento del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018? y tomando en cuenta esta información, tener elementos necesarios para hacer una propuesta de política pública encaminada a mejorar el cumplimiento de este derecho.

Con el objetivo de contrastar la perspectiva de los agentes involucrados se realizó un análisis de convergencia y divergencia con datos de corte transversal que comprenden el año 2018. Bajo esta metodología se analizaron los elementos institucionales esenciales en el cumplimiento del DHS, a saber:

1. Disponibilidad
2. Accesibilidad
3. Aceptabilidad
4. Calidad

En el análisis de estos cuatro elementos aportados por la Teoría del Derecho Internacional de los DDHH, se tomó como eje principal el personal de salud del HGR No. 1, y se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. Disponibilidad

De acuerdo con la Teoría del Derecho Internacional, la disponibilidad es uno de los elementos esenciales del DHS, que en los términos establecidos en la OG. No. 14 (CDESC, 2000), obliga a los Estados parte a contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas en la materia. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo de los Estados. Estos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las

condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (p. 3).

Al aplicar el instrumento de medición a los agentes involucrados para conocer la percepción de cumplimiento del DHS respecto de la Disponibilidad de los servicios de salud, se cuestionó sobre los siguientes puntos: a) Suficiencia de centros de atención; b) Suficiencia de equipamiento; c) Suficiencia de personal médico; d) Suficiencia de medicamento; e) Suficiencia de presupuesto; y, f) Suficiencia de programas sobre DHS.

Del resultado de la encuesta se observó existencia de divergencia negativa-positiva en: a) Suficiencia de centros de atención; b) Suficiencia de equipamiento; c) Suficiencia de personal médico (la valoración positiva de los derechohabientes apenas se encuentra por arriba de un valor neutro; y convergencia negativa en: d) Suficiencia de medicamento; e) Suficiencia de presupuesto; y f) Suficiencia de programas sobre DHS.

El resultado obtenido de la aplicación de la encuesta a los agentes involucrados es congruente con las constantes disminuciones al presupuesto destinado al sector salud en los últimos años. Como se pudo observar en el cuerpo de la presente investigación, México es uno de los países de la OCDE que destina un menor porcentaje del PIB para este sector, México apenas destinó el 2.80% del PIB en el 2016, mismo que en el 2017 disminuyó al 2.70% del PIB. Aunado a lo anterior, el presupuesto para el sector salud no aumentó ni siquiera lo correspondiente a la inflación, que entre 2015 y 2016 fue de 2.13-3.36% de acuerdo con cifras del INEGI, por el contrario, en el mes de enero de 2015 y en los meses de febrero y junio de 2016, la SHCP llevó a cabo recortes presupuestales a este sector. Para el Ejercicio fiscal 2017, el Presupuesto de Egresos de la Federación fue tan solo de 121 mil 817 millones de pesos. Mientras que el gasto público en el sector salud, entre el 2008 y 2016, se observó una disminución del 15% en el gasto *per cápita*, el número de afiliaciones al IMSS, en ese mismo periodo aumentó un 60%.

Ante este escenario, la disponibilidad de los servicios de salud, se ven comprometidos. Sin un presupuesto acorde a los cambios y necesidades que presenta el sector salud, y específicamente el IMSS, no se puede dar cabal cumplimiento a las obligaciones

contraídas en los tratados internacionales de los que México es parte. Esta situación queda evidenciada en los resultados que arrojaron la encuesta aplicada al personal de salud y los derechohabientes del HGR No. 1, al considerar que no se está dando cabal cumplimiento al DHS respecto de la disponibilidad de los servicios y bienes de salud en dicho hospital.

Los agentes involucrados coinciden al dar una valoración baja a la suficiencia de medicamento. De acuerdo con ambas percepciones, es común que las recetas no se surtan al 100%, o bien, tengan que regresar al hospital en otro momento para verificar la existencia de medicamentos y estar en condiciones de que les surtan sus recetas.

Lo anterior, muestra incumplimiento al DHS, en lo que respecta a la obligación del Estado de asegurar que los pacientes, en este caso los derechohabientes del IMSS que hacen uso de los servicios que presta el HGR No. 1, reciban los medicamentos de acuerdo con las necesidades clínicas, dosis y tiempos adecuados al menor costo posible, como lo marca la OMS (1985). Pues los medicamentos son uno de los principales insumos del proceso terapéutico y elemento indispensable para garantizar la prestación de servicios de salud oportuna y de calidad.

Por lo que ve a la suficiencia de programas en materia de DHS, ambos agentes coinciden al valorarla de manera baja. Al respecto es importante señalar que en el PNDH 2014-2018, se plantearon acciones que se estarían llevando a cabo en el sexenio que concluyó en el 2018, siendo una de las principales acciones la capacitación sobre las obligaciones y alcances de la reforma en materia de DDHH. A través del PNDH, el Gobierno Federal pretendió lograr mayor efectividad en las políticas públicas y su incidencia en el goce y ejercicio de los derechos humanos, para ello, fijó como puntos más relevantes: la implementación de la reforma constitucional de derechos humanos; la prevención de violaciones a los mismos; las acciones de garantía y protección de los derechos; la articulación y coordinación entre los actores involucrados en la política de derechos humanos, y la generación de información correctamente sistematizada y accesible en la materia. En mayo de 2016, el Director General del IMSS instruyó la creación del Comité

Institucional de Derechos Humanos e Igualdad, a través del cual se implementó la política de Derechos Humanos que guiaría el actuar del Instituto en la materia.

A pesar de las acciones que se han tomado en la materia, las mismas han sido insuficientes y no se ven reflejadas en la percepción del personal de salud y los derechohabientes, al considerar que son insuficientes los programas en materia de DHS. Lo anterior, es congruente con los datos que aporta el Sistema Nacional de Alerta de violación a los Derechos Humanos, en donde se puede apreciar que el IMSS es la autoridad con mayor número de quejas registradas por posibles violaciones a DDHH, dichas violaciones año con año van en aumento, ya que en el 2016 se registraron 2074 quejas, para el 2017 se registraron 2634 quejas y hasta noviembre de 2018, se registraron 2393. Estos indicadores, son muestra del trabajo que aún se debe hacer en materia de DDHH dentro del IMSS y del propio HGR No. 1, para capacitar al personal de salud sobre las obligaciones en la materia y la importancia de implementar las reformas constitucionales, pero también, capacitar e informar a la ciudadanía y a los derechohabientes de los derechos y obligaciones que encierra la prestación de los servicios médicos.

Por otra parte, ambos agentes consideran que el presupuesto no es suficiente para cubrir las necesidades del propio hospital, por consiguiente, tampoco la de los derechohabientes. Situación que ambos agentes perciben y relacionan con la falta de disponibilidad de los bienes y servicios que presta el HGR No. 1.

Ahora bien, la suficiencia de presupuesto, es un elemento indispensable para lograr el cumplimiento de las obligaciones que en materia de derechos humanos se impone a los gobiernos de los Estado en materia de salud. Si bien, la falta de recursos económicos es una de las razones a las que con mayor frecuencia recurren los Estados para justificar la falta de cumplimiento, el CDESC (2007), emitió una declaración en la que señala que cuando un Estado argumente una medida regresiva partiendo de la existencia de recursos limitados, en caso de ser sometido a su conocimiento se debe analizar si la medida es violatoria de los DDHH, tomando en cuenta: El Nivel de desarrollo del Estado en cuestión; la severidad de la supuesta violación, particularmente respecto de la situación del disfrute del contenido

esencial de los derechos considerados en el pacto; la situación económica en la que se encuentra el Estado parte, especialmente si atraviesa por un periodo de recesión económica; La existencia de otras reclamaciones contra el Estado parte sobre recursos limitados; si el Estado parte había buscado identificar otras opciones de menor costo; si el Estado parte había buscado la cooperación y asistencia internacional o ha rechazado ofertas de recursos de la comunidad internacional para aplicar las provisiones necesarias del pacto sin que haya razón suficiente.

El principio de no regresión implica que una vez logrado un avance en el disfrute de los derechos, el Estado no puede disminuir el nivel alcanzado, salvo en ciertas circunstancias, esto implica mayor apertura y acceso a la información de los recursos con los que cuenta el Estado, no solo en el sector salud, sino en otras áreas, ello con la finalidad de conocer y transparentar que la actuación del Estado en el sentido de que la toma de decisiones es la más adecuada desde el punto de vista de los DDHH. De tal suerte que se garantice un presupuesto suficiente al sector salud, y en el caso extraordinario de que la situación económica del país obligue a tomar medidas que impliquen reducir el gasto público, esas reducciones no se vean reflejadas en los sectores más sensibles de la sociedad como lo es el sector salud.

Este principio se encuentra íntimamente vinculado con otro principio consistente en hacer el máximo uso de recursos disponibles, lo que implica revisar que el Estado haga efectivamente el uso del máximo de los recursos que tiene a su disposición. No solo comprende recursos económicos, sino también, tecnológicos, institucionales y humanos (Serrano y Vázquez, 2014; p. 117). El CDESC (2007), a partir del Protocolo facultativo del PIDESC, aclara que los Estados deberán “adoptar medidas deliberadas, concretas y debidamente orientadas, dentro de un plazo razonablemente” dichas medidas incluirían "todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas". Además de la legislación, el Comité entiende que las palabras "medios apropiados" incluyen ofrecer recursos judiciales y de otro tipo, cuando corresponda, y adoptar medidas "de carácter administrativo, financiero, educacional y social".

Aunque se demuestre que los recursos disponibles son insuficientes sigue en pie la obligación del Estado parte de velar por el disfrute más amplio posible de los derechos económicos, sociales y culturales, habida cuenta de las circunstancias reinantes. El compromiso de todo Estado Parte de utilizar “hasta el máximo” de los recursos de que dispone para lograr la plena efectividad de las disposiciones del Pacto le da derecho a recibir los recursos que ofrezca la comunidad internacional. A este respecto, las palabras “hasta el máximo de los recursos de que disponga” se refieren tanto a los recursos existentes dentro de un Estado como a los que puede poner a su disposición la comunidad internacional por conducto de la cooperación y asistencia internacionales. Para que un Estado parte pueda atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas a una falta de recursos disponibles, debe demostrar que ha realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar todos los recursos que están a su disposición en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas, de acuerdo con la observación No. 3 del PIDESC.

Por lo que toca a la suficiencia de los centros de atención y suficiencia de equipamiento, la percepción del personal de salud es más baja que la del derechohabiente quién le da una valoración ligeramente más alta, resultando una dispersión débil negativa, lo que permite colegir que el derechohabiente, respecto a la suficiencia de los servicios de salud, en estos rubros, tiene una percepción más alta que el otro agente involucrado, indicando un cierto grado de satisfacción, el cual no es del todo positivo, toda vez que ambos rubros se encuentran muy cercanos a un valor neutro, en ese sentido, se colige nuevamente que existe un amplio campo de posibilidades para trabajar en el mejoramiento de este elemento, que se traduzca en efectivizar el DHS.

Respecto a la suficiencia del personal médico, existe divergencia negativa-positiva, con un tipo de dispersión intermedia negativa, es decir, el personal de salud, le dio una valoración baja, mientras que los derechohabientes le dieron una valoración medianamente más alta. En este caso, el personal de salud, al conocer a ciencia cierta la carga de trabajo existente, demuestra la necesidad de un aumento en el personal de salud, para estar en condiciones de dar respuesta a la demanda existente por parte de los derechohabientes, cuya cantidad aumenta año con año.

Lo anterior coincide con la información estadística, en el sentido de que se ha observado un aumento considerable en la afiliación de derechohabientes en un 60%, y por otro lado una disminución del 15% del gasto público per cápita en el sector salud, en el período del 2008 al 2016, razón por la cual, el HGR No. 1, tiene que trabajar y afrontar sus responsabilidades en materia de salud, en circunstancias desproporcionadas, dado el incremento de afiliaciones y los mismos recursos económicos, humanos y tecnológicos.

Es importante hacer notar que los derechohabientes le dan una valoración más alta a la suficiencia de los rubros en cita, que la dada por el personal de salud, sin embargo, al vincular este indicador con el de accesibilidad física de los servicios de salud, éste tiene una valoración negativa por ambos agentes involucrados, lo que permite colegir que aun y cuando los derechohabientes perciban como suficientes los servicios y bienes de salud, finalmente, no hay un acceso real a ellos, pues los agentes involucrados consideraron que es muy común que los derechohabientes acudan al sector privado a realizar consultas médicas, comprar medicamentos, realizar análisis de laboratorio y/o estudios, o realizar cirugías o rehabilitación. Lo anterior, pone a la luz que existe un problema de suficiencia de los bienes y servicios de salud otorgados por el HGR No. 1.

Bajo este orden de ideas, se considera que la Hipótesis particular que establece que: “El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar negativamente la disponibilidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018” se cumple.

2. Accesibilidad.

La accesibilidad, es otro elemento esencial del DHS, que tiene como finalidad asegurar que se materialice el derecho a la salud para todas las personas. En ese sentido se deberá cumplir con las siguientes dimensiones: Acceso a la información, la no discriminación, la asequibilidad, y la accesibilidad física (CDESC, 2000).

i) No discriminación: tiene como objetivo el que se proteja a todas las personas, pero sobre todo a aquellas que se encuentran en estado de vulnerabilidad y marginación, sin discriminación alguna (CDESC, 2000).

ii) Accesibilidad física: contiene la obligación por parte del Estado de poner al alcance de todos los sectores de la población los establecimientos, bienes y servicios de salud, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso por lo que se refiere a personas con discapacidades, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios (CDESC, 2000).

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): pretende evitar que las cargas que implica el deterioro de la salud sean desproporcionadas, sobre todos para los sectores de la población vulnerables o marginados. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos (CDESC, 2000).

iv) Acceso a la información: este principio en materia de salud comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Comprende además que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad (CDESC, 2000).

El indicador de la accesibilidad del DHS mide el grado en que se materializa el derecho a la salud para todas las personas. Los resultados que arrojaron la encuesta aplicada a los agentes involucrados, consistió en una convergencia positiva en: a) acceso a la información; y b) No discriminación, es decir, los agentes encuestados calificaron positivamente estos dos rubros, aunque la valoración de dichos indicadores está apenas por encima de un valor neutro.

Respecto al acceso a la información el tipo de dispersión que se presenta es débil negativa, es decir, que el personal de salud del HGR No. 1, tiene una percepción más baja que la del derechohabiente, quien tiene una percepción ligeramente más alta. En tanto que la

no discriminación, se presenta un tipo de dispersión débil positiva, es decir, la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente más alta que la percepción del derechohabiente.

Por lo que ve a la asequibilidad y accesibilidad física de los servicios de salud se presenta una convergencia negativa, es decir, ambos agentes involucrados le dan una valoración baja. Ambos indicadores presentan un tipo de dispersión débil positiva, es decir, la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente más alta que la percepción del derechohabiente, quien le da una valoración más baja.

Ambos agentes coinciden en que el acceso a los servicios de salud es un rubro que no se está cumpliendo en el DHS, debido a que el acceso a los bienes y servicios de salud, resulta ser tardado y/o complicado. Uno de los indicadores que permite colegir lo anterior, es que la atención por un especialista se percibe como muy complicada, situación que se puede observar en citas muy prolongadas para atender a los pacientes, las que llegan a dilatarse desde 6 meses hasta un año para volver a ser atendidos por el médico especialista. Los tiempos de espera también son prolongados, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud; todos estos indicadores reflejan el resultado de una atención médica no oportuna para los derechohabientes.

Ahora bien, el acceso efectivo a los servicios de salud implica que un individuo con una condición de salud que requiera o necesite de atención esté en condiciones de acudir a un servicio de salud en el que reciba la atención a la condición que lo hizo acudir, con el mejor resultado posible. Para darse este acceso efectivo, ante la necesidad percibida debe contarse con la posibilidad de acudir sin barreras (financieras o de acceso) a los servicios, y que los mismos tengan la capacidad resolutive y calidad requeridas (Fajardo-Dolci, 2019).

Una de las principales barreras al acceso efectivo a la salud es el financiero, sorteando este obstáculo, al tener en cuenta que el estudio se enfoca en los servicios prestados a los derechohabientes del IMSS, que hacen uso de los servicios que brinda el HGR No. 1, y, por tanto, se encuentran afiliados a este servicio. Otros obstáculos son la demanda de tiempo de

los servicios, que puede representar pérdidas económicas por ausentismo laboral, y la oportunidad de la atención, y la capacidad resolutive y calidad de los servicios.

Los derechohabientes ante estas limitaciones, suelen recurrir a los servicios privados de salud, en donde la cobertura de horarios y días de atención son más amplios, y los tiempos de espera son menores, aun y cuando estos representan erogaciones a cargo del derechohabiente, en virtud de que lo ven compensados con la oportunidad de atención y tiempos requeridos.

Lo anterior es congruente con el estudio de la OCDE (2016) sobre los sistemas de salud en México, donde se señala que el gasto de bolsillo en salud es uno de los más elevados de los miembros en la última década, situación que no se ha reducido exponencialmente a pesar de los esfuerzos del gobierno que aún está lejos de alcanzar una cobertura efectiva y servicios de alta calidad.

Estos indicadores relacionados con los de disponibilidad de los servicios de salud permiten concluir, desde la percepción de los agentes involucrados, que, al no existir suficiencia de personal médico e insumos, luego entonces, los servicios de salud, son considerados como: no oportunos, por tanto, hay incumplimiento del DHS, al no existir un efectivo acceso a los bienes y servicios de salud del HGR No 1.

Bajo ese orden de ideas, se considera que la hipótesis particular que establece que: “Existe divergencia positiva negativa en la valoración que el personal de salud y los derechohabientes perciben respecto de la accesibilidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018”, se cumple.

3. Aceptabilidad

De acuerdo con la Teoría Internacional del Derecho, la aceptabilidad implica que todos los medios a través de los cuales se materializa el derecho a la salud, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, esto es, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par, que sean sensibles a los

requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (CDESC, 2000).

El indicador de este elemento mide el grado en que se consideran aceptables los servicios de salud, arrojando como resultado una convergencia positiva en: a) Servicios de salud sensibles a requisitos de género; b) Servicios de salud sensibles al ciclo de vida; c) Trato amable; y, d) Trato digno.

Por lo que ve a los servicios de salud sensibles a los requisitos de género se presenta un tipo de dispersión débil negativa, es decir, que aún y cuando la percepción de los derechohabientes es más alta que la valoración que da el personal de salud, la misma no está tan alejada de la percepción de estos últimos.

En relación con b) Servicios de salud sensibles al ciclo de vida; c) Trato amable; y, d) Trato digno, el tipo de dispersión que se presenta es débil positiva, es decir, la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente más alta que la percepción del derechohabiente.

De lo anterior se colige que, los agentes involucrados tienen una percepción positiva respecto a la aceptabilidad de los servicios de salud, es decir, consideran que se brindan tomando en cuenta los requisitos de género y que son sensibles al ciclo de vida de los pacientes, además que se brindan con un trato amable y digno.

Aun y cuando la convergencia que se presenta es positiva, debe tomarse en cuenta que de los resultados arrojados por la encuesta, la intersección de las medias de la percepción dada por los agentes involucrados apenas está por encima de la valoración de una percepción neutral, lo que significa si bien el personal de salud considera que el trabajo que se está realizando es aceptable y los derechohabientes coinciden con esta percepción, también lo es que las valoraciones dadas apenas están por encima de una valoración neutral, abriendo una gama de posibilidades para mejorar el trabajo realizado y con ello dar cabal cumplimiento al DHS en el HGR No. 1.

Los datos arrojados por la encuesta aplicada al personal de salud y los derechohabientes que hacen uso de los servicios del HGR No. 1, comparados con los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Satisfacción a los derechohabientes usuarios de servicios médicos del IMSS, en noviembre del 2018, específicamente a las unidades de servicios de salud de Segundo Nivel, son coincidentes en cierto grado, pues mientras en esta última encuesta se menciona que el 91% de los encuestados consideran haber recibido un trato excelente o bueno en la unidad médica correspondiente a los servicios de Segundo Nivel, los resultados que arrojan la encuesta aplicada en la presente investigación, se puede observar que la valoración que le dan ambos agentes aun y cuando es positiva, la misma se encuentra apenas por arriba del valor neutral.

De acuerdo con lo hasta aquí expresado, se concluye que la hipótesis particular: “El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar positivamente la aceptabilidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018”, se cumple.

4. Calidad

De acuerdo con la Teoría Internacional de los Derechos Humanos, la calidad es un elemento que exige que los contenidos y medios por los que se materializa el derecho a la salud además de ser aceptables deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Es decir, que el personal médico esté capacitado, que haya en existencia los medicamentos y el equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (CDESC, 2000).

El indicador de este elemento mide el grado de calidad de los bienes y servicios de salud, presentando una convergencia positiva en: a) Personal médico capacitado; b) Medicamento científicamente aprobado; c) Equipo hospitalario en buen estado; y d) Condiciones sanitarias adecuadas.

Mientras que se obtuvo una dispersión débil positiva en el indicador de: a) Personal médico capacitado, lo que significa que la percepción del personal de salud del HGR No. 1, es ligeramente más alta que la percepción del derechohabiente; en el resto de los indicadores se presenta una dispersión débil negativa lo que se traduce en que aún y cuando la percepción

de los derechohabientes es ligeramente más alta, la cual no está tan alejada de la percepción del personal de salud.

Los resultados arrojados en esta variable permiten observar que ambos agentes tienen una valoración positiva especialmente en lo que respecta a las condiciones sanitarias adecuadas y en la capacitación de los médicos, mientras que respecto a la calidad del medicamento y a las condiciones de los equipos, a pesar de ser una valoración positiva, lo es en menor grado que el resto de los indicadores, razón por la cual debe prestarse mayor atención.

Se puede observar que la valoración que los agentes involucrados le dan a esta variable, se encuentra muy cercana a un valor neutral, lo que es un indicador de que existe mucho trabajo por hacer respecto a la calidad de los bienes y servicios prestados en el HGR No. 1.

De acuerdo con el SNA, de la CNDH en el 2018, el mayor número de quejas que se registraron como hechos violatorios de mayor impacto, consistió en negligencia médica, con 489 quejas de las cuales, 340 quejas fueron presentadas en contra del IMSS, esta situación evidencia la necesidad de capacitar al personal salud, ya que el elemento de calidad se encuentra íntimamente vinculado con la preparación de los médicos y enfermeras, y consecuentemente en la calidad de la atención médica y en la capacidad resolutoria. En ese mismo sentido, se pueden observar por los informes emitidos por la CONAMED que, dentro del sector público, el IMSS es el organismo con mayor número de quejas y que los principales motivos por lo que se presentan están relacionados con los diagnósticos, relación médico-paciente, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico.

De acuerdo con estos datos, se considera necesario abordar las cuestiones relativas a la capacitación del personal de salud y con ello, la calidad de los medicamentos y el estado que guardan el equipo hospitalario, al ser indispensables para que el personal de salud tenga una mejor capacidad resolutoria, pues un diagnóstico oportuno tiene que ir acompañado de los medicamentos requeridos para atender la afección en la salud, medicamentos que deben estar científicamente aprobados, así como del equipo hospitalario en buenas condiciones.

Trabajar en mejorar estos rubros, permitiría tener una mejor percepción sobre el elemento de calidad del DHS, pues, aunque ambas percepciones convergen en valorarlo positivamente, ésta se encuentra muy cercana a un valor neutral.

De acuerdo con lo hasta aquí expresado, se concluye que la hipótesis particular: “El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar positivamente la calidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018”, se cumple.

En ese mismo orden de ideas, se puede observar que los agentes involucrados en términos generales valoran positivamente el cumplimiento del DHS en el HGR No. 1, sin embargo, al analizar este derecho en sus múltiples dimensiones, se aprecia que existen elementos esenciales respecto de los cuales se encuentra mucho más marcada una valoración negativa, con en el caso de la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, mientras que por la aceptabilidad y calidad de dichos servicios son valorados positivamente por ambos agentes aunque, dicha valoración se encuentra apenas por arriba de un valor neutral.

De tal suerte que la hipótesis general: “El personal de salud y los derechohabientes, en términos generales suelen tener una percepción positiva respecto del cumplimiento del DHS, sin embargo, al valorar los elementos de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, sus percepciones suelen tener una tendencia negativa, contrario a lo que pasa con los elementos de aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, cuya percepción tiende a ser positiva dentro del HGR No. 1, en el 2018”, se cumple.

Bibliografía

- Abramovich, V. (2006). Los estándares interamericanos de derechos humanos como marco para la formulación y el control de las políticas sociales. *Anuario de Derechos Humanos* (2), 13-51. En www.anuariodh.uchile.cl
- _____, Courtis, C, & Ferrajoli, L. (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.
- ACNUDH (1965). Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial.
- Aguilar, L. F. (2007). Aporte de la política pública y de la nueva gestión pública a la gobernanza. Revista del clad, *Reforma y democracia* (39), 1-15.
- _____, (2015). *Gobierno y Administración Pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Alcántara, M. (1995). Gobernabilidad, crisis y cambio: elementos para el estudio de la gobernabilidad de los sistemas políticos en épocas de crisis y cambio. México: Fondo de cultura económica.
- Alza, C. (2004). El enfoque basado en derechos ¿Qué es y cómo se aplica a las políticas públicas? *Derechos Humanos y políticas Públicas. Manual*, 51.
- Arellano, D., y Blanco, F. (2013). *Políticas públicas y democracia*. México: IFE.
- Arnoletto, E. (2014). *Las políticas públicas*. Córdoba, Argentina: Recuperado el 16 de junio de 2016, de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2014/1402/index.htm>
- Artis, M. J. & Taylor M. P. (1988). Exchange Rate Capital Controls and the European Monetary System: Assessing the Track Record. En M. y. Giavazzi, *The European Monetary System*. 188, 202.
- _____, & Ormerod, P. (1991). Is there an "EMS Effect" in European labour markets? *CEPR Discussion Paper*. 598.

- Bardach, E. (2008). *Los ocho pasos para el análisis de Políticas Públicas* (Primera ed.). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Barro, R., Sala I Martín, X., Blanchard, O. J. & Hall, R. E. (1991). Convergence Across States and Regions. *Brookings papers on Economic Activity*. (1), 107-182.
- Barro, R. y Sala I Martín, X. (1992). Convergence. *Journal of Political Economy*. 100, 2, 223-251.
- Bernard, A. B., & Durlauf, S. N. (1991). Convergence of international output movements. NBER Working Papers 3717. *National Bureau of Economic Research, Inc.*
- _____, (1995). Convergence in international output. *Journal of Applied Econometrics* 10(2), 97-108.
- _____, (1996). Interpreting tests of the convergence hypothesis. *Journal of Econometrics*, (71(1-2), 161-173.
- Beuchot, M., y Saldaña, J. (2000). *Derechos Humanos y Naturaleza Humana*. México: UNAM. En _____ de http://132.247.1.49/mujeres_ORIGINAL/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/1_d_h/4.pdf
- BID, Banco Interamericano de Desarrollo, Sector de Conocimiento y Aprendizaje. (2011). Pautas para la elaboración de estudios de caso. *Lecciones aprendidas*, 1-9.
- Bobbio, N. (1991). *El tiempo de los derechos*. trad. R. de Asís Roig. Madrid: Sistema.
- Bolívar, M., Cubillos, L., Escobar, M. L., Gómez, L., Lunes, R., Navarro, R., . . . Suárez, D. (2014). *Diálogos contruyendo futuro en derechos fundamentales. Una experiencia latinoamericana sobre procesos de cambio en derecho a la salud y políticas públicas*. Villa de Leyva. Obtenido de <http://wbi.booksprints.net/fonts/Saluderecho3-cover.pdf>
- Borja, R. (2012). *Enciclopedia de la política* (4a. ed., Vols. Tomo II. H-Z). México: Fondo de cultura económica. Obtenido de www.encyclopediadelapolitica.org/.

- Cáceres, R., & Núñez, O. (1999). Crecimiento económico y divergencia en América Latina. *El trimestre económico*, 66, p. 4.
- Cámara de Diputados LXIII Legislatura (2015). El presupuesto público federal para la función salud 2015-2016. México: Dirección General de Servicios de documentación, información y análisis.
- Cano, F. (2001). Percepciones acerca de la Medicina y el Derecho. *Serie Doctrina Jurídica No. 49, México:UNAM*.
- Cano, F., Márquez, D., & Melgar, P. (2014). Medicina y estructuras juridico-administrativas en México. *Hacia la reforma integral del Sistema de Salud en México. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM*.
- Carbonell, M. (2011). Las obligaciones del Estado en el artículo 1o de la Constitución Mexicana. *Carbonell, Miguel y Salazar, Pedro. (Coords.), La reforma Constitucional sobre Derechos Humanos: un nuevo paradigma* (págs. 63-102). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Carpizo, J. (2011). Los Derechos Humanos: naturaleza, denominación y características. *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, (25) 3-29. Recuperado el 07 de 03 de 2017, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/cconst/n25/n25a1.pdf>
- CDESC. (2007). Evaluación de la Obligación de adoptar medidas hasta el "máximo de los recursos de que disponga" de conformidad con el Protocolo facultativo del Pacto. *Organización de las Naciones Unidas*.
- CDESC. (2000). Observación general 14. El derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud. *Organización de las Naciones Unidas*.
- CDHDF. (2011). Fundamentos Teóricos de los Derechos Humanos. *México: Servicio Profesional en Derechos Humanos*.
- CNDH. (2017). *Comisión Nacional de Derechos Humanos*. En: <http://www.cndh.org.mx/>

- Consejo de Europa. (1996). Carta Social Europea (revisada). Estrasburgo. Recuperado de <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/ConsejoDeEuropa/Documents/Carta%20Social%20Europea.pdf>
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. "Pacto de San José de Costa Rica".* (1981). San José de Costa Rica. Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D1BIS.pdf>
- CoIDH, (1988). Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Recuperado el 21 de febrero de 2017, de http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf
- Costa, I., & Divenosa, M. (2004). *Filosofía. Retrieved*. Buenos Aires: Maipue from <http://www.ebrary.com>.
- Couso, J. (2004). Consolidación democrática y poder judicial: los riesgos de la Judicialización de la Política. *Revista de Ciencia Política*, 29-48.
- De Pina, R., & De Pina, V. R. (2008). Diccionario de derecho. *México: Porrúa*.
- Del Valle, A. C. (1911). Lecciones de Derecho Constitucional. *Notas tomadas de sus conferencias por Alcides V. Calandrelli. Buenos Aires: "La Buenos Aires"*.
- Dickey, D. A. & Fuller, W. A. (1979). Distribution of the Estimators for Autoregressive Time Series with a Unit Root. *Journal of the American Statistical Association*, 74, 427-431.
- Delgadillo, G. L. (2006). Elementos de Derecho Administrativo. *México: Limusa*.
- Dye, T. R. (1992). Understanding Public Policy (14 ed.). *Englewood Cliffs: Prentice Hall*.
- Easton, D. (1971). The Political System. *New York: Knopf*.
- Elizondo, C., & Magaloni, A. (2010). Nuestros caros defensores de los derechos humanos: el caso de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. *CIDE*.
- Evangelista, M. C. (2015). A 800 años de la Carta Magna Inglesa de 1215. *Revista pensamiento penal*, 1-20. Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/08/miscelaneas41620.pdf>

- Evans, P. & Karras, G. (1996). Convergence revisited. *Journal of Monetary Economics*, 37 (2), 249-265.
- Evans, P. y Karras G. (1996). Do economies convergence? Evidence from a panel of U.S. States. *Review of Economics and Statistics*, 384-388.
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2019). *Acceso efectivo a los servicios de salud:operacionalizando la cobertura universal en salud*. Recuperado de Salud Pública de México, 57(2), 180-186.: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014.
- Ferrajoli, L. (2006). Sobre los derechos fundamentales y sus garantías. *México: CNDH*.
- Fraga, G. (1999). Derecho Administrativo. *México: Porrúa*.
- Garretón, R. (2017). Derechos Humanos y Políticas Públicas. *Recuperado de Observatorio de Políticas Públicas de Derechos Humanos en el Mercosur*: http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/derechos_humanos_y_politicas_publicas_1.php
- Gil, L. (2017). *Política educativa para la inserción laboral de los egresados de nivel superior, a partir del análisis de convergencia y divergencia: el caso de la DES de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*. Tesis doctoral. Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales, UMSNH.
- Gómez, C. (2001). Globalización y crisis del estado de bienestar. *Recuperado de 5campus.com, Sociología*: <http://www.5campus.com/leccion/globalcrisis>
- Gómez, O., Sergio, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública en México*, 220-232.
- Guendel, L. (2002). Políticas públicas y derechos humanos. *Revista de Ciencias Sociales*, 105-125.

- Hall, Robertson, & Wickens. (1992). Measuring Convergence of the EC Economies. *Papers in Money, Macroeconomics and Finance- Supplement Manchester School*, 99-111.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Batista Lucio, P. (2008). *Metodología de la investigación científica*. México: Mc Graw-Hill.
- IMSS. (2014). *IMSS*. Obtenido de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201410/062>
- _____, (2016). *IMSS*. Obtenido de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201606/106>
- _____, (sf). Libro blanco Hospital General Regional de 250 camas, en el municipio de Charo, Michoacán. Recuperado en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/LB-Charo.pdf>
- INEGI. (2015). Estadísticas de los Derechos Humanos en México desde los Organismos Públicos encargados de su protección y defensa, 2013. *Aguascalientes: INEGI*.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. Mc Graw-Hill.
- Kraft, M., & Furlong, S. (2004). *Public policy: politics, analysis, and alternatives*.
- Lahera, E. (2004). *Introducción a las Políticas Públicas*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Lara, R. (1993). *Los derechos en el constitucionalismo mexicano*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Mallery, P., & George, D. (2003). *Using SPSS for Windows step by step. A simple guide and reference*. Boston: Allyn & Bacon.
- Maraniello, P. (2014). Los derechos humanos y la responsabilidad del Estado. *Criterio jurídico*, 127-148.
- Martínez, C., & Galán, A. (2014). *Técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos*. Madrid: UNED.

- McDonald, R. & Taylor, M. P. (1991). The Monetary Approach to the Exchange Rate. *Economic Letters*, 179-185.
- Méndez, C. (2001). *Metodología. Guía para eleborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables, administrativas*. México: McGraw-Hill.
- Méndez, J. (2016). Gasto en Salud: Propuesta 2017. *Centro de Investigación Económica y Presupuestaria*, 8.
- Mendizábal, G. (2007). *La seguridad social en México*. México: Porrúa.
- Meny, Y., & Thoening, J. C. (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Merino, M. (2013). *Políticas públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos*. México: CIDE.
- Miller, D. (2011). *Filosofía política: una breve introducción*. Madrid, España: Alianza editorial.
- Montiel, L. (2004). Derecho a la Salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Revista IIDH*, 291-313.
- Morlino, L. (1985). *Cómo cambian los regímenes políticos*. Madrid: CEC.
- Moto Salazar, E. (2002). *Elementos de Derecho*. México: Porrúa.
- Navarro, L. (2011). *Epistemología y metodología*. México: Grupo Editorial Patria.
- Nohlen, D. (2006). *Diccionario de Ciencia Política*. México: Porrúa.
- Nugent, R. (1997). La Seguridad Social: su historia y sus fuentes. En N. De Buen Lozano, y E. Morgado Valenzuela, *Instituciones de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social* (págs. 603-622). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.
- OACUNDH. (1999). *Human Right: A basic hand book for UN Staff*. ONU.
- _____, (2011). *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*. México: OACUNCH.
- OCDE. (2016). *Estudios de la OCDE sobre servicios de Salud en México*.

- OMS. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Sanitaria Internacional*. Nueva York. Recuperado el 28 de febrero de 2017, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- _____, (1985). *Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de Medicamentos*. Nairobi: OMS.
- _____, (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud web site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- ONU. (1988). PIDESC. *Protocolo de San Salvador*. San Salvador.
- _____, (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.
- _____, (1989). *Informe sobre 45º periodo de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos*. Nueva York.
- _____, (1993). Conferencia Mundial de Derechos Humanos. *Declaración y aprobación del Programa de Acción de Viena*. Viena.
- _____, (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. *Conferencia Mundial de Derechos Humanos*. Viena. Recuperado el 14 de Febrero de 2017, de http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf
- _____, (1996). *Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales*.
- _____, (2012). *Declaración de la reunión de alto nivel de la Asamblea General*. New York: ONU. Obtenido de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=%20A/RES/67/1>
- _____, (2017). *Organización de las Naciones Unidas*. Obtenido web site: <http://www.un.org/es/index.html>
- _____, (2017). *Organización de las Naciones Unidas*. Obtenido: <http://www.un.org/es/sections/what-we-do/protect-human-ri>

- OUA. (1981). Carta de Banjul. *Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos*. Nairobi. Obtenido de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297.pdf>
- Padlog, M. (julio-septiembre de 2009). La potencia del enfoque cualitativo para el estudio de la percepción del riesgo. *Espacio abierto*, 18(3), 413-421.
- Parsons, W. (2012). *Políticas Públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México: FLACSO. Recuperado el 7 de Julio de 2015.
- Pérez, A. E. (2007). *Teoría del Derecho. Una concepción de la experiencia jurídica*. Madrid: Técnos.
- Portocarrero, F. (1995). Notas sobre integración de políticas sociales y políticas económicas. *Seminario Transformaciones Económico-Sociales y Políticas Públicas en América Latina*, (págs. 71-88). Chile.
- Quad, D. (1993). Empirical cross-section dynamics in economic growth. *European Economic Review* 37, 426-434.
- Quadratín. (2012). Recuperado 30 de octubre de 2012, de Quadratín, Michoacán: <https://www.quadratín.com.mx/sucesos/Anuncia-IMSS-redistribucion-de-derechohabientes/>
- Ramírez, L. (2013). *El control parlamentario y el rediseño de las políticas públicas*. México: CESOP.
- Rodríguez Sedín, J. J. (2010). Definición de "Profesión médica" "Profesional médico" y "Profesionalismo médico". *EDU MEDC*, 63-66.
- Rogoff, K. (1985). Can Exchange Rate Predictability be Achieved Without Monetary Convergence? *European Economic Review*, vol. 28, n° 1-2.
- Sabine, H. G. (2012). *Historia de la Teoría Política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sala i Martín, X. (2000). *Apuntes de crecimiento económico*. Barcelona: Antoni Bosch editor.

- Sánchez, B. A. H. (2014). Reflexiones en torno a la naturaleza de la política y la Ciencia Política. En H. Sánchez de la Barquera y Arroyo, *Fundamentos, teoría e ideas políticas* (pág. 324). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Sartori, G. (1998). *La Política. Lógica y Método de las Ciencias Sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- SCJN. (2016). *Derechos Humanos Parte General*. México: SCJN.
- Serrano, S. (2013). Obligaciones del Estado frente a los Derechos Humanos y sus principios rectores; una relación para la interpretación y aplicación de los derechos. En E. Ferrer Mac-Gregor Poisot, J. L. Caballero Ochoa, y C. Steiner, *Derechos Humanos en la Constitución: comentarios de jurisprudencia constitucional e interamericana* (págs. 89-132). México: SCJN.
- _____, & Vázquez, D. (2011). Fundamentos Teóricos de los Derechos Humanos. En CDHDF, *Programa de capacitación y formación profesional den derechos humanos. Fase de inducción*. (págs. 205-268). México: CDHDF.
- _____, y Vázquez, D. (2014). *Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos*. México: Flacso.
- SNA. (2016). *Sistema Nacional de Alerta a Violación de Derechos Humanos*. Obtenido de http://appweb2.cndh.org.mx/SNA/ind_Autoridad_SM.asp?Id_Aut=1063&p=1
- _____, (2017). *SNA*. Obtenido de SNA: <http://appweb.cndh.org.mx/SNA/>
- Soberanes, F. J. (2009). *Sobre el origen de las declaraciones de los derechos humanos*. México: Instituto de Investigaciones jurídicas de la UNAM.
- Solís, G. B. (2012). Evolución de los derechos humanos. En M. M. (Coords.), *El Estado laico y los derechos humanos en México: 1810-2010* (págs. 77-99). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Stein, E., Tommasi, M., Echebarría, K., Lora, E., & Payne, M. (2006). *La política de las políticas. Progreso económico y social en América*. Washington, D.C.: Planeta.

- Strasser, C. (1979). *La razón científica en política y sociología*. Buenos Aires: Amorrortu Editores .
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., & Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Book Print Digital.
- Tamayo, T. M. (2003). *Proceso de la Investigación científica*. México: Limusa, S.A de C.V.
- Tinoco, J. (2011). Panorama y breves comentarios al sentido y alcance de la inminente reforma constitucional en materia de derechos humanos en México de 2011. En J. P. Abreu Sacramento, & J. A. Le Clercq, *La reforma humanista. Derechos humanos y cambio social en México* (págs. 166-167). México: Senado de la República LXI Legislatura/M.A. Porrúa/Fundación Humanismo Político/Fundación Honrad Adenouer.
- Toribio, L., Pérez, F., Rincón, E., Salinas, A., García, M., y Vázquez, J. (2015). CNDH, cara y poco efectiva: expertos. *Excelsior*. Obtenido de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/07/26/1036720#imagen-8>
- Ugalde, A. (1976). Los procesos de toma de decisiones en el sector sanitario y sus implicaciones políticas. *Revista de sociología* 5, 101-124.
- Vázquez, D., & Serrano, S. (2013). *Principios y obligaciones de derechos humanos: los derechos en acción*. México.
- _____, & Serrano, S. (2011). Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Apuntes para su aplicación práctica. En Carbonell, M., y Salazar, P., *La reforma constitucional de derechos humanos: un nuevo paradigma* (págs. 135-165). Mexico: UNAM.
- Velasco, D. (2015). El sistema ombudsman mas caro del mundo ... ¿y el más ineficiente? *Espiral*, 185-200.

von Beyme, K. (2014). Introducción a las teorías políticas de la actualidad. En H. Sánchez de la Barquera y Arroyo, *Fundamentos, teoría e ideas políticas* (págs. 113-141). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Legislación y documentos públicos consultados.

Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos.

Ley del Instituto y Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

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

Ley del Seguro Social.

Ley General de Salud.

Reglamento Interior del IMSS.

Reglamento de Organización Interna de las Delegaciones Regionales y Estatales del IMSS.

Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Presupuesto de Egresos de la Federación 2016, 2017.

Programa Institucional del IMSS, 2014-2018.

Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Anexos

Matriz de congruencia

Pregunta general	Objetivo General	Hipótesis	Método	Variables	Dimensión	Qué se va a medir
¿De qué manera es valorado el DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?	Explicar de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran el DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.	El personal de salud y los derechohabientes, en términos generales convergen al tener una percepción positiva respecto del cumplimiento del DHS, sin embargo, al valorar los elementos de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, sus percepciones suelen tener una tendencia negativa, contrario a lo que pasa con los elementos de aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, cuya percepción tiende a ser positiva dentro del HGR No. 1, en el 2018.	Correlacional	<p>Variable dependiente Derecho Humano a la Salud</p> <p>Variables independientes: a) Disponibilidad b) Accesibilidad c) Aceptabilidad d) Calidad</p>	Existencia de las condiciones necesarias que aseguran la asistencia médica y de servicios médicos en caso de enfermedad. (ONU, 1996)	Percepción de los derechohabientes que hacen uso de los servicios que presta el HGR No. 1 y el personal médico y directivo del mismo, respecto el cumplimiento al DHS

Preguntas específicas	Objetivos específicos	Hipótesis Particulares	Método	Dimensión	Qué se va a medir	Indicador cualitativo
¿De qué manera es valorada la disponibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?	Identificar de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran la disponibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.	El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar negativamente la disponibilidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018.	Correlacional Se aplicará éste método en virtud de que permite identificar la manera en que cada uno de los agentes involucrados valora la disponibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el 2018, así como correlacionar ambas valoraciones a través del análisis de convergencia y divergencia, para obtener información que permita hacer propuestas de política pública tendientes en mejorar aquellos puntos en los que se considere que existen fallas en la disponibilidad del DHS.	a) <i>Disponibilidad.</i> Suficiencia de establecimientos, bienes y servicios públicos de Salud (CDESC, 2000)	Suficiencia de centros de atención	C1: 2.1
						C2: 2.1
					Suficiencia de equipamiento de unidades médicas	C1: 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9
						C2: 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9
					Suficiencia de personal médico	C1: 2.10, 2.11
						C2: 2.10, 2.11
					Suficiencia y abasto de medicamentos	C1: 2.12, 2.13
						C2: 2.12, 2.13
					Suficiencia de presupuesto	C1: 2.14
						C2: 2.14
Suficiencia programas tendientes a dar a conocer los derechos humanos.	C1: 2.15					
	C2: 2.15					

¿De qué manera es valorada la accesibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?	Exponer de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran la accesibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.	Existe divergencia positiva negativa en la valoración que el personal de salud y los derechohabientes perciben respecto de la accesibilidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018.	Correlacional Se aplicará éste método en virtud de que permite exponer de qué manera cada uno de los agentes involucrados valora la accesibilidad del DHS en el HGR No. 1, en el 2018, así como correlacionar ambas valoraciones a través del análisis de convergencia y divergencia, para obtener información que permita hacer propuestas de política pública tendientes en mejorar aquellos puntos en los que se considere que existen fallas en la accesibilidad del DHS.	b) Accesibilidad Que los bienes y servicios públicos de salud estén al alcance de todos los sectores de la población y sean accesibles a todos sin discriminación (CDESC, 2000).	Acceso a la información	C1: 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4
						C2: 3.1, 3.2, 3.3, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4
					No discriminación	C1: 5, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6.
						C2: 5, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6.
					Asequibilidad: accesibilidad económica, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos.	C1: 7.1, 7.2, 7.3, 8
						C2: 7.1, 7.2, 7.3, 8
					Accesibilidad física: consiste en poner al alcance de toda la población los bienes y servicios de salud.	C1: 14.1, 14.2, 14.3, 14.4, 14.5
						C2: 14.1, 14.2, 14.3, 14.4, 14.5

¿De qué manera es valorada la aceptabilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?	Señalar de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran la aceptabilidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.	El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar positivamente la aceptabilidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018.	Correlacional Se aplicará éste método en virtud de que permite señalar de qué manera cada uno de los agentes involucrados valoran la aceptabilidad del DHS en el HGR No. 1, en el 2018, así como correlacionar ambas valoraciones a través del análisis de convergencia y divergencia, para obtener información que permita hacer propuestas de política pública tendientes en mejorar aquellos puntos en los que se considere que existen fallas en la aceptabilidad del DHS	c) <i>Aceptabilidad</i> . Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud, respetuosos de la ética médica sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, tendientes a mejorar el estado de salud de las personas (CDESC, 2000).	Que los servicios de salud sean sensibles a los requisitos de género	C1: 9
					Que los servicios de salud sean sensibles al ciclo de vida	C1: 10
					Que los servicios de salud sean prestados con un trato amable	C2: 10
					Que los servicios de salud sean prestados con un trato digno	C1: 11
						C2: 11
						C1: 12
	C2: 12					
¿De qué manera es valorada la calidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018?	Determinar de qué manera el personal de salud y los derechohabientes valoran la calidad del DHS en el HGR No. 1, en el año 2018.	El personal de salud y los derechohabientes convergen en valorar positivamente la calidad del Derecho Humano a la Salud en el HGR No. 1, en el 2018.	Correlacional Se aplicará éste método en virtud de que permite determinar la manera en que cada uno de los agentes involucrados valora la calidad del DHS en el HGR No. 1, en el 2018, así como correlacionar ambas valoraciones a través del análisis de convergencia y divergencia, para obtener información que permita hacer propuestas de política pública tendientes en mejorar aquellos puntos en los que se considere que existen fallas en la calidad del DHS.	d) <i>Calidad</i> Los contenidos y medios por los que se materializa el derecho a la salud además de ser aceptables deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad (CDESC, 2000).	Personal médico capacitado	C1: 13.1, 13.2, 13.3, 13.4
						C2: 13.1, 13.2, 13.3, 13.4
					Medicamento científicamente aprobados	C1: 13.5
						C2: 13.5
					Equipo hospitalario en buen estado	C1: 13.6
						C2: 13.6
Condiciones sanitarias adecuadas	C1: 13.7					
	C2: 13.7					

CONTROL DE LA ENCUESTA

Lugar y fecha en que se levantó la encuesta: HGR No. 1, Charo, a _____ - _____ - 2018
 Día Mes Año C:1 Número de folio _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN. Indicaciones: marque la respuesta que corresponda a su situación personal.

1.1 Edad _____

1.2 Sexo: () 1. Masculino () 2. Femenino

1.3 Unidad Médica Familiar del IMSS a la que está adscrito _____

1.4 Código Postal de su domicilio _____

1.5 Grado de estudios concluidos
 () 1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Preparatoria () 4. Licenciatura () 5. Posgrado

1.6 Ingreso mensual familiar aproximado en pesos mexicanos
 () 1. Menor que \$5,000 () 2. Mayor o igual que \$5,000 pero menor que \$10,000 () 3. Mayor o igual que \$10,000 pero menor que \$15,000 () 4. Mayor o igual que \$15,000 pero menor que \$20,000 () 5. Mayor o igual que \$20,000

II. A continuación, se realiza una serie de preguntas relacionadas con el Derecho Humano a la Salud, específicamente sobre la percepción que usted tiene sobre la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud que recibe del Hospital General Regional Número 1 de Charo, Michoacán.
Indicaciones: Lea y responda que tan de acuerdo o desacuerdo está con las siguientes afirmaciones.

MARQUE UNA RESPUESTA PARA CADA ASPECTO EVALUADO	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
2. Tomando en cuenta el número de derechohabientes que requieren los servicios del HGR 1, considero que existen suficientes:					
2.1 Consultorios médicos	5	4	3	2	1
2.2 Quirófanos	5	4	3	2	1
2.3 Unidades de hemodiálisis	5	4	3	2	1
2.4 Equipo de ultrasonido	5	4	3	2	1
2.5 Equipos de mamografía	5	4	3	2	1
2.6 Salas de expulsión	5	4	3	2	1
2.7 Incubadoras	5	4	3	2	1
2.8 Laboratorios	5	4	3	2	1
2.9 Espacios para hospitalización	5	4	3	2	1
2.10 Médicos especialistas	5	4	3	2	1
2.11 Enfermeras	5	4	3	2	1
2.12 Medicamentos	5	4	3	2	1
2.13 Las recetas se surten al 100%	5	4	3	2	1
2.14 Presupuesto del Hospital	5	4	3	2	1
2.15 Programas o campañas para dar a conocer los derechos de los pacientes	5	4	3	2	1
3. Los doctores informan al paciente de manera detallada:					
3.1 Sobre la enfermedad o padecimiento	5	4	3	2	1
3.2 Las instrucciones a seguir en casa	5	4	3	2	1
3.3 Los síntomas por los que debería acudir al médico tras la atención en consulta	5	4	3	2	1
4. La información que brindan los médicos, al explicar el diagnóstico y tratamiento a sus pacientes es:					
4.1 Veraz (cierta)	5	4	3	2	1
4.2 Comprensible (utiliza términos sencillos)	5	4	3	2	1

4.3	Se realiza en un tiempo adecuado para despejar todas las dudas	5	4	3	2	1
4.4	El médico se asegura que el paciente haya comprendido la información	5	4	3	2	1
5. El personal del HGR No. 1, atiende de igual manera para todos los derechohabientes (por ejemplo: no hace diferenciaciones por aspecto físico, estrato social, etc.)		5	4	3	2	1
6. El personal del HGR No. 1, atiende de igual manera los todos los derechohabientes						
6.1	En la consulta médica	5	4	3	2	1
6.2	En atención de enfermería	5	4	3	2	1
6.3	En farmacia al proporcionarte medicamentos	5	4	3	2	1
6.4	En la asignación de citas médicas	5	4	3	2	1
6.5	En asignación de fechas para cirugía	5	4	3	2	1
6.6	En urgencias	5	4	3	2	1
7. Dentro del HGR No. 1, considero adecuada:						
7.1	La facilidad para tener cita con el especialista	5	4	3	2	1
7.2	El tiempo que transcurre entre una cita y otra	5	4	3	2	1
7.3	El tiempo de espera para entrar a consulta	5	4	3	2	1
8. La atención médica se brinda de manera adecuada y en el momento apropiado (es oportuna).		5	4	3	2	1
9. En una consulta médica, el personal, procura ofrecer las condiciones necesarias para respetar la intimidad y/o pudor de los pacientes durante el examen médico		5	4	3	2	1
10. El personal, al brindar atención médica, atiende al paciente respetando sus características de acuerdo a su edad.		5	4	3	2	1
11. El trato que recibe del personal del HGR No. 1 es un trato amable		5	4	3	2	1
12. El trato que recibe del personal del HGR No. 1 es un trato humano (digno)		5	4	3	2	1
13. Considero que en el HGR No. 1, es satisfactoria la:						
13.1	Preparación de médicos	5	4	3	2	1
13.2	Preparación de enfermeras	5	4	3	2	1
13.3	Calidad en la atención médica	5	4	3	2	1
13.4	Asertividad de los diagnósticos	5	4	3	2	1
13.5	Calidad de los medicamentos	5	4	3	2	1
13.6	Condiciones de los equipos médicos	5	4	3	2	1
13.7	Limpieza de las instalaciones	5	4	3	2	1
14. Es común que los derecho-habientes lleguen a realizar las siguientes acciones en el sector privado						
14.1	Adquirir medicamento	5	4	3	2	1
14.2	Exámenes de laboratorio y/o clínicos	5	4	3	2	1
14.3	Cirugías	5	4	3	2	1
14.4	Rehabilitación	5	4	3	2	1
14.5	Consulta médica con especialistas	5	4	3	2	1
14.6 ¿Cuál cree que sea la razón por la que los derechohabientes acuden al sector privado a realizar las acciones que anteceden?						
15 Si usted sufriera la violación de un derecho a la salud, considera que:						
15.1	Quejarse con los directivos de HGR No. 1, solucionaría el problema	5	4	3	2	1
15.2	Quejarse ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, solucionaría el problema	5	4	3	2	1

15.3 Quejarse ante un Juez Federal, solucionaría el problema.	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTROL DE LA ENCUESTA

Fecha en que se levantó la encuesta	-	- 2018	C:2	Número de folio	..
Lugar en que se levantó la encuesta: HGR No. 1 Charo					

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1 Edad	1.2 Sexo	() 1. Masculino	() 2. Femenino
1.3 Lugar de nacimiento _____			
1.4 Código Postal _____			
1.5 Grado de estudios concluidos:			
() 1. Licenciatura	() 2. Especialidad	() 3. Maestría	() 4. Doctorado () 5. Postdoctorado
1.6 Sector en el que realizaron sus estudios de licenciatura:		() 1. Sector público	() 2. Sector privado
1.7 Sector en el que realizaron sus estudios de postgrado:		() 1. Sector público	() 2. Sector privado
1.8 Lugar en que realizó sus estudios de licenciatura:		() 1. En el país	() 2. En el extranjero
1.9 Lugar en que realizó sus estudios de postgrado:		() 1. En el país	() 2. En el extranjero
1.10 Ingreso mensual familiar aproximado		() 1. Menos de 20,000	() 2. Más 20,000 de pero menos de 40,000
		() 3. Más 40,000 de pero menos de 60,000	() 4. Más 60,000 de pero menos de 80,000
		() 5. Más de 80,000	

II.. En la siguiente sección se realiza una serie de preguntas relacionadas con el Derecho Humano a la Salud, específicamente sobre la percepción que usted tiene sobre la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud que se brindan en el Hospital General Regional Número 1 de Charo, Michoacán. **Indicaciones: Lea las siguientes afirmaciones y responda que tan de acuerdo o desacuerdo está con las mismas.**

MARQUE UNA RESPUESTA PARA CADA ASPECTO EVALUADO	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
2. Tomando en cuenta el número de derechohabientes que requieren los servicios del HGR 1, considero que existen suficientes:					
2.1 Consultorios médicos	5	4	3	2	1
2.2 Quirófanos	5	4	3	2	1
2.3 Unidades de hemodiálisis	5	4	3	2	1
2.4 Equipos de ultrasonidos	5	4	3	2	1
2.5 Equipos de mamografía	5	4	3	2	1
2.6 Salas de expulsión	5	4	3	2	1
2.7 Incubadoras	5	4	3	2	1
2.8 Laboratorios	5	4	3	2	1
2.9 Espacios para hospitalización	5	4	3	2	1
2.10 Médicos especialistas	5	4	3	2	1
2.11 Enfermeras	5	4	3	2	1
2.12 Medicamentos	5	4	3	2	1
2.13 Las recetas se surten al 100%	5	4	3	2	1
2.14 Presupuesto del Hospital	5	4	3	2	1

2.15 Programas o campañas para dar a conocer los derechos de los pacientes	5	4	3	2	1
3. Los doctores informamos al paciente de manera detallada:					
Sobre la enfermedad o padecimiento	5	4	3	2	1
Las instrucciones a seguir en casa	5	4	3	2	1
Los síntomas por los que debería acudir al médico tras la atención en consulta	5	4	3	2	1
4 La información que brindamos los médicos, al explicar el diagnóstico y tratamiento a los pacientes es:					
4.1 Veraz	5	4	3	2	1
Comprensible (utiliza términos sencillos)	5	4	3	2	1
Se realiza en un tiempo adecuado para despejar todas las dudas	5	4	3	2	1
El médico se asegura que el paciente haya comprendido la información	5	4	3	2	1
5. El personal del HGR No. 1, atiende de igual manera para todos los derechohabientes (por ejemplo: no hace diferenciaciones por aspecto físico, estrato social, apariencia, etc.)	5	4	3	2	1
6. El personal del HGR No. 1, atendemos de igual manera los todos los derechohabientes					
6.1 En la consulta médica	5	4	3	2	1
6.2 En atención de enfermería	5	4	3	2	1
6.3 En farmacia al proporcionarte medicamentos	5	4	3	2	1
6.4 En la asignación de citas médicas	5	4	3	2	1
6.5 En asignación de fechas para cirugía	5	4	3	2	1
6.6 En urgencias	5	4	3	2	1
7. Dentro del HGR No. 1, considero que es adecuada					
7.1 Facilidad que tienen los usuarios para tener cita con el especialista	5	4	3	2	1
7.2 El tiempo que transcurre entre una cita y otra	5	4	3	2	1
7.3 El tiempo de espera para entrar a consulta	5	4	3	2	1
8. En el HGR No. 1, la atención médica se brinda de manera adecuada y en el momento apropiado. (es oportuna)	5	4	3	2	1
9. En una consulta médica, el personal, procura ofrecer las condiciones necesarias para respetar la intimidad y/o pudor de los pacientes durante el examen médico	5	4	3	2	1
10. El personal, al brindar atención médica, atiende al paciente respetando sus características de acuerdo a su edad.	5	4	3	2	1
11. El trato que brinda el personal del IMSS es un trato amable	5	4	3	2	1
12. El trato que brinda el personal del IMSS es un trato humano (digno)	5	4	3	2	1
13. Considero que en el HGR No. 1, es satisfactoria la:					
13.1 Preparación de médicos	5	4	3	2	1
13.2 Preparación de enfermeras	5	4	3	2	1
13.3 Calidad en la atención médica	5	4	3	2	1
13.4 Asertividad de los diagnósticos	5	4	3	2	1
13.5 Calidad de los medicamentos	5	4	3	2	1
13.6 Condiciones de los equipos médicos	5	4	3	2	1
13.7 Limpieza de las instalaciones	5	4	3	2	1
14. Es común que los derechohabientes lleguen a realizar las siguientes acciones en el sector privado					

14.1 Adquirir medicamento	5	4	3	2	1
14.2 Exámenes de laboratorio y/o clínicos	5	4	3	2	1
14.3 Cirugías	5	4	3	2	1
14.4 Rehabilitación	5	4	3	2	1
14.5 Consulta médica con especialistas	5	4	3	2	1
14.6 ¿Cuál cree que sea la razón por la que los derechohabientes acudan al sector privado a realizar las acciones que anteceden?					
Cuando se llega a presentar una posible violación a un derecho a la salud de los usuarios de los servicios del HGR No. 1 , considero que:					
15.1 Quejarse con los directivos de HGR No. 1, solucionaría el problema	5	4	3	2	1
15.2 Quejarse ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, solucionaría el problema	5	4	3	2	1
15.3 Quejarse ante un Juez Federal, solucionaría el problema.	5	4	3	2	1

**POR SU PARTICIPACIÓN,
GRACIAS.**