



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO: SITUACIÓN ACTUAL,
RETOS Y ALTERNATIVAS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRA EN DERECHO

PRESENTA: MONSERRAT DOLORES ARIAS GUERRERO

ASESORA

DOCTORA EN DERECHO MA. OVIDIA ROJAS CASTRO

Morelia, Michoacán, febrero del 2014

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecer a Dios por bendecirme para finalizar este sueño.

A la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales por darme la oportunidad de estudiar en tan honorable escuela.

A mi directora de tesis, Dra. Ma. Ovidia Rojas Castro por su tiempo, esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su paciencia y motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al Dr. Carlos Salvador Rodríguez Camarena por su valioso apoyo durante mi estancia en la maestría, por su aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis, por su infinita paciencia y disponibilidad.

De igual manera agradezco a la Dra. Perla Araceli Barbosa Muñoz, por su apoyo académico, por sus consejos para la realización de la presente investigación.

También quiero agradecer a mis profesores durante toda la maestría los cuales aportaron grandes conocimientos a mi vida.

Al igual agradezco a mis padres, mis abuelos, tíos y primos que durante toda la vida me ha apoyado incondicionalmente, para alcanzar mis sueños, gracias por su amor, paciencia en los tiempos de desesperación y sobre todo por siempre creer en mí.

A mi esposo J. Aarón Jurado Marmolejo por siempre estar conmigo en todo tiempo, e impulsarme a terminar este proyecto. Gracias por compartir tu vida a mi lado. Finalmente hago mención especial a mi tío Francisco Veneras Flores y mi hermana Beatriz Marillac Arias Guerrero, por su gran aportación y correctores de cada uno de los capítulos de esta tesis.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	2
INDICE.....	3
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	6

CAPÍTULO 1

EL DERECHO A LA SALUD

1.1. Definición del derecho a la salud.....	12
1.2. Obligaciones del Estado	20
1.3. El derecho a la salud en el marco jurídico mexicano.....	22
1.3.1 Legislación Federal.....	25
1.3.2. Ley General de Salud.....	25
1.4. El derecho a la salud en el ámbito Internacional.....	35

CAPÍTULO 2

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

2.1. Sistema Nacional de Salud	41
2.2. Breve repaso de la historia de la salud en México.....	43
2.3. La Secretaría de Salud	47
2.4. Instituto Mexicano Del Seguro Social.....	50
2.5. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	54
2.6. Seguro Popular	56
2.6.1. Catálogo de Beneficios Médicos	58
2.6.2. Aplicación de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud	62
2.7. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	65

2.8 Institutos Nacionales de Salud	67
--	----

CAPITULO 3

CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMÁTICA DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

3.1. Gasto público en atención al derecho a la salud.....	74
3.2. Infraestructura, accesibilidad, calidad y disponibilidad del sistema de salud en México	77
3.2.1 La Infraestructura del Sistema de Salud	77
3.2.1.1 Unidades de Salud	78
3.3. Accesibilidad al Sistema de Salud	83
3.4. Calidad del sistema de salud.....	86
3.5. Disponibilidad del sistema de salud en México	90

CAPÍTULO 4

MEDIDAS PARA INCREMENTAR EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

4.1. Diseño para una nueva forma de proteger el derecho a la salud.....	93
4.2. Acceso equitativo a los servicios de salud	95
CONCLUSIONES.....	102
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	106
1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
2. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
3. REFERENCIAS HEMEROGRÁFICAS	113
ANEXOS.....	115
ANEXO 1.....	115
ANEXO 2.....	115

Resumen

Este trabajo de investigación versa sobre los derechos humanos, enfocado en el derecho a la salud en México, tomando como estudio la legislación, tratados internacionales y políticas públicas sobre salud. La investigación revisa la historia del sistema de salud en México, su formación, principios y objetivos, así como sus fundamentos políticos y jurídicos.

Se estudia el fundamento del derecho a la salud para el logro del nivel de salud más alto posible. Continúa con el estudio del marco jurídico siguiendo del análisis de los principales problemas del sistema de salud en México. La tesis termina con el estudio de estrategias para mejorar el derecho a la salud para que todos los mexicanos cuenten con una cobertura universal.

Palabras Clave: Derechos Humanos, salud, México, legislación, políticas públicas, nivel, cobertura.

Abstract

This research deals with human rights, focusing on the Right to Health in Mexico, on the study law, international public health policies and treaties. The research reviews the history of the health system in Mexico, training, principles and objectives as well as their political and legal foundations.

The basis of the right to health for achieving the highest possible level of health is studied. Continues the study of the legal framework following the analysis of the main problems of the health system in Mexico. The thesis ends with the study of strategies to improve the right to health for all Mexicans to have universal coverage.

Key words: human rights, health, Mexico, legislation, public policy, level, coverage.

INTRODUCCIÓN

"El ser humano pasa la primera mitad de su vida arruinando la salud
y la otra mitad intentando restablecerla."

Leonard Joseph

Como seres humanos, nuestra salud y la de nuestros seres queridos motiva una preocupación cotidiana, todos en algún momento de la vida hemos sufrido de algún problema ocasionado por la salud, independientemente de nuestra edad, religión, sexo, condición social, lugar de origen, siendo por lo tanto la salud un tesoro que todos anhelamos poseer, por lo que es necesario la protección del Estado de dicho derecho, ya que el deterioro de la salud, llega afectar en el desarrollo del hombre en su vida cotidiana.

Por estas razones la protección del derecho a la salud ha sido un tema de interés a lo largo de los años, provocando que hagamos todo lo posible para contar con dicha protección, todo sea para mejorar nuestra calidad de vida y la de nuestros seres queridos, siendo precisamente este tema el objeto de estudio del presente trabajo de investigación "El derecho a la salud en México: situación actual, retos y alternativas".

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como la ausencia de afecciones o enfermedades, sin embargo, es conveniente agregar a estas ideas que el término salud también comprende un estado de completo bienestar físico, mental y social del ser humano, y que esta concepción amplia del término salud es la que se adopta en este trabajo.

También en la Declaración Universal de Derechos Humanos se considera la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho a la salud como derecho humano. Aunado a lo anterior, los Estados han celebrado diversos tratados internacionales donde reconocen el derecho a la salud y establecido mecanismos para su protección, así como indicadores para alcanzar un nivel de salud más alto.

En nuestro país el derecho a la salud está contemplado en el artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos¹, que enuncia: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

Ahora bien, la presente tesis aborda en su capítulo 1 los fundamentos de la definición de la salud, haciendo referencia a diversos tratados internacionales, entre los que destaca el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; ligada al mismo la Observación número 14, que define a la salud como un derecho 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. Esto no solo se limita a la salud, ya que cuenta con una gama de factores para el mejoramiento socioeconómico que promueven mejores condiciones de vida, entre los que destacan la alimentación, la nutrición, la vivienda, el acceso agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas.

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial Federación 19 de julio del 2013. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

El Derecho a la Salud se refiere a que la persona tiene como condición condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud, el respeto a su concepto del proceso salud enfermedad y a su cosmovisión. Este derecho es inalienable, y es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial. Para que las personas puedan ejercer este derecho, se debe considerar los principios de accesibilidad y equidad.

En México la protección de salud se encuentra reglamentada por la Ley General de Salud, que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, las finalidades, su objeto, quiénes son las autoridades encargadas de proporcionar servicios de salud. En dicho capítulo se estudian las leyes federales de nuestro país y se hace un breve repaso del derecho a la salud en el ámbito internacional.

En el capítulo 2 se expone la organización del sistema de salud en México, desde un punto de vista histórico, se comentan los orígenes de nuestro sistema de salud, desde los hospitales de caridad, la Secretaría de Salud, la formación del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Seguro Popular, los Institutos Nacionales de Salud y la aplicación de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud. Asimismo se estudia la fragmentación del sistema mexicano y la forma en que se distribuye.

Es menester precisar que el sistema de salud se crea con la finalidad de garantizar la protección de la salud establecida en la Constitución. Pretendiendo armonizar los programas de servicios de salud que realice el gobierno federal con los que llevan a cabo los gobiernos de las entidades federativas y el concurso de los sectores sociales y privado que prestan sus servicios, con la finalidad de dar cumplimiento al derecho a la protección de salud.

En el capítulo 3 se analizan las características y problemática del sistema de salud en México, partiendo del gasto público en salud, tomando como referencia a la Organización Mundial de la Salud, donde recomienda a los Estados invertir en el gasto en salud por lo menos el 8 por ciento de su Producto Interno Bruto. Sin embargo, alcanzar este porcentaje no equivale a que se le dé rubro una mayor importancia en términos de políticas públicas ni que ésta sea una prioridad del gobierno, bajo esa tesitura se indagará sobre la infraestructura, accesibilidad, calidad, disponibilidad del sistema de salud, para lo cual se presentan indicadores sobre la problemática con la cual cuenta el sistema de salud.

Finalmente, en el capítulo 4 se indican las bases para los diseños de protección a la salud de manera que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, sin que la población sufra gastos de sus bolsillos, ya que éste es uno de los principales problemas por los cuales las personas se empobrecen.

CAPÍTULO 1

EL DERECHO A LA SALUD

1.1 Definición del derecho a la salud

La salud es un valor de gran importancia dentro de la vida del ser humano y del Estado, por lo que “la construcción de la idea de la salud como un derecho fundamental comenzó a ser desarrollada, en medio de controversias políticas y doctrinarias, desde inicios del siglo XX. Este proceso supuso la conversión paulatina de algunas tareas realizadas por la medicina privada como obligaciones para el Estado”².

De esta forma, en 1946 se dio un paso importante para el reconocimiento y definición del derecho a la salud al establecerse en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que: “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social”. Esta misma Constitución definió a la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y de enfermedades”³.

Dos años después, en el artículo 25, párrafo primero, de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, se reconoció el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, así

² Enrique González, “El Derecho a la salud” en V. Abramvich, Ch Coutis y M. J. Añon, *Los Derechos Sociales Instrucciones de uso*, Fontamara, México, 2003, p. 143.

³ Organización Mundial de la Salud, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud Conferencia Internacional de la Salud*, Génova: Documentos básicos. Suplemento de la 45ª edición, Italia, 2006, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

como la alimentación, el vestido, la vivienda y los servicios de asistencia médica y sociales necesarios; y también el derecho a la seguridad social⁴.

Posteriormente, en la Declaración de Alma-Ata, en 1978, se señaló derecho a la salud “es un derecho humano fundamental, y el logro del nivel salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo mundo, cuya realización requiere de la intervención de otros muchos sociales y económicos, además del sector salud”⁵. A partir de entonces, tratados internacionales así como constituciones nacionales comenzaron a referirse a la salud como un derecho fundamental y la definieron de diversas formas. En la actualidad el documento que ha adquirido mayor trascendencia es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1976, que en su artículo 12 reconoce el derecho a la salud al señalar: “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”⁶.

La importancia del PIDESC se debe, entre otras razones, a que el Comité que vigila la observancia del pacto ha realizado importantes esfuerzos para definir el derecho a la salud con la mayor claridad posible, establecer el contenido mínimo esencial del mismo y precisar el tipo de obligaciones en esta materia que contraen los Estados al firmar el PIDESC⁷, siendo de gran utilidad en esta actividad, las observaciones finales que ha publicado el Comité respecto de los informes que los Estados firmantes del PIDESC rinden obligatoriamente a dicho órgano. No obstante,

⁴Organización de las Naciones Unidas, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, Asamblea General de las Naciones Unidas, <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

⁵ Organización Mundial de la Salud, *Alma-Ata 1978 Atención Primaria de Salud*, Organización Mundial de la Salud, serie salud para todos, nº 1. 1978, p. 2, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

⁶ Organización de las Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1976, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

⁷ Pérez Argüelles Mariana, *Cinco miradas sobre el derecho a la salud: Estudios de caso en México, el Salvador y Nicaragua*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2010, p.20.

el documento más importante en la materia es la Observación General 14 (O.G. 14) que el Comité presentó en abril de 2000.

La O.G. 14 precisa que “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”⁸ y en su párrafo cuarto, la O.G. 14 señala que “Al elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades. Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al "más alto nivel posible de salud física y mental" no se limita al derecho a la atención de la salud.” Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo segundo, 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.

⁸Organización de las Naciones Unidas, *Observación General número 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel de posible salud*, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20So c%20Cult.html#GEN14

El propio Comité señala que el Estado no puede garantizar la buena salud ni brindar la protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano, por lo que “el derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”⁹.

Por lo tanto el derecho a la salud se puede definir como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, el cual debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios. Para lograr esto, el Estado debe desarrollar un sistema de protección a la salud que brinde a las personas la igualdad de oportunidades para su disfrute”¹⁰.

Dicho concepto ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance, en función de que se están teniendo en cuenta más elementos determinantes de la salud, como: la distribución de los recursos; las diferencias basadas en la perspectiva de género; aspectos de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado; enfermedades anteriormente desconocidas, como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades, como el cáncer, que han adquirido mayor difusión; y el rápido crecimiento de la población mundial, entre otros, que han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud.

⁹ *Ibíd*em, párrafo 8.

¹⁰ Este concepto del derecho a la salud se formula en base al concepto del “más alto nivel posible de salud”, del párrafo primero del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y del párrafo noveno de la Observación General n°14 del Comité DESC.

En ese contexto la O.G. 14 y el Comité DESC han establecido los principales factores determinantes de la salud, que son:

1. Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
2. Alimentos aptos para el consumo;
3. Nutrición y vivienda adecuadas;
4. Condiciones de trabajo y un medio ambiente sano;
5. Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud incluida la salud sexual y reproductiva;
6. Igualdad de género.

Asimismo, en su párrafo 12 de la O.G. 14 ha establecido que el derecho a la salud comprende los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, que se reflejan en obligaciones específicas para los Estados parte y cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes de cada uno de ellos:

1. La disponibilidad. Supone la existencia de bienes, servicios y centros de atención. Los elementos mínimos que deben estar disponibles son: condiciones sanitarias adecuadas, agua limpia y potable, hospitales, clínicas, personal médico y profesional capacitado, así como medicamentos esenciales.

2. La accesibilidad. Se traduce en cuatro dimensiones básicas:

a) No discriminación en el acceso a servicios y bienes. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos

b) Accesibilidad física y geográfica a los establecimientos. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial 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, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

c) Accesibilidad económica de bienes. 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. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaigan una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

d) Acceso a la información. Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

3. La aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que 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.

4. Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Por otra parte, el derecho a la salud establece la obligación mínima que tiene el Estado en este aspecto, por lo que conviene hacer una breve precisión sobre lo que significa esta noción. Los derechos fundamentales no son absolutos e ilimitados y, por lo tanto, pueden y deben ser precisados por los Poderes del Estado a través de sus facultades legislativas y reglamentarias¹¹. Sin embargo, el párrafo 43 de la O.G. 14 precisa que las restricciones que pueden llevar a cabo los poderes públicos de los derechos fundamentales deben tener límites, uno de ellos es el contenido mínimo de cada derecho. Este contenido mínimo supone la existencia de un núcleo básico en cada derecho que es inaccesible para los poderes públicos, misma que la doctrina ha denominado contenido mínimo esencial. El objetivo de este contenido mínimo es garantizar que el Estado quede siempre obligado a asegurar una protección mínima indispensable de cada derecho para todos los ciudadanos. Se trata de una esfera de protección básica que no puede restringirse sin incurrir en inconstitucionalidad¹². Es importante señalar que este contenido debe entenderse como un punto de inicio y nunca como un punto de llegada, ya que es el límite elemental que el Estado debe cumplir y a partir del cual se debe construir y ampliar la potencialidad protectora del derecho.

Asimismo, en el mismo párrafo el Comité de la DESC ha señalado que de la interpretación conjunta de la Observación General número 3, el Programa de

¹¹ Organización Mundial de la Salud, *El derecho a la salud*, Folleto informativo nº 31, Génova, Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionario para los Derechos Humanos, OMS, 2008, p. 36.

¹² Organización de las Naciones Unidas, op. Cit., nota 8, párrafo 39.

Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y la Declaración de Alma Ata, existe una orientación inequívoca sobre las mínimas con las que deben cumplir todos los Estados, por lo que el Comité como obligaciones básicas, las siguientes:

a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que se respecta a los grupos marginados.

b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura para garantizar que nadie padezca hambre.

c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y a condiciones sanitarias básicos, así como el suministro adecuado de agua limpia y potable.

d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos esenciales de la OMS.

e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;

f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos,

deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados¹³.

1.2. Obligaciones del Estado

Para que cualquier derecho sea garantizado, no basta con identificarlo, es necesario establecer las obligaciones que se le imponen al Estado, en este sentido, el Comité señala que si bien es cierto existen recursos escasos que pueden obstaculizar el cumplimiento del derecho a la salud, ello no exime a los Estados del cumplimiento de algunas obligaciones legales de carácter general que deben ser puestas en marcha de forma inmediata.

En relación con el derecho a la salud, dichas obligaciones son:

a) La garantía de que el derecho a la salud podrá ser ejercido sin discriminación alguna.

b) La obligación de adoptar medidas inmediatas para hacer plenamente efectivo el derecho. Estas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

c) La obligación de garantizar el nivel o contenido mínimo o esencial de los derechos.

d) La obligación de realización progresiva del derecho que supone el avance concreto y constante, de forma expedita y eficaz, para alcanzar su plena realización. Esta obligación de progresividad supone una fuerte presunción de que no son permitidas las medidas regresivas¹⁴.

¹³ Organización de las Naciones Unidas, op. cit., nota 8, párrafo 43

¹⁴ *Ibíd*em, párrafos 30 a 32.

Aunado a estas obligaciones, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados, consistentes en la obligación de respetar, proteger y cumplir dicho derecho.

Las obligaciones de respeto suponen que los Estados deben realizar aquellas prácticas que puedan lesionar a los ciudadanos o que impidan la auto tutela del derecho, por ejemplo: el Estado debe abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos los presos, los solicitantes de asilo, los representantes de las minorías a los servicios de salud; deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios para mantener la salud sexual; también debe abstenerse en la aplicación de tratamientos médicos coercitivos; debe abstenerse de contaminar la atmósfera, el agua y la tierra mediante desechos industriales u otros que contaminen y afecten la salud de las personas, etc.

Referente a la obligación de protección se entiende que el Estado tiene el deber de impedir que terceros vulneren el derecho a la salud. Se le exige al Estado que proteja a los ciudadanos frente a posibles intervenciones arbitrarias de otros actores potenciales violadores del derecho. Debido a que los derechos fundamentales también pueden ser vulnerados por agentes privados, el Estado debe ampliar su esfera de protección hasta este ámbito. Ejemplos de esta obligación: que el Estado desarrolle leyes que velen por el acceso igual de todas las personas a los servicios de salud proporcionados por terceros; que el Estado vigile que los procesos de privatización no se traduzcan en una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud; que el Estado establezca controles sobre la comercialización y utilización del equipo médico y de los medicamentos, asegurando su calidad; que el Estado garantice que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios de salud, etc.

Respecto a la obligación de cumplir, el Estado debe adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para garantizar la plena efectividad del derecho. Los ejemplos pueden ser los siguientes: que los Estados reconozcan el derecho a la salud dentro de sus sistemas jurídicos mediante la creación de leyes y el diseño de una política nacional de salud; que garanticen la apropiada formación del personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales y clínicas y establezcan un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos; que adopte medidas contra los peligros que para la salud representa la contaminación del medio ambiente¹⁵.

1.3. El derecho a la salud en el marco jurídico mexicano

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 ha sido reconocida como precursora de derechos y garantías sociales e individuales, y para abordar el derecho a la salud en México es conveniente hacer una distinción entre los derechos individuales, como pueden ser los de libertad o propiedad, y los derechos sociales, como el derecho a la salud. La diferencia radica en la actitud que asume el Estado frente a cada uno de ellos. El Estado toma una postura vigilante ante los individuales, cuidando que se ejerzan dentro de los límites previamente establecidos, mientras que respecto de los derechos sociales, interviene a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de satisfacer una necesidad pública¹⁶. Es decir, los sociales implican la obligación que tiene el Estado de generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda ejercerse, con lo cual se obliga al Estado a hacer y brindar ciertos servicios a la sociedad para garantizar su derecho, como

¹⁵ *Ibíd*em, párrafos 37 y 39

¹⁶ Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), *Indicadores sobre el Derecho a la salud en México*, México, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2011, p. 39, http://www.pudh.unam.mx/repositorio/OACNUDH%20Indicadores_Salud,%202010.pdf

sería el caso de promover servicios de salud, asegurar a las mujeres embarazadas durante el embarazo y después de éste, al igual que al recién nacido.

Es por eso que en México el derecho de protección de la salud es los derechos sociales, lo que obliga al Estado a garantizarlo y protegerlo, ofreciendo una serie de prestaciones y medios necesarios para satisfacer las necesidades relativas a ese derecho. Puede reconocerse que la faceta más visible de los derechos sociales son las obligaciones de hacer, y es por ello que se los denomina "derechos-prestación"¹⁷.

Ahora bien, el derecho de la salud se encuentra reconocido en el cuarto párrafo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que enuncia: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución"¹⁸.

En este punto es importante señalar, que en la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como un derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia¹⁹. Ésta es la lógica que anima la redacción de la fracción XXIX del

¹⁷ Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, *Los derechos sociales como derecho exigibles*, 2ª ed., Madrid, Trotta, p. 25.

¹⁸ México. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, op. cit., nota 1

¹⁹ Pérez Argüelles Mariana, Op. Cit., nota 7, p.20.

apartado A del artículo 123 en el Título Sexto: “Del trabajo y la previsión social”, así como la promulgación de la Ley del Seguro Social en 1943.²⁰

Y para 1983 se adiciona el concepto “Protección de la salud” al artículo 4 artículo 4 estipula: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...” salud...”.

Esto con el propósito de consagrar el derecho a la protección de la salud, salud, en el fundamento de un sólido e integrado Sistema Nacional de Salud en el mediano plazo, todos los mexicanos tengan acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección restauración y mejoramiento de sus niveles de salud²¹.

Cabe mencionar que el artículo 4º Constitucional no solamente se refiere a la protección de la salud, sino también contempla otros derechos como son:

1. El varón y la mujer son iguales ante la ley.
2. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.
3. Toda persona tiene derecho a la alimentación, nutritiva, suficiente y de calidad.
4. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar.
5. Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua.
6. Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa.
7. Los derechos de los niños
8. Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura, así como a la cultura física y a la práctica del deporte

²⁰ Mayer-Serra, Carlos Elizondo, “El derecho a la protección de la salud”, *Salud pública de México*, México, 2007, vol.49, n.2, pp. 144-155, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

²¹ Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2000, p. 28, <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/80/tc.pdf>

1.3.1 Legislación Federal

A continuación se hará un breve repaso por la legislación federal que aborda el tema del derecho a la salud, estudiando sus objetivos y finalidades.

1.3.2. Ley General de Salud

El derecho a la protección de la salud señalado en el artículo 4º Constitucional es reglamentado a través de la Ley General de Salud, misma que en su artículo 1º regula el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, siendo de aplicación en toda la República y sus disposiciones de orden público e interés social²².

Y tiene como finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que 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

²² México. *Ley General de Salud*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, México <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.²³

La Ley General de Salud reconoce como autoridades sanitarias al presidente de la república, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas así como el Gobierno del Distrito Federal, de igual manera la Ley General de Salud, manifiesta que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.²⁴

De esta manera el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y personas con discapacidad, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;

²³ *Ibíd*em, artículo 2º.

²⁴ *Ibíd*em, artículo 4º y 5º.

- V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;
- VII.- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección;
- VIII.- Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud, y
- IX.- Promover el desarrollo de los servicios de salud con base en la integración de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de atención a la salud²⁵.

Y el Sistema Nacional de Salud, estará a cargo de la Secretaría de Salud, la cual entre su competencia destaca lo siguiente:

1. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;
2. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;
3. Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
4. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;
5. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;
6. Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes;

²⁵ Ibídem, artículo 6º.

7. Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud;
8. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud²⁶;

Entre las leyes federales que garantizan o protegen el derecho a la salud de distintos sectores de la población, ya sea a través de las obligaciones de instituciones o normas que regulan la oferta de servicios de salud, se encuentran además:

a) La Ley del Seguro Social. Establece que la seguridad social tiene por 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 cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. Esta seguridad social estará a cargo de las dependencias públicas federales o locales y de organismos descentralizados²⁷.

b) La Ley Federal del trabajo. Señala que el trabajo es un derecho y un deber social, que no es un artículo de comercio, exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta, y debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia.

Establece también que cuando se ponga en peligro la salud de la mujer o la del producto, ya sea durante el estado de gestación o el de lactancia y sin que sufra perjuicio en su salario, prestaciones y derechos, no se podrá utilizar su trabajo en labores insalubres o peligrosas, trabajo nocturno industrial, en

²⁶ *Ibíd*em, artículo 7º.

²⁷ México. *Ley del Seguro Social*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, México, artículos 1º y 2º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>

establecimientos comerciales o de servicio después de las diez de la noche, así como en horas extraordinarias.²⁸

c) La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Esta Ley garantiza a los derechohabientes la de medicina preventiva, del seguro de enfermedades y maternidad y de los servicios de rehabilitación física y mental.²⁹

d) La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Señala que las autoridades correspondientes desarrollaran tareas a fin de garantizar el impulso de acciones que aseguren la igualdad de acceso de mujeres y hombres a la alimentación, la educación y la salud, y promoverán investigaciones con perspectiva de género en materia de salud y seguridad en el trabajo.³⁰

e) La Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia. Establece que la violencia laboral y docente se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica, y consiste en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad.³¹

²⁸ México. *Ley Federal del Trabajo*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de abril de 1970, México, artículos 3º, 58º, 59º y 166º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>.

²⁹ México. *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2007, México, artículo 27º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>.

³⁰ México. *Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 2006, artículos 39º y 40º <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>.

³¹ México. *Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de febrero de 2007, artículo 10º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>.

Dicha ley crea un apartado en la Sección Sexta, artículo 46, sobre las obligaciones de la Secretaría de Salud en materia de la lucha contra la violencia, violencia, entre las que se encuentran las siguientes:

1. En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la erradicación de la violencia en su contra;

2. Brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas;

3. Crear programas de capacitación para el personal del sector salud, respecto de la violencia contra las mujeres y se garanticen la atención a las víctimas y la aplicación de las normas oficiales mexicanas vigentes en la materia;

4. Establecer programas y servicios profesionales y eficaces, con horario de veinticuatro horas en las dependencias públicas relacionadas con la atención de la violencia contra las mujeres;

5. Brindar servicios reeducativos integrales a las víctimas y a los agresores, a fin de que logren estar en condiciones de participar plenamente en la vida pública, social y privada;

6. Difundir en las instituciones del sector salud, material referente a la prevención y atención de la violencia contra las mujeres;

7. Canalizar a las víctimas a las instituciones que prestan atención y protección a las mujeres;

8. Mejorar la calidad de la atención, que se preste a las mujeres víctimas;

9. Participar activamente, en la ejecución del Programa, en el diseño de nuevos modelos de prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres, en colaboración con las demás autoridades encargadas de la aplicación de la presente ley;

10. Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres.

f) La Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes. Esta Ley, al igual que la Ley General de Salud, tiene su fundamento en el artículo 4° Constitucional y tiene por objeto garantizar a niñas, niños y adolescentes la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución, entre ellos el derecho a la salud, y en su artículo 28 señala las siguientes obligaciones referentes al derecho a la salud:

1. Reducir la mortalidad infantil.
2. Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.
3. Promover la lactancia materna.
4. Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.
5. Fomentar los programas de vacunación.
6. Ofrecer atención pre y post natal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta ley.
7. Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.
8. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.
9. Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, les mejore su calidad de vida, les reincorpore a la sociedad y los equipare a las demás personas en el ejercicio de sus derechos.

10. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar³².

g) Ley de Asistencia Social. En su artículo 2º manifiesta que las disposiciones de esta Ley son de orden público e interés general, y tienen por objeto sentar las bases para la promoción de un Sistema Nacional de Asistencia Social que fomente y coordine la prestación de servicios de asistencia social pública y privada e impulse la participación de la sociedad en la materia.

En su artículo 3º define a la asistencia social como el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva³³.

h) Ley de los derechos de las Personas Adultas Mayores. Esta Ley tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento.

En materia de derechos a la salud, señala que las personas adultas mayores tienen derecho al acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral, a tener acceso preferente a los servicios de salud, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y

³²México. *Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2000, artículos 1º y 28º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf>

³³ México. *Ley de Asistencia Social*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de septiembre de 2004, artículos 2º y 3º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270.pdf>

psicoemocional; a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene; así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal³⁴.

i) Ley de Desarrollo Rural Sustentable. Las disposiciones de esta Ley dirigidas a promover el desarrollo rural sustentable del país, propiciar un ambiente adecuado y garantizar la rectoría del Estado y su papel en la de la equidad.

Respecto a la salud, señala que los programas del Gobierno federal deberán impulsar la salud como generador de bienestar social³⁵.

j) Ley General de las Personas con Discapacidad. Esta Ley señala que los derechos que la misma establece serán reconocidos a todas las personas con discapacidad, sin distinción por origen étnico o nacional, género, edad, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil, o cualquiera otra que atente contra su dignidad.

En materia de salud señala que las personas con discapacidad tienen derecho a servicios públicos para la atención de su salud y rehabilitación integral, para lo cual las autoridades competentes deberán diseñar, ejecutar y evaluar programas para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral y rehabilitación para las diferentes discapacidades, crear programas de educación para la salud para las personas con discapacidad, establecer los mecanismos para garantizar servicios de atención y tratamiento psicológicos, elaborar y expedir normas técnicas para la atención de las personas con discapacidad con el fin de que los centros de salud y de rehabilitación dispongan de

³⁴ México. *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002, artículo 5º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>

³⁵ México. *Ley de Desarrollo Rural Sustentable*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de diciembre de 2001, artículos 1º y 5º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/235.pdf>.

instalaciones y equipos adecuados para la prestación de sus servicios, asimismo, promover la capacitación del personal médico y administrativo en los centros de salud y rehabilitación del país, entre otras³⁶.

k) Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Esta ley tiene por objeto prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en los términos del artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y promover la igualdad de oportunidades y de trato. Para lo cual, el Estado deberá promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas. Define a la discriminación como toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. Y señala que se considerarán conductas discriminatorias entre otras, el negar la asistencia religiosa a personas privadas de la libertad, que presten servicio en las fuerzas armadas o que estén internadas en instituciones de salud o asistencia, así como el obstaculizar las condiciones mínimas necesarias para el crecimiento y desarrollo saludable, especialmente de las niñas y los niños. En materia de salud e igualdad de oportunidades para las mujeres, la Ley establece que los órganos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia, llevarán a cabo, medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad, como las de ofrecer información completa y actualizada, así como asesoramiento personalizado sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos y garantizar el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijas e

³⁶ México. *Ley General de las Personas con Discapacidad*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2005, artículos 4º y 7º, <http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/leypersonasdiscapacidad.pdf>.

hijos, estableciendo en las instituciones de salud y seguridad social las condiciones para la atención obligatoria de las mujeres que lo soliciten³⁷.

I) Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente. es reglamentaria del artículo 4º Constitucional y tiene por objeto propiciar el desarrollo sustentable y establecer las bases para, entre otras cosas, derecho de toda persona a vivir en un medio ambiente adecuado para su desarrollo, salud y bienestar. Establece que para la formulación y conducción de la política ambiental y la expedición de normas oficiales mexicanas, demás instrumentos previstos en esta Ley, en materia de preservación y restauración del equilibrio ecológico y protección al ambiente, el Ejecutivo Federal observará entre otros, el principio de que toda persona tiene derecho a disfrutar de un ambiente adecuado para su desarrollo, salud y bienestar³⁸.

1.4. El derecho a la salud en el ámbito internacional

El derecho a la salud se encuentra previsto en diferentes pactos internacionales, entre los cuales destacan los siguientes:

1. La Declaración Universal de los derechos humanos, que en su artículo 25 dispone:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido,

³⁷ México. *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003, artículos 1º, 2º, 4º y 10º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>.

³⁸ México. *Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 1988, artículo 1º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/148.pdf>

la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, que en su artículo 12 establece:

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.³⁹

3. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 21 de diciembre de 1965, que en su artículo 5° señala que el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales son derechos que deben garantizarse sin distinción de raza, color, origen nacional o étnico.

4. La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 18 de diciembre de 1979, que en su artículo 11 dispone:

³⁹ Organización de las Naciones Unidas, op. cit., nota 6, artículo 12

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, 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.⁴⁰

En tanto que en su artículo 12, precisa que los Estados Partes deberán adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de atención médica, a fin de asegurar el acceso a servicios de salud, en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Señala además que los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

5. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, del 17 de noviembre de 1988, que en su artículo 10º, sobre el derecho a la salud, establece:

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:

⁴⁰Organización de las Naciones Unidas, *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, artículo 11º inciso f, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>.

- a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

6. La Convención sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989, en su artículo 24 reconoce lo siguiente:

- 1. El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a los servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Señala que los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de los servicios de salud.
- 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
 - a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
 - b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
 - c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
 - d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
 - e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las

ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.⁴¹

6. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006) señala, en su artículo 16, que los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole para proteger a las personas con discapacidad, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

Además, reconoce, en su artículo 25, que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad y que los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, señala la Convención los Estados Partes aplicarán las siguientes medidas:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

⁴¹ Organización de las Naciones Unidas, *Convención sobre los Derechos del Niño*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, artículo 24, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad.⁴²

⁴² Organización de las Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, artículos 16º y 25º, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

CAPÍTULO 2

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Es a principios del siglo XX cuando el Estado mexicano empezó a participar en ciertas actividades de salud pública, ya que anteriormente, afirma Ruiz, los hospitales no eran instituciones médicas a cargo del Estado, ni la medicina una profesión hospitalaria, en virtud de que funcionaban bajo esquemas de caridad y quienes trabajaban en ellos lo hacían para expiar culpas o servir a Dios atendiendo a los desprotegidos; fue con la independencia del país cuando estos esquemas entraron en un franco período de decadencia a consecuencia de la inestabilidad política, conflictos armados⁴³, además, según Chertorivski, la desamortización de los bienes del clero dio lugar a que las instituciones de asistencia en el Distrito Federal quedaran bajo el control del gobierno federal, y por tanto, éste ejercía la vigilancia de los establecimientos asistenciales administrados por el ayuntamiento⁴⁴.

Después de la revolución mexicana el país tuvo grandes cambios referentes a la salud, principalmente por la demanda del sector obrero para proteger su salud y la necesidad de regularizar las instituciones de salud, surgiendo al efecto diversas instituciones de salud; posteriormente se crearía la Secretaría de salud y un sistema nacional de salud.

2.1 Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se constituye con la finalidad de cumplir con los propósitos del derecho a la protección de la salud garantizado por la Constitución y para armonizar los programas de servicios

⁴³ Ruiz Medina, Manuel Ildelfonso, Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México, Universidad Autónoma de Sinaloa, tesis, eumed.net, p. 116, <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/indice.htm>

⁴⁴ Chertorivski Woldenberg, Salomón, *Manual de Organización General de la Secretaria de Salud*, México, 2012, p. 1, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n236.pdf>

de salud que realice el gobierno federal conjuntamente con los gobiernos de las entidades federativas y el concurso de los sectores sociales y privado que prestan sus servicios, con la finalidad de dar cumplimiento al derecho a la protección de salud.

Para cumplir con este propósito, señala Campero, las estrategias señaladas señaladas al Sistema Nacional de Salud, son: sectorización, descentralización de los servicios de salud, coordinación de la comunidad⁴⁵.

Para lograr los propósitos anteriores se considera necesaria la coordinación de los servicios personales e institucionales, puesto que sólo de esta forma se puede responder a las demandas de la sociedad.

El sistema de salud en México se encuentra dividido en tres grandes grupos, y el acceso a la atención se encuentra a cargo de varias instituciones de acuerdo con la prestación laboral y la capacidad de pago de las personas.

El primer grupo corresponde a las instituciones de seguridad social, que atiende a personas llamadas derechohabientes, mismas que se caracterizan por haber cotizado cuotas obrero-patronales; dichas instituciones son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), etc.

El segundo grupo corresponde a un sistema de atención dirigido a la población abierta o no asegurada, en el que se incluyen los servicios otorgados por la Secretaría de Salud, en los ámbitos federales o estatales en zonas rurales y en zonas urbanas, el programa del IMSS-Oportunidades, el Seguro Popular. La Secretaría de Salud cobra cuotas por atención según un tabulador socioeconómico, por lo que las personas pagan cuotas de prepago en base al

⁴⁵ Campero Yáñez, H. Valentín, *La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud en México*, México, Instituto Nacional de Administración Pública, 2000, p.61

mencionado tabulador y quienes son demasiado pobres reciben un subsidio para pagar el seguro.

El tercer grupo está conformado por el sector privado al que la puede acudir, sobre todo quienes poseen la capacidad económica necesaria para solventar los gastos generados por esta atención; dentro de los servicios privados se halla una amplia red de consultorios, farmacias y hospitales pequeños que atienden a personas de escasos recursos, así como hospitales dirigidos a la clase medias y ricas, equipados con todas las especialidades⁴⁶.

2.2. Breve repaso de la historia de la salud en México

En materia de salud, en 1846 se creó en México el Consejo Superior de Salubridad y en 1872 las Juntas de Salubridad en cada uno de los Estados, así como Juntas de Sanidad en los Puertos.

1894. Se expidió el primer Código Sanitario, el cual concedió facultades al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios.

1899. Entró en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, la cual establecía una Junta para promover y vigilar los establecimientos.

1905. Se crea el Hospital General de México.

⁴⁶ Soto Estrada Guadalupe, Rasgos Generales del sistema de salud en México, Antología, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 2012, p. 152 a 153.
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/15.pdf>

1917. Se crea el Consejo de Salubridad General y destaca la nueva Constitución, el Capítulo IV del artículo 123 la responsabilidad de los patrones, y patrones, y en el 1982 se establece las bases fundamentales de la seguridad seguridad social de los trabajadores.

1922. Se crea la Escuela de Salubridad, la primera de América Latina, Latina, formadora de profesionales de la medicina, hoy denominada Escuela de Salud Pública de México.

1925. Se amplía el ámbito de influencia de los servicios sanitarios del país a los territorios, puertos, fronteras y a todas las entidades federativas.

1931. Con el apoyo de la Fundación Rockefeller y por iniciativa del Departamento de Salubridad Pública nacen los servicios de Higiene Rural, con servicios de vacunación, higiene escolar y materno-infantiles.

1934. Entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, que contempló la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados para que se crearan los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales de competencia coordinada y concurrente, para así sumar los esfuerzos de los niveles de gobierno y lograr la unificación técnica de los servicios.

1935. Se crea el servicio social para extender la atención a la salud a las comunidades rurales del país y para profundizar el conocimiento del Departamento de Salubridad Pública sobre las condiciones locales de salud.

1937. Nace la Secretaría de Asistencia Pública, con la que se fusionaron el Departamento de Asistencia Social Infantil y la Junta de Beneficencia Pública.

1943. Nace la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fusionando el Departamento de Salubridad Pública en la Secretaría de Asistencia así como la

primera generación de reformas del sistema de salud, la Ley del Seguro Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

1944. Da inicio la prestación de servicios por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal.

1947. Se publicó la Ley de Secretarías y Departamentos, la cual otorgó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia pública. Ese mismo año, se confió a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

1954. Se creó la Comisión Nacional de Hospitales. Por decreto se encomendó, a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la tarea de orientar los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias y se declaró de interés y beneficio social la campaña para erradicar el paludismo.

1958 a 1964. Se amplía la cobertura en salud, hasta alcanzar niveles de un 17% de la población nacional.

1960. Con las reformas al artículo 123 Constitucional, que otorgó derechos sociales a los trabajadores del Estado, nace el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

1970. Llega a su límite el modelo sanitario, los servicios se encaren con la demanda, el sistema no llegaba a la población rural, las enfermedades no transmisibles se incrementaron, se recurre al servicio privado.

1977. Con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se estableció el Sector Salud, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actuaron en el campo de la salud.

1979. Se implemente el Programa IMSS Coplamar, denominado después IMSS-Solidaridad y luego IMSS-Oportunidades para ofrecer cobertura a la zona rural.

1983. Destacó por la adición al párrafo penúltimo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero, en la que se estableció el derecho a la protección de la salud como una garantía social.

En ese mismo año se abroga el Código Sanitario y se publica la Ley General de Salud, se cambia de nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por Secretaría de Salud y los servicios de salud para la población no asegurada se descentralizan a los gobiernos estatales. El sector salud quedó integrado por todas las entidades e instituciones de la Administración Pública Federal, teniendo como coordinadora a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

1984. Se emitió la Ley General de Salud, que definió la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades y atribuciones de la Secretaría en su carácter de coordinadora de dicho Sistema. En ese mismo año se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las bases de coordinación para la integración y descentralización de los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Departamento del Distrito Federal.

1985. Se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud.

1991. Se realizaron modificaciones a la Ley General de Salud en las materias de planificación familiar, efectos del ambiente en la salud, control sanitario de medicamentos, estupefacientes, psicotrópicos, publicidad, control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, así como de autorizaciones sanitarias y sanciones administrativa.

Se publicó en el Diario Oficial de la Federación el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y el Acuerdo de Adscripción de sus Unidades Administrativas, con fechas 6 de agosto y 18 de diciembre de 1997, respectivamente, los cuales reflejaron los cambios en la estructura orgánica.

En septiembre de 2000 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y el 31 de octubre del mismo año, el Acuerdo de Adscripción Orgánica de las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud⁴⁷.

2.3. La Secretaría de Salud

⁴⁷ Fuente: Elaboración propia en base a: Campero Yáñez, H. Valentín, La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud en México, México, Instituto Nacional de Administración Pública, 2000, p.75 a 77; Ruiz Medina Manuel Ildefonso, Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México, México, Universidad Autónoma de Sinaloa, tesis, eumed.net, p.107, <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/indice.ht>; Chertorivski Woldenberg, Salomón, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 19 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 7, fracción XIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, "Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, México, 2012, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, p. 2 a 5. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n236.pdf>; Frenk Julio y Gómez-Dantés Octavio. et. Al., "Sistema de Salud de México", Salud Pública México, México, 2011; Volumen 53, número 2, pp. 220-232, p.224.

La Secretaría de Salud tiene la función de coordinar los programas y acciones de las instituciones de salud, para cumplir con los objetivos específicos señalados en la Ley General Salud.

La Secretaría de Salud, como coordinadora del sector salud según la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, los acuerdos de sectorización y el Programa Nacional de Salud, tiene como propósito fundamental establecer y dictar la política general en materia de salud, misma que deberán instrumentar las instituciones a ella sectorizadas para lograr una cobertura en los servicios de salud a nivel nacional.

El artículo 10º de la Ley General de Salud establece que la Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud, de los prestadores de servicios de salud, de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan. Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece, en su artículo 39, los asuntos que le corresponden a la Secretaría de Salud:

- I.- Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como 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 y 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; y administrar el patrimonio de

- la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud;
- IV.- Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores;
- 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 y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará 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;
- 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;
- 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;

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 trabajo⁴⁸.

En el año 2000, como ya se señaló, se publicó el nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y el 31 de octubre del mismo año, el Acuerdo de Adscripción Orgánica de las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud, que reflejaron cambios en su estructura orgánica.

2.4. Instituto Mexicano Del Seguro Social

En 1943 surgió el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo objetivo fundamental consiste en establecer y desarrollar los programas de seguridad social, para todos los trabajadores protegidos por la Ley Federal del Trabajo, que incluyen: prestaciones económicas y sociales, actividades recreativas y culturales, así como la asistencia médica para el trabajador y sus familiares.

Dentro de la Ley del Seguro Social en el artículo 251 establece las facultades y atribuciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, y que son las siguientes:

⁴⁸Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 1976, México, artículo, 39, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153.pdf>.

1. Administrar los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia, adicionales y otros, así como prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta Ley;
2. Satisfacer las prestaciones que se establecen en esta Ley. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones de esta Ley;
3. En general, realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines, así como aquéllos que fueren necesarios para la administración de las finanzas institucionales;
4. Adquirir bienes muebles e inmuebles, para los fines que le son propios;
5. Establecer unidades médicas, guarderías infantiles, farmacias, velatorios, así como centros de capacitación, deportivos, culturales, vacacionales, de seguridad social para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones salvo las sanitarias, que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas, con actividades similares.
6. Organizar sus unidades administrativas, conforme a la estructura orgánica autorizada;
7. Expedir lineamientos de observancia general para la aplicación para efectos administrativos de esta Ley;
8. Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social;
9. Registrar a los patrones y demás sujetos obligados, inscribir a los trabajadores asalariados y Precisar su base de cotización aun sin previa gestión de los interesados y a los trabajadores independientes a su solicitud, sin que ello libere a los obligados de las responsabilidades y sanciones por infracciones en que hubiesen incurrido;
10. Dar de baja del régimen obligatorio a los patrones, sujetos obligados y asegurados, verificada por el Instituto la desaparición o inexistencia del supuesto de hecho que dio origen a su aseguramiento, aun cuando el patrón o sujetos obligados hubiesen omitido presentar el aviso de baja respectivo, sin perjuicio de las sanciones previstas en esta Ley;
11. Recaudar y cobrar las cuotas de los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales,

salud para la familia y adicionales, los capitales constitutivos, así como sus accesorios legales, percibir los demás recursos del Instituto, y llevar a cabo programas de regularización de pago de cuotas. De igual forma, recaudar y cobrar las cuotas y sus accesorios legales del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez;

12. Establecer los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones;

13. Determinar los créditos a favor del Instituto y las bases para la liquidación de cuotas y recargos, así como sus accesorios y fijarlos en cantidad líquida, cobrarlos y percibirlos, de conformidad con la presente Ley y demás disposiciones aplicables.

14. Las liquidaciones de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez podrán ser emitidas y notificadas conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al Fondo Nacional de la Vivienda por el personal del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, previo convenio de coordinación con el citado Instituto;

15. Determinar la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás sujetos obligados en los términos de esta Ley, aplicando en su caso, los datos con los que cuente o con apoyo en los hechos que conozca con motivo del ejercicio de las facultades de comprobación de que goza como autoridad fiscal o bien, a través de los expedientes o documentos proporcionados por otras autoridades fiscales;

16. Ratificar o rectificar la clase y la prima de riesgo de las empresas para efectos de la cobertura de las cuotas del seguro de riesgos de trabajo;

17. Determinar y hacer efectivo el monto de los capitales constitutivos en los términos de esta Ley;

18. Ordenar y practicar visitas domiciliarias con el personal que al efecto se designe y requerir la exhibición de libros y documentos, a fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley y demás disposiciones aplicables;

19. Ordenar y practicar las investigaciones correspondientes en los casos de sustitución patronal y de responsabilidad solidaria previstos en esta Ley y en el Código, y emitir los dictámenes respectivos;

20. Establecer coordinación con las dependencias y entidades de las Administraciones Públicas Federal, Estatales y Municipales, para el cumplimiento de sus objetivos;

21. Revisar los dictámenes formulados por contadores públicos sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley y sus reglamentos, así como imponer a dichos contadores públicos, en su caso, las sanciones administrativas establecidas en el reglamento respectivo;

22. Realizar inversiones en sociedades y empresas que tengan objeto social complementario o afín al del propio Instituto;

23. Celebrar convenios de coordinación con la Federación, entidades federativas, municipios y sus respectivas administraciones públicas, así como de colaboración con el sector social y privado, para el intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos, en los términos previstos en esta Ley;

24. Promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal;

25. Aplicar el procedimiento administrativo de ejecución para el cobro de las liquidaciones que no hubiesen sido cubiertas oportunamente, con sujeción a las normas del Código y demás disposiciones aplicables.

26. Emitir y notificar por el personal del Instituto, las cédulas de determinación de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al fondo nacional de la vivienda, previo convenio de coordinación con el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, en dispositivos magnéticos, digitales, electrónicos o de cualquier otra naturaleza, o bien en documento impreso;

27. Hacer efectivas las fianzas que se otorguen en su favor para garantizar obligaciones fiscales a cargo de terceros, caso en que se estará exclusivamente a lo dispuesto por el Código;

Rectificar los errores aritméticos, omisiones u otros que aparezcan en las solicitudes, avisos o cédulas de determinación presentados por los patrones, para lo cual podrá requerirles la presentación de la documentación que proceda.

28. Así mismo, el Instituto podrá requerir a los patrones, responsables solidarios o terceros con ellos relacionados, sin que medie visita domiciliaria, para que exhiban en las oficinas del propio Instituto, a efecto de llevar a cabo su revisión, la contabilidad, así como que proporcionen los datos, otros documentos o informes que se les requieran;

29. Autorizar el registro a los contadores públicos, para dictaminar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley y comprobar que cumplan con los requisitos exigidos al efecto en el reglamento respectivo;

30. Aprobar las normas y bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Instituto, cuando fuere notoria la imposibilidad práctica de su cobro o la incosteabilidad del mismo. La cancelación de estos créditos no libera al deudor de su obligación de pago;

31. Celebrar convenios con entidades o instituciones extranjeras para la asistencia técnica, intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos y la atención de derechohabientes, bajo el principio de reciprocidad, con las restricciones pactadas en los convenios que al efecto se suscriban, los cuales invariablemente tendrán una cláusula de confidencialidad y no difusión⁴⁹.

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

El 7 de diciembre de 1959 el entonces presidente de México, Adolfo López Mateos, envió al Congreso de la Unión la iniciativa de ley que transformaría a la antigua Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Al mismo tiempo el Ejecutivo presentó al Congreso la iniciativa para elevar a rango constitucional los derechos de los trabajadores públicos mediante la adicción del apartado B al artículo 123⁵⁰. Ambas fueron aprobadas en 1960.

⁴⁹ México, *Ley del Seguro Social*, op. cit., nota 27, artículo 251.

⁵⁰ Carrillo Castro Alejandro, "El ISSSTE: La salud y la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado", *Revista de Administración Pública, Administración del Sector Salud*, México, Instituto Nacional de

Desde su formación se tuvo la visión de conformar un apoyo integro sobre seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas.

Dicha institución tiene “como propósito fundamental prestar servicios sociales a los trabajadores al servicio de la Federación, a los trabajadores de organismos públicos que por la Ley o por Acuerdo Presidencial sean incorporados a su régimen, a los pensionistas de las dependencias y organismos, a los senadores y diputados que integran el H. Congreso de la Unión durante el tiempo de su mandato Constitucional, siempre que hayan acordado individual y voluntariamente su incorporación al régimen de seguridad social del Instituto”⁵¹. El ISSSTE incorpora a todos aquellos trabajadores y derechohabientes, que se rigen por el apartado B del artículo 123 constitucional o por la Ley del ISSSTE.

El ISSSTE otorga seguros, prestaciones y servicios entre los que destacan:

- Atención médica preventiva;
- Atención médica curativa y de maternidad,
- Rehabilitación física y mental;
- De riesgos del trabajo;
- De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y
- De invalidez y vida.
- Préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición en propiedad de terrenos o casas habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras de las mismas; así como para el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos;

Administración Pública, número 69-70, enero- junio, 1987, p. 171, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/69/pr/pr0.pdf>

⁵¹ Campero Yáñez, H. Valentín, Op. Cit., nota 45, pp. 104 y 105.

- Préstamos personales:
- Servicios sociales, consistentes en: a) Programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar b) Servicios turísticos; c) Servicios funerarios, y d) Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil.⁵²

2.6. Seguro Popular

En el año 2000 de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, la población que declaró no tener derecho a instituciones de seguridad social fue de 58.9% (57.1 millones)⁵³. Y aunado a lo anterior en la misma encuesta, los altos costos se habían convertido en el mayor problema del sistema. Ya que uno de cuatro mexicanos había postpuesto su atención médica por problemas económicos y entre los que postergaban principalmente la atención médica eran los enfermos y discapacitados (36%), las personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir (29%), los mayores de 65 años (35%), la población de bajos ingresos (25%) y quienes no están afiliados a alguna institución de seguridad social (28%)⁵⁴.

Es así que para los años de 2001-2005 se creó una estrategia para alcanzar a la población no derechohabiente, por lo que la protección financiera se fundamentó en la estrategia 5 planteada en el Programa Nacional de Salud (PRONASA), cuyo objetivo principal era: “Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un

⁵²Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales, op. cit., nota 29, artículos 3º y 4º.

⁵³Rivero, Vázquez, Samuel (coord.), Encuesta Nacional de Salud 2000, Vivienda, población y utilización de servicios de salud, t. I, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003, p. 49, http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf.

⁵⁴ Ídem.

esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud⁵⁵.

Por lo cual la Secretaría de Salud impulsó el programa que permitía implementar mecanismos de seguridad social, dicho programa se le oficialmente “Programa de Salud para Todos”, conocido comúnmente como Seguro Popular de Salud (SPS), cuyos objetivos principales eran los siguientes:

- a) Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud;
- b) Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del Seguro Popular Salud SPS; y
- c) Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

En 2001, inició su operación en cinco estados piloto: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, posteriormente para el 2002 eran 20 entidades y para el año 2003 se incorporaron 4 entidades.

En sus inicios el régimen financiero era bipartito, de tal forma que el gobierno Federal contribuía con una parte y la familia beneficiaria con otra, de acuerdo a la economía de la persona, de igual manera se estableció un Catalogo de Beneficios Médicos (CABEME), integrado por las siguientes 78 intervenciones o acciones de salud, las cuales son las siguientes:

⁵⁵ Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y Operativos*, Secretaría de Salud, México, 2005, p.27.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf>

2.6.1. Catálogo de Beneficios Médicos

SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA
INMUNIZACIONES, DETECCION Y PREVENCION
<ol style="list-style-type: none">1. Vacuna oral tipo Sabin (contra la poliomielitis)2. Vacuna triple viral SRP (contra sarampión, rubéola y parotiditis) o Vacuna SR (contra sarampión y rubéola)3. Vacuna pentavalente DPT, HB, Hib (contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infección invasiva por H. Influenzae tipo b)4. Vacuna BCG (contra tuberculosis)5. Vacuna Td (contra difteria y tétanos)6. Inmunización del adulto contra neumococo o influenza7. Detección de trastornos de la agudeza visual en niños8. Detección de cáncer cervicouterino9. Detección de cáncer de mama10. Detección de hipertrofia de próstata
SERVICIOS DE CONSEJERIA MEDICA, PSICOLOGICA, DIETA Y EJERCICIO
<ol style="list-style-type: none">11. Vigilancia de la nutrición, crecimiento y consulta del niño sano12. Examen físico para adultos mayores de 40 años (cada 2 años)13. Consejería nutricional y de ejercicio (obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis e hipertensión arterial)14. Grupos de autoayuda para desarrollar conductas saludables15. Detección, consejería y referencia de adicciones16. Consejería sobre salud reproductiva17. Detección y consejería para la prevención de infecciones de transmisión sexual (VIH, sífilis, hepatitis B y clamidia)18. Diagnóstico y consejería del tabaquismo en adolescentes19. Diagnóstico y consejería del alcoholismo
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA
MEDICINA FAMILIAR Y ESPECIALIDADES

20. Detección, diagnóstico y tratamiento ambulatorio de la diabetes mellitus tipo II
21. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito
22. Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo
23. Detección, diagnóstico y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial
24. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad péptica y los trastornos de la motilidad intestinal
(incluye endoscopia)
25. Diagnóstico y tratamiento del asma
26. Diagnóstico y tratamiento de la gota
27. Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropiva
28. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la epilepsia
29. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad articular degenerativa
30. Diagnóstico y tratamiento de la dermatosis simple, celulitis y micosis
31. Diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda
32. Diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda
33. Diagnóstico y tratamiento del cólera
34. Diagnóstico y tratamiento de la parasitosis intestinal
35. Diagnóstico y tratamiento de infección respiratoria aguda
36. Detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
37. Diagnóstico y tratamiento del dengue clásico y hemorrágico
38. Diagnóstico y tratamiento del paludismo
39. Diagnóstico y tratamiento de la brucelosis
40. Diagnóstico y tratamiento de la lepra
41. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de vías urinarias y pielonefritis
42. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidia y tricomonas)

SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

43. Planificación familiar con métodos temporales, anticonceptivos
44. Planificación familiar con métodos temporales, preservativos
45. Planificación familiar con métodos temporales, DIU
46. Planificación familiar con métodos definitivos, vasectomía

47.	Planificación familiar con métodos definitivos: salpingoclasia
48.	Diagnóstico y tratamiento de displasias y conización
UNIDAD BASICA DE REHABILITACION	
49.	Rehabilitación de fracturas o esguinces
50.	Rehabilitación de parálisis facial
51.	Estimulación temprana del prematuro
SERVICIOS DE ODONTOLOGIA	
52.	Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor)
53.	Sellado de fosetas y fisuras y obturación de caries de primer y segundo grado con amalgama
ATENCION DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIEN NACIDO	
54.	Atención del embarazo normal
55.	Atención del parto normal y del puerperio
56.	Atención del parto por cesárea y del puerperio
57.	Atención del recién nacido normal
58.	Tamiz metabólico del recién nacido (hipotiroidismo y fenilcetonuria)
SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	
ATENCION DE URGENCIAS	
59.	Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)
60.	Diagnóstico y tratamiento de esguinces y luxaciones en articulaciones de extremidades
61.	Diagnóstico y tratamiento de fracturas de tibia y peroné
62.	Diagnóstico y tratamiento de fracturas de cúbito y radio
63.	Diagnóstico y tratamiento de envenenamientos
64.	Manejo de mordeduras y prevención de la rabia en humanos
65.	Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente
66.	Diagnóstico y tratamiento del alacranismo y picaduras
67.	Estabilización de pacientes (hipertensión arterial, diabetes y "angor pectoris")

SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA

68. Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis
69. Diagnóstico y tratamiento de neumonía
70. Diagnóstico y tratamiento de meningitis
71. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias
72. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de hernial inguinal y umbilical
73. Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del aborto
74. Colectomía abierta
75. Diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda y apendicectomía
76. Cirugía de útero (histerectomía)
77. Cirugía correctiva de estrabismo
78. Cirugía de catarata (extracción y colocación de lente intraocular) ⁵⁶

Como resultado de la estrategia 5 planteada en el Programa Nacional de Salud (PRONASA), el 12 de noviembre de 2002 el Poder Ejecutivo envió una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud al Senado de la República, la cual fue aprobada y publicada el de mayo de 2003.

El principal objetivo del Seguro Popular de Salud es otorgar protección financiera en materia de salud a todos aquellos mexicanos no derechohabientes de la seguridad social, mediante subsidio y recursos fiscales federales asignados al efecto en el presupuesto de Egresos de la Federación y por una muy pequeña contribución de los asegurados.

Ahora bien, la protección social en materia de salud es el mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso de calidad, sin desembolso en el momento de utilización y sin discriminación, a los servicios médicos,

⁵⁶Frenk Julio, *Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular)*, Secretaría de Salud, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compj/a040703.html>

quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para satisfacer las necesidades de salud de todos los usuarios del servicio.

Cabe señalar que el seguro popular es un sistema de unidades médicas que consolida los recursos económicos provenientes de recursos federales, estatales y de los usuarios afiliados a dicho sistema, a fin de financiar el costo de los servicios de salud para la población. Esto para que los afiliados puedan recibir atención médica de primer y segundo nivel al igual que una parte de las aportaciones va directo a cubrir las enfermedades catastróficas de tercer nivel por el gran costo que implica el tratamiento⁵⁷.

Siendo así que el modelo financiero del Sistema de Protección Social en Salud se sustenta de un esquema tripartito con:

- 1) Aportaciones del gobierno Federal, cubriendo anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria equivalente a 3.92% por ciento de salario mínimo se establecerá en el Fondo para los Servicios de Salud a la Persona.
- 2) Aportaciones de las Entidades Federativas será el equivalente a la mitad de la cuota social
- 3) Aportaciones de los afiliados de acuerdo a la capacidad económica (véase anexo 1)⁵⁸.

2.6.2. Aplicación de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud

⁵⁷ El fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, es parte del Sistema de Protección Social en Salud y busca otorgar servicios médicos de alta especialidad a personas que no cuentan con Seguridad Social y que padecen enfermedades de alto costo, las cuales pueden poner en riesgo tanto su vida como su patrimonio familiar. Por lo que una enfermedad catastrófica es aquella cuyo costo, derivado de tratamientos y medicamentos, es muy alto. El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos proporciona recursos monetarios a través de un fideicomiso, a los prestadores de servicios acreditados y con convenios firmados con las entidades federativas.

⁵⁸México. *Ley General de Salud*, op. cit., nota 22, artículo 77 BIS 12.

Los recursos gubernamentales aportados para la operación financiera del Sistema (CS, ASF y ASE), son ejercidos de la siguiente forma:

1. El 89% por las entidades federativas en la prestación de los salud que se encuentran contenidos en el CAUSES. Actualmente éstos se encuentran conformados por 285 intervenciones o acciones de salud, anexo 2).

2. El 8% se canaliza al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) para cubrir el tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo, que representan un riesgo financiero para la economía de las familias; se muestra la siguiente tabla del 20013.

Nº	Grupo o enfermedad	Nº	Intervenciones
	Denominación		Denominación
1	Cáncer cérvico-uterino	1	Cáncer cérvico-uterino
2	VIH/SIDA	2	Tratamiento ambulatorio antirretroviral
3	Cuidados intensivos neonatales	3, 4, 5	Prematurez, Sepsis y Síndrome de dificultad respiratorias.
4	Cáncer de niños y adolescentes	6	Astrocitoma
		7	Meduloblastoma
		8	Neuroblastoma
		9	Ependinoma
		10	Otros
			Tumores renales
		11	Tumores de Wilms
		12	Otros
			Leucemias
		13	Leucemia linfoblástica aguda
		14	Leucemia mieloblástica aguda
		15	Leucemia crónicas
		16	Síndromes preleucemicos
			Tumores hepáticos
		17	Hepatoblastoma
		18	Hepatocarcinoma
			Tumores óseos
		19	Osteosarcoma
		20	Sarcoma de Ewing
			Tumores germinales
		21	Gonadales
		22	Extragonadales
			Tumores de ojo

		23	Retinoblastoma
		24	Linfomas
		25	Linfoma de Hodgkin
		26	Linfoma no Hodgkin
		27	Sarcomas de partes blandas
		28	Carcinomas
		28	Histiocitosis
5	Trasplante de médula ósea	29	Trasplante de médula ósea en menores de 18 años
6	Trasplante de médula ósea	30	Trasplante de médula ósea de 18 años
7	Cáncer de mama	31	Cáncer de mama
8	Cáncer de testículo	32	Cáncer de testículo de mayores de 18 años
9	Linfoma No Hodgkin	33	Linfoma No Hodgkin en mayores de 18 años
10	Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos	34	Malformaciones congénitas cardíacas
		35	Atresia de esófago
		36	Onfalocele
		37	Gastroquiasis
		38	Atresia / estenosis duodenal
		39	Atresia intestinal
		40	Atresia anal
		41	Hipoplasia / displasia renal
		42	Uréter retrocado
		43	Meatos ectópicos
		44	Estenosis ureteral
		45	Ureterocele
		46	Extrofia vesical
		47	Hipospadias/ epispadias
		48	Estenosis uretral
		49	Estenosis del meato uretral
		50	Espina bífida
11	Trasplante de Córnea	51	Trasplante de Córnea
12	Enfermedades Lisosomales en menores de 10 años	52	Enfermedades Lisosomales en menores de 10 años
13	Hemofilia en menores de 10 años	53	Hemofilia en menores de 10 años
14	Infarto Agudo al Miocardio en menores de 60 años	54	Infarto Agudo al Miocardio en menores de 60 años
15	Cáncer de próstata	55	Tumor maligno de próstata
16	Trasplante de riñón	56	Trasplante renal en menores de 18 años
17	Hepatitis C	57	Hepatitis C Crónica
18	Cáncer de tubo digestivo	58	Cáncer Colono Rectal
19	Cáncer Gonadal	59	Tumor Maligno de Ovario ⁵⁹

3. El 3% se transfiere al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), que se divide de la siguiente forma: dos terceras partes para atender necesidades de infraestructura y equipamiento de unidades médicas de atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social, y una tercera parte

⁵⁹ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de resultados enero-junio 2013, México*, Secretaría de Salud, p. 63, <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/Informe-de-Resultados-del-SPSS-Enero-Junio%202013.pdf>

para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal y, para la garantía ante el eventual incumplimiento de pago por la prestación interestatal de servicios de salud.

2.7. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es el organismo público descentralizado a que se refieren los artículos 172 de la Ley General de Salud y 27 de la Ley de Asistencia Social, cuenta con patrimonio y personalidad jurídica propios y es el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia deberá cumplir con los objetivos que le establecen la Ley General de Salud, la Ley de Asistencia Social. Entre los propósitos que debe cumplir se encuentran los siguientes:

1. Coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada;
2. Establecer prioridades en materia de asistencia social;
3. Promover y prestar los servicios de asistencia social a los que se refieren la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social;
4. Promover el desarrollo de la familia y de la comunidad;
5. Realizar acciones de apoyo educativo, para la integración social y de capacitación para el trabajo a los sujetos de la asistencia social;
6. Promover e impulsar el sano crecimiento de la niñez;
7. Proponer a la Secretaría de Salud, en su carácter de administradora del patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen;
8. Fomentar y apoyar a las organizaciones de la sociedad civil cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social, sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias y entidades;

9. Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de niñas, niños y adolescentes, adultos mayores y personas con algún tipo de discapacidad o en situación de vulnerabilidad;
10. Llevar a cabo acciones en materia de prevención de discapacidad y de rehabilitación de personas con discapacidad, en centros no hospitalarios, con sujeción a la Ley General de Salud;
11. Realizar y promover estudios e investigaciones sobre asistencia social, con la participación, en su caso, de las autoridades asistenciales de las entidades federativas y de los municipios;
12. Realizar y promover la capacitación de recursos humanos para la asistencia social;
13. Coordinar un Servicio Nacional de Información en materia de Asistencia Social en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática;
14. Prestar servicios de asistencia jurídica o de orientación social a personas en situación de vulnerabilidad;
15. Apoyar el ejercicio de la tutela de los incapaces en los términos de la Ley respectiva;
16. Poner a disposición del Ministerio Público los elementos a su alcance en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con las disposiciones legales correspondientes;
17. Participar en programas de rehabilitación y educación especial;
18. Promover el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se encuentra estructurado por: una Junta de Gobierno, Titular del Organismo, Unidad de Atención a Población Vulnerable, Unidad de Asistencia e Integración Social, Oficialía Mayor, Dirección General Jurídica y de Enlace Institucional, Dirección General de Profesionalización de la Asistencia Social, Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario, Dirección General de Protección a la Infancia, Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, Dirección

General de Recursos Humanos, Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales, Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto⁶⁰.

2.8 Institutos Nacionales de Salud

De acuerdo a la Secretaría de Salud, los Institutos Nacionales de Salud son un conjunto de doce instituciones cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional y tiene como objetivo principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, y son los siguientes:

- El Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Se creó en 1933 por la Sociedad Mexicana de Pediatría y es un organismo público descentralizado, entre sus finalidades se encuentran en apoyar principalmente a niños de escasos recursos, que no cuentan con seguridad social. Este Hospital es el único hospital pediátrico de México y América Latina que cuenta con un acelerador lineal, un equipo de vanguardia para el tratamiento de niños con cáncer. Asimismo, los pacientes de la Institución pueden tener un diagnóstico de gran precisión gracias a la existencia de un Tomógrafo Axial Computado de última generación, con el que los médicos radiólogos pueden observar en tercera dimensión la forma, tamaño y composición de tumores, malformaciones congénitas y redes vasculares.

En el área de la Investigación, cuenta con 95 investigadores de instancias como el Sistema Institucional de Investigadores en Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional de Investigadores

⁶⁰ México. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de febrero de 2006, artículo 3º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n252.pdf>

del CONACYT, quienes trabajan en 127 protocolos de investigación acerca del cáncer, enfermedades infecciosas, malformaciones cardiovasculares, problemas genéticos, trasplantes de hígado y riñón; así como estudios económicos y sociales de los programas de salud para la niñez⁶¹.

- El Instituto Nacional de Cancerología. Inició sus funciones en la época posrevolucionaria, como dispensario médico llamado “Dr. Ulises Valdez”, en pocos años, ese dispensario resultó insuficiente para atender la demanda de hombres y mujeres con cáncer, por lo que se vio la necesidad de transformarlo en una institución especializada en el cuidado y tratamiento de esta enfermedad. Así, el 25 de noviembre de 1946, bajo el régimen del Presidente General Manuel Ávila Camacho, nació el Instituto Nacional de Cancerología, transformándose y dando cabida a los servicios de Consulta Externa, Laboratorio, Rayos X y Patología.

Este Instituto es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud, que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos siendo además un centro de referencia y órgano rector del cáncer en México. Dirige sus acciones a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social provenientes de todo el país, y ha sido política institucional el otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con enfoque multidisciplinario en proceso diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Aunado a las funciones asistenciales como centro de enseñanza médica e investigación.⁶²

- El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. El primer departamento de especialidad médica fue el de cardiología, que tuvo su primer servicio en 1924 y fue confiado al Dr. Ignacio Chávez durante un lapso de 20

⁶¹ Secretaría de Salud, *Hospital Infantil de México Federico Gómez*, México, <http://www.himfg.edu.mx/interior/misionvision.html>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances de dicho hospital.

⁶²Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de Cancerología*, México, <http://www.incan.salud.gob.mx/contenido/acercade/quienesomos.html> y <http://www.incan.salud.gob.mx/contenido/acercade/historia.html>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances.

años, hasta 1944, año en que se inaugura el Instituto Nacional de Cardiología como organismo público descentralizado con el presidente Manuel Ávila Camacho, con la finalidad de otorgar servicios de atención médica especializada y realizar estudios de investigación y dominio de las enfermedades del corazón.

Durante la inauguración del Instituto Nacional de Cardiología, si en México varios cardiólogos por lo que se acordó considerarlo como el 1er. Congreso Interamericano de Cardiología, fundando además la Sociedad Interamericana de Cardiología y dos años después siguieron reuniéndose consecutivamente para el Congreso. Y para 1946 se funda oficialmente la Sociedad Internacional de Cardiología.

El compromiso del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, es proporcionar atención cardiovascular de alta especialidad con calidad para la población, preferente para la que carece de seguridad social; asimismo, desarrolla investigación de vanguardia y forma especialista en cardiología⁶³.

- El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Fue creado el 22 de octubre de 1946, como organismo público descentralizado durante el gobierno del presidente Manuel Ávila Camacho; surgió para otorgar servicios de atención médica especializada, proporcionando atención médico-quirúrgica especializada a personas adultas con padecimientos relacionados con la nutrición humana, efectuando investigaciones clínicas y básicas en la disciplinas biomédicas vinculadas con problema nacionales de salud y relacionadas con la nutrición humana e impartiendo enseñanzas de alto nivel para la formación

⁶³Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de Cardiología*, México, https://www.cardiologia.org.mx/el_instituto/presentacion/ y https://www.cardiologia.org.mx/el_instituto/antecedentes_historicos/, se ha tomado la información más importante sobre la historia y formación.

de recursos humanos en las disciplinas médica afines y en la nutrición humana y actuando como órgano de consulta de las distintas dependencias y entidades públicas en materia de alimentos y nutrición. En el 2000 se cambia el nombre de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán por el de Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán⁶⁴.

- El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. En 1936, durante la presidencia del General Lázaro Cárdenas, fue fundado con el nombre de Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco. En 1969 cambió su nombre a Hospital para Enfermedades Pulmonares de Huipulco, ampliando su cobertura a pacientes con otras enfermedades pulmonares, formándose las primeras generaciones de Especialistas en Neumología.

Este Instituto es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupado en el Sector Salud, que tiene por objeto principal en el campo de padecimientos del aparato respiratorio, la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, cuyo ámbito de competencia es todo el territorio nacional⁶⁵.

- Instituto Nacional de Geriátrica. El 28 de julio de 2008 se crea el Instituto de Geriátrica, por el presidente Felipe Caderón Hinojosa, con el objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población mexicana que envejece, mediante la investigación en salud, la generación de conocimiento y de propuestas de acción que lleven a la definición de políticas

⁶⁴ Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*, México, http://www.innsz.mx/opencms/contenido/conoce/historia_instituto.html, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances.

⁶⁵ Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas*, México, Secretaría de Salud, <http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/instituto.html> y <http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/Historia.html>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances.

públicas para favorecer el envejecimiento saludable de la población en México, con la participación de los sectores social y privado⁶⁶.

- Instituto Nacional de Medicina Genómica. Es fundado en el 2004, resultado del trabajo efectuado desde el 2001 por Consorcio Promotor del de Medicina Genómica, integrado por la Universidad Nacional Autónoma de México, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de la Secretaría de la Fundación Mexicana para la Salud, y tiene como objetivo principal cuidado de la salud de los mexicanos a través del desarrollo de proyectos investigación científica con tecnología de vanguardia, formación de recursos humanos de excelencia y generación de aplicaciones genómicas innovadoras para mejorar la atención de la salud, con apego de principios éticos universales y de respeto a los Derechos Humanos⁶⁷.

- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Se fundó el 27 de febrero de 1952 durante el gobierno de Miguel Alemán Valdés, para otorgar servicios de atención especializada, formando especialistas en neurología, neurocirugía y psiquiatría, se dedica de manera exclusiva a la investigación, enseñanza, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrales, desde sus bases moleculares hasta sus componentes sociales. Diseña protocolos de diagnóstico y tratamiento, genera conocimiento científico en patologías de gran relevancia social y publica alrededor de 100 artículos en revistas científicas por año⁶⁸.

⁶⁶ Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de Geriatria*, México, Secretaría de Salud <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/historia.html>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances.

⁶⁷ Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de Medicina Genómica*, México, <http://www.inmegen.gob.mx/es/acerca-de/>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances de dicho hospital

⁶⁸ Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez*, México, Secretaría de Salud, <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/instituto/instituto.html>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances.

- Instituto Nacional de Pediatría. Se creó el 19 de abril de 1983, y considerando su calidad asistencial, docente y de investigación se consideró conveniente que gozara de autonomía, estructurándolo como organismo público descentralizado bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. Entre sus objetivos se encuentran: proporcionar atención médica infantil especializada; efectuar investigaciones clínicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la Pediatría, en las que imparta atención médica; impartir enseñanza para la formación de recursos humanos en las disciplinas de la Pediatría; contribuir a la difusión del conocimiento en las diversas disciplinas relacionadas; actuar como organismo de consulta en Pediatría para otros organismos; prestar la asesoría que el Sector Salud le solicite; y apoyar programas de salud pública⁶⁹.

- Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Fue creado el 19 de abril de 1983, como organismo público descentralizado, durante el gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, para otorgar servicios de atención médica especializada a mujeres con embarazo de alto riesgo, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano, realizando investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas vinculadas a la perinatología, impartiendo docencia para la formación de recursos humanos en el campo de la perinatología y actuando como órgano de consulta de las distintas dependencias y entidades públicas en materia de perinatología⁷⁰.

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Tiene como antecedente el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), creado en 1972 con el fin de atender los aspectos preventivos, curativos y de

⁶⁹ Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de de Pediatría*, México, Secretaría de Salud, <http://www.pediatria.gob.mx/rehistoria.html>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances.

⁷⁰ Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes*, México, Secretaría de Salud, <http://www.inper.edu.mx/quienessomos/misionvision.html>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances.

rehabilitación, relacionados con la farmacodependencia. Debido a la necesidad de ampliar sus funciones y en respuesta a las gestiones del Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, en junio de 1978 el Ejecutivo Federal creó el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM), en sustitución del anterior, con la finalidad de ampliar su ámbito de competencia al importante aspecto de la salud mental.

En diciembre de 1979, se creó el Instituto Mexicano de Psiquiatría, considerando que era necesario sustituir al CEMESAM, por un organismo que se avocara en forma más amplia y con mejores recursos al estudio de problemas de los desordenes mentales y de Salud Mental⁷¹.

- Instituto Nacional de Rehabilitación. Creado el 12 de abril de 1976, para ofrecer a la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una Institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: Ante Necesidades Específicas, Soluciones Concretas; así como para apoyar al Sistema Nacional de Salud para impulsar acciones de prevención de la discapacidad y mejorar la atención a personas con discapacidad.

Entre sus objetivos se encuentran: proporcionar servicios de calidad para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardiorrespiratorio y de todo tipo así como lesiones deportivas, con la aplicación de los más avanzados conocimientos científicos y empleando tecnología de punta, para obtener los mejores resultados⁷².

⁷¹ Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, México, Secretaría de Salud, <http://www.inprf.gob.mx/inprf/antecedentes.html>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances.

⁷² Secretaría de Salud, *Instituto Nacional de Rehabilitación*, México, Secretaría de Salud, <http://www.inr.gob.mx/g20.htm>, se ha tomado la información más importante sobre la historia de dicho Instituto.

CAPÍTULO 3

CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMÁTICA DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

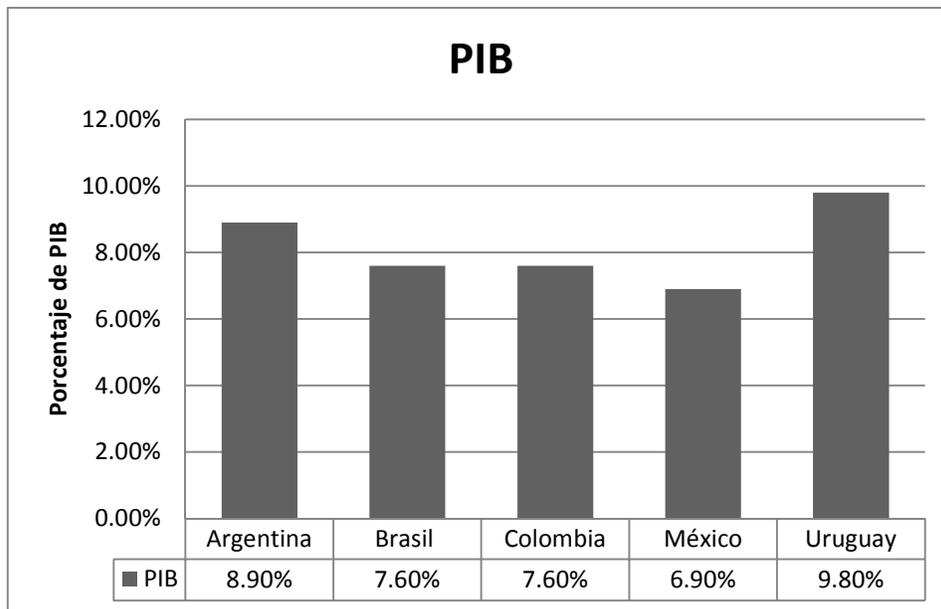
En este capítulo se analiza las características y cuáles son los principales problemas que enfrenta en la actualidad el sistema de salud en México, partiendo del Gasto público en atención al derecho a la salud.

3.1. Gasto público en atención al derecho a la salud

Con la finalidad de brindar un servicio de calidad en materia de salud, es necesario que los Estados inviertan en esta materia, por lo que se considera que porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) que se dedique a esta área es un indicador de la importancia que un país brinda a la salud.

La salud en México, como en otros países, es altamente valorada por la población y las sociedades están dispuestas a sacrificar el consumo de otros bienes por obtener una vida saludable. El gasto en salud en México se ha incrementado de manera importante en los últimos años. De 5.6% del PIB en 2000 aumentó a 6.5% en 2005. Lo mismo sucedió con el gasto per cápita en salud, que se incrementó de 3,664 a 4,981 pesos en el mismo periodo, se observa un crecimiento de los recursos públicos por persona en este rubro al pasar de un gasto de 1,235 pesos por habitante en 1990 a 3,125 pesos en 2008. A pesar de estos incrementos, el porcentaje de su riqueza que México invierte en salud está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo del porcentaje del PIB que le dedican a la salud otros países de ingresos medios de América Latina, como Argentina (8.9%), Brasil (7.6%), Colombia (7.6%) y Uruguay

(9.8%)⁷³. A continuación se muestra la grafica del PIB que invierte México en comparación con los países de América Latina.



Fuente: Organización Mundial de la Salud.

A pesar de ello, hay algunos signos de avance. Como indica en el anexo 3, entre 2004 y 2005, el gasto en salud registró un crecimiento de 30.2% (presupuesto asignado). El gasto asignado a la Secretaría de Salud tendrá un crecimiento de 81.3%, el mayor respecto al resto de las instituciones de salud.

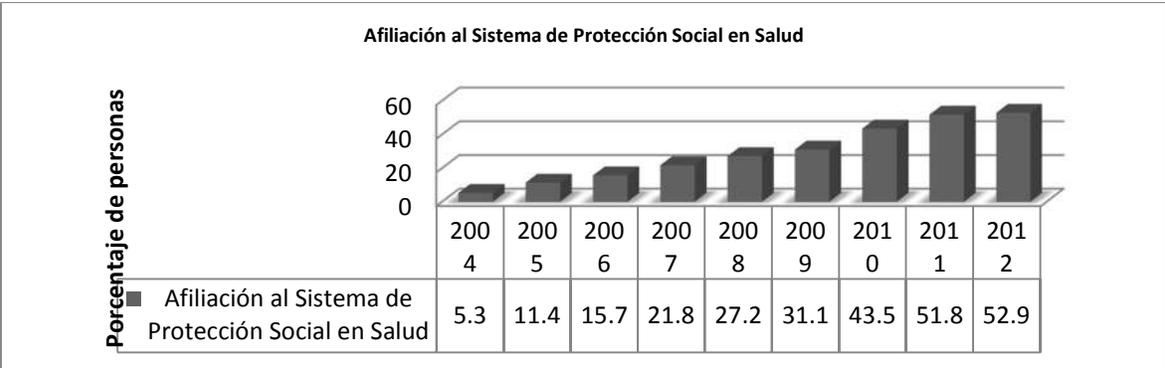
Del gasto total en salud, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. Con los recursos públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas de salud, las instituciones de seguridad social Instituto Mexicano del Seguro (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones dedicadas a atender a la

⁷³ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, Secretaría de Salud, 2007, p.49. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf

población sin seguridad social como son Secretaría de Salud, Seguro Popular e IMSS-Oportunidades. Con los recursos privados se financian las actividades de una gran cantidad de prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales.

El gasto público en salud incluye los recursos de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), los recursos de que atienden a los trabajadores del sector público de la economía, se financian con contribuciones de los trabajadores y del gobierno. Los recursos de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud (SESA), que atienden a los trabajadores de la economía informal, auto-empleados, desempleados y población que está fuera del mercado de trabajo, proceden del gobierno federal, los gobiernos estatales y las cuotas de recuperación, y el Seguro Popular se financia con recursos federales que se le asignan a la Secretaría de Salud, recursos estatales y contribuciones familiares⁷⁴.

Una de las principales barreras para el acceso efectivo a los servicios se abordó a partir del año 2004, al ampliar la protección financiera a través de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, siendo esto que la cobertura ha llegado a más mexicanos como se muestra a continuación en la grafica de afiliación al Seguro Popular



⁷⁴ Ibídem, pp. 49-51.

Fuente: Programa Nacional de Salud 2007-2012, “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”

Aún cuando la cobertura de aseguramiento público ha aumentado considerablemente a través de los años, un tema de preocupación fundamental radica en el hecho de que el gasto de bolsillo no ha disminuido a los niveles esperados, ya que según la encuesta de ENSANUT 2012 el quintil de menores recursos destinó en promedio 3.6% de su gasto total a este rubro, mientras que el de mayores recursos destinó 5.6%, para un promedio nacional de 4.2%.

3.2. Infraestructura, accesibilidad, calidad y disponibilidad del sistema de salud en México

Se desarrolla la infraestructura, accesibilidad, calidad y disponibilidad del sistema de salud en México, sobre la situación actual en el país, así como la problemática que aborda.

3.2.1 La Infraestructura del Sistema de Salud

La infraestructura y recursos humanos son elementos esenciales para asegurar la disponibilidad y la calidad de los bienes y servicios de salud. El Estado es responsable de asegurar que la distribución de las unidades médicas y la disposición de personal calificado sean suficientes para atender las necesidades de salud de la población, especialmente de grupos vulnerables y apartados geográficamente⁷⁵.

A continuación se hará una breve descripción sobre la infraestructura de salud:

⁷⁵ Pérez Argüelles Mariana, Op. Cit., nota 7 p.148 y 149.

3.2.1.1 Unidades de Salud

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud sufre insuficiencia en su estructura física, ya que existe un número importante de instalaciones obsoletas y con escaso mantenimiento.

Entre 2000 y 2005 se registró un crecimiento de 5.1% en la infraestructura total del sistema nacional, con la construcción de 953 unidades de servicios. De ellas 752 unidades son de consulta externa y 201 de hospitalización.

En 2013 se contaba con 23,269 unidades de salud, sin contar a los consultorios del sector privado. De ese este total, 86.8% pertenecen al sector público y 17.2% al sector privado. De ese gran total, 4,103 son hospitales y el resto, unidades de atención ambulatoria. Del total de hospitales, 1,121 son hospitales públicos y 3,082 son unidades privadas con servicios de hospitalización⁷⁶.

En la siguiente tabla se muestra un análisis de las unidades con la que contaba el sistema de salud desde el año 1995 a 2011:

Unidades médicas en instituciones públicas de salud según instituciones Serie anual de 1995 a 2011										
Año	Total	SSA	IMSS- OPORT	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	ESTATAL	OTROS
1995	15525	8003	3506	1748	1190	151	279	159	79	410
1996	16158	8312	3607	1752	1198	202	279	159	143	506
1997	17109	9255	3607	1755	1212	206	330	160	163	421
1998	17622	9832	3607	1784	1220	219	349	133	161	326
1999	18335	10493	3609	1784	1232	219	357	126	196	319
2000	19107	11551	3609	1769	1244	215	296	142	187	79
2001	19359	11835	3609	1779	1247	215	341	137	197	9

⁷⁶ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, Op. Cit., nota 73, pp. 54

2002	19554	12034	3609	1755	1259	195	333	130	208	7
2003	19543	12206	3609	1771	1242	27	366	54	279	5
2004	20084	12375	3609	1771	1233	224	366	132	295	79
2005	19911	12563	3609	1771	1233	229	ND	132	295	79
2006	20560	12758	4060	1482	1233	229	ND	132	298	79
2007	19939	12857	4068	1379	1198	58	ND	37	224	15
2008	20001	13477	3620	1396	1193	58	ND	36	223	15
2009	21064	13996	4124	1409	1192	58	ND	37	246	15
2010	21507	14374	4170	1416	1172	84	ND	37	253	8
2011	21738	14546	4167	1416	1181	84	44	37	255	8

Nota : Únicamente se presenta información de las instituciones que reportaron cifras.

Fuente: Para 1995 a 2002: SSA. Boletín de Información Estadísticas, Recursos y Servicios (varios años), México. D.F.

para 2003 a 2011: SSA Boletín de Información Estadísticas Recursos Físicos, Materiales y Humanos (Varios años) México.

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, México, 2012, INEGI, 2013.

- Hospitales. México en el 2005 contaba con 1,121 hospitales públicos. De este total, 628 pertenecen a las instituciones que atienden a la población no asegurada y el resto a la seguridad social. El mayor volumen de hospitales se ubica en la categoría de hospitales generales. La cifra de hospitales por 100,000 habitantes es de 1.1 tanto en la seguridad social como en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. A continuación se muestra la grafica sobre unidades de hospitales en el periodo de 1995 a 2011, de acuerdo a los datos de INEGI.

Unidades de Hospitalización del sistema de salud según instituciones										
Serie anual de 1995 a 2011										
Año	Total	SSA	IMSS-OPORT	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	ESTATAL	OTROS
1995	891	259	85	266	92	23	31	28	19	108
1996	893	263	68	256	94	23	31	28	23	107
1997	915	365	68	256	98	23	31	28	24	22
1998	938	376	68	257	99	23	36	30	24	25
1999	967	405	69	257	100	23	36	32	30	35
2000	997	420	69	257	102	23	37	34	30	25
2001	1005	433	69	259	102	23	42	32	36	9

2002	1041	454	69	264	118	23	42	32	33	6
2003	1111	462	69	349	106	23	42	34	21	5
2004	1097	509	69	264	106	23	42	34	24	26
2005	1079	533	69	264	106	23	ND	34	24	26
2006	1136	587	69	2	106	23	ND	34	27	14
2007	1170	623	69	273	107	23	ND	34	27	14
2008	1186	649	70	264	107	23	ND	34	27	14
2009	1222	673	70	270	109	23	ND	32	30	14
2010	1244	697	78	258	110	23	ND	33	39	6
2011	1314	721	78	260	110	23	43	33	40	6

Nota : Únicamente se presenta información de las instituciones que reportaron cifras.

Fuente: Para 1995 a 2002: SSA. Boletín de Información Estadísticas, Recursos y Servicios (varios años), México. D.F.

para 2003 a 2011: SSA Boletín de Información Estadísticas Recursos Físicos, Materiales y Humanos (Varios años) México.

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, México, 2012, INEGI, 2013, p.175

- Unidades de atención ambulatoria. El sector público contaba en el 2005 con 19,156 unidades de consulta externa, incluyendo unidades y brigadas móviles para llegar a la población rural que no cuenta con unidades médicas cercanas. La mayoría (12,030) pertenecen a los Servicios Estatales de Salud (SESA). Le siguen en orden de importancia IMSS-O, con 3,540 unidades, y el IMSS, con 1,507. Estos números absolutos arrojan una tasa de unidades de consultas externas por 100,000 habitantes de 20.7 para la SESA, 33.3 para IMSS-O y 3.4 para el IMSS⁷⁷.

- Camas. La capacidad de producción de servicios de los hospitales también puede medirse a través del número de camas disponibles, que son de dos tipos: las llamadas camas censables, que son la fuente de los registros de egresos hospitalarios, y las camas de las áreas de urgencias y otros servicios, que no generan formalmente egresos hospitalarios por ser de observación o de corta estancia.

El sector público de la salud cuenta con 78,643 camas, de las cuales 53.7% corresponden a hospitales de la seguridad social y el resto a hospitales de las

⁷⁷ Ibídem, p. 54

instituciones que tienden a la población sin seguridad social. Por institución, la Secretaría de Salud concentra el mayor volumen de estos recursos, con 42.4% seguida por el IMSS e ISSSTE, con 37.3 % y 8.6% de las camas, respectivamente.

Por lo que se refiere al número de camas por 1,000 habitantes, el sector público mexicano cuenta con una cifra de 0.74 camas, inferior al valor estándar sugerido por la OMS, que es de 1 cama por 1,000 habitantes. La cifra correspondiente a las instituciones de seguridad social es de 0.87 camas contra 0.63 de las instituciones que atiende a la población sin seguridad social.

- Quirófanos. Las intervenciones quirúrgicas siguen siendo una de las actividades más frecuentes en cualquier hospital. La mayor parte de éstas, para efectuarse con seguridad, deben desarrollarse en ambientes muy controlados, como son los quirófanos, los cuales representan el escenario quirúrgico por excelencia, donde el cirujano y el equipo de anestesiología interactúan, junto con el personal especializado de enfermería, para llevar a buen fin intervenciones de diversa complejidad.

Los tres principales proveedores públicos de servicios hospitalarios contaban en 2010 con 2,900 quirófanos. Como con otros recursos, la mayor parte de estos se concentraba en el Distrito Federal, donde hay 4.2 quirófanos por 100,000 habitantes⁷⁸.

- Recursos Humanos. Los sistemas de salud requieren de recursos humanos suficientes y capacitados para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico de la población a la que se atiende, pero entre los problemas sobresalen la escasez de trabajadores de la salud bien

⁷⁸ Secretaría de Salud, *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011*, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México, 2012, p. 11 y 12 http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_06.pdf

preparados, inadecuada distribución geográfica, la falta de incentivos para incorporarse a especialidades médicas de nueva creación y falta de un padrón padrón único de médicos.

La información sobre recursos humanos en el sector privado es muy limitada. Se calcula que en él laboran poco más de 55 mil médicos, alrededor de 37 mil enfermeras y cerca de 4 mil trabajadores involucrados, en la prestación de servicios auxiliares⁷⁹, lo cual establece una tasa de 1.85 médicos por 1,000 habitantes, cifra inferior al promedio de la OCDE, que es de 2.9, y a las de Argentina 3.0 y Uruguay 3.6, pero superior a las de Brasil 1.15 y Colombia 1.35.

En cuanto a los médicos de instituciones públicas, PEMEX cuenta con más de tres médicos por 1,000 derechohabientes, contra menos de dos de la Secretaría de Salud, IMSS, e ISSSTE y menos de uno en el IMSS-O.

Referente al personal de enfermería, que es un equipo de profesionales de la salud que contribuye a preservar la vida y la salud de las personas desde las perspectivas humana, ética, interpersonal y terapéutica, proporcionando y supervisando la mayor parte de la asistencia sanitaria en el mundo, por lo que se le considera como un pilar de la atención brindada en los hospitales.

La situación de las enfermeras en México es similar. A nivel nacional se cuenta con 2.2 enfermeras por 1,000 habitantes, cifra muy inferior al promedio de los países de la OCDE, que es de 8. Del total de personal de enfermería en hospitales, 46.3% laboran en los hospitales de la SS y los SESA, 44.2% en el IMSS y 9.5% en el ISSSTE⁸⁰.

⁷⁹ *Ibíd*em p. 13 y 14

⁸⁰ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, Op. Cit., nota 73, pp. 58 y 59.

3.3. Accesibilidad al Sistema de Salud

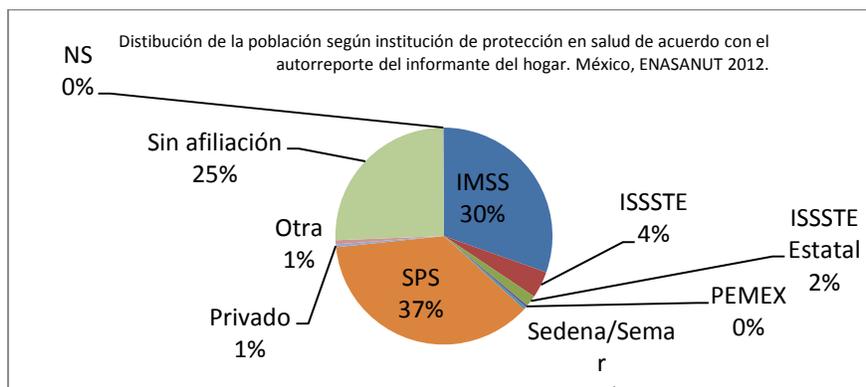
La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población⁸¹, sin discriminación alguna. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, para asegurar la accesibilidad a los servicios de salud es necesario el vigilar el acceso a estos servicios, ya que si alguna persona no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución, no se le está reconociendo el derecho fundamental de salud.

Conforme a las cifras reportadas por las instituciones de salud, en México se ha alcanzado la cobertura de protección en salud para prácticamente toda la población del país. De los 115 millones de mexicanos, el Sistema de Protección Social en Salud (conocido como Seguro Popular y que incluye asimismo al Seguro Médico para una Nueva Generación), reportaba 51.1 millones de afiliados, a los que se suman los 43.4 millones que reportó el IMSS como derechohabientes adscritos a Unidades de Medicina Familiar, 8.3 millones cubiertos por el ISSSTE, 1.2 millones entre Sedena y Semar y 0.8 millones en Pemex.

De acuerdo con estas cifras y considerando las que reporta el seguro privado, habría únicamente alrededor de 9 millones de mexicanos (cerca de 8%) sin protección en salud. Aunque cabría esperar la concentración de este grupo de nueve millones de mexicanos entre las familias de mayores ingresos. Asimismo, se identifica en este grupo a un número importante de jóvenes que al percibirse en un adecuado estado de salud, podrían decidir no afiliarse al no anticipar el uso de servicios médicos en el futuro cercano. En la ENSANUT 2006, la población sin protección en salud estimada representó 48.5% de la población total del país. Para el año 2010 de

⁸¹Comes, Yamila, Solitario, Romina, *El concepto de Accesibilidad: La perspectiva Relacional entre población y servicios*, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de Investigaciones, volumen XIV, Buenos Aires, Argentina, 2006, p. 202, <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a19.pdf>

acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda, este mismo indicador descendió a 33.8%. En 2012, de acuerdo al reporte del informante del hogar de la ENSANUT, cerca de 30 millones de mexicanos, 25.43% de la población del país, no cuenta con protección en salud⁸².



Pero uno de los problemas que se han visto al realizar las encuestas, es el desconocimiento del informante sobre el estatus de afiliación de todos los integrantes, por lo que los resultados van a variar, ya que por ejemplo: al afiliarse una mujer a través de la estrategia de embarazo saludable se buscaba afiliarse también a sus dependientes económicos y a su pareja. En ocasiones la nueva afiliada no tenía conocimiento preciso de este mecanismo. Algo similar ocurre con el programa IMSS-Oportunidades, pues aunque la atención se recibe en clínicas del IMSS, el origen financiero de los recursos es el Seguro Popular. Es probable que muchas familias que se atienden en este subsistema del IMSS no se identifiquen como afiliados al Sistema de Protección Social en Salud.

De igual forma, los derechohabientes del IMSS que pierden su empleo posiblemente no cuenten con información suficiente para realizar su trámite de alta en el Seguro Popular, pues no existe un mecanismo accesible y claro de trámite de baja en el IMSS y de alta dentro del Seguro Popular. Además los jóvenes de

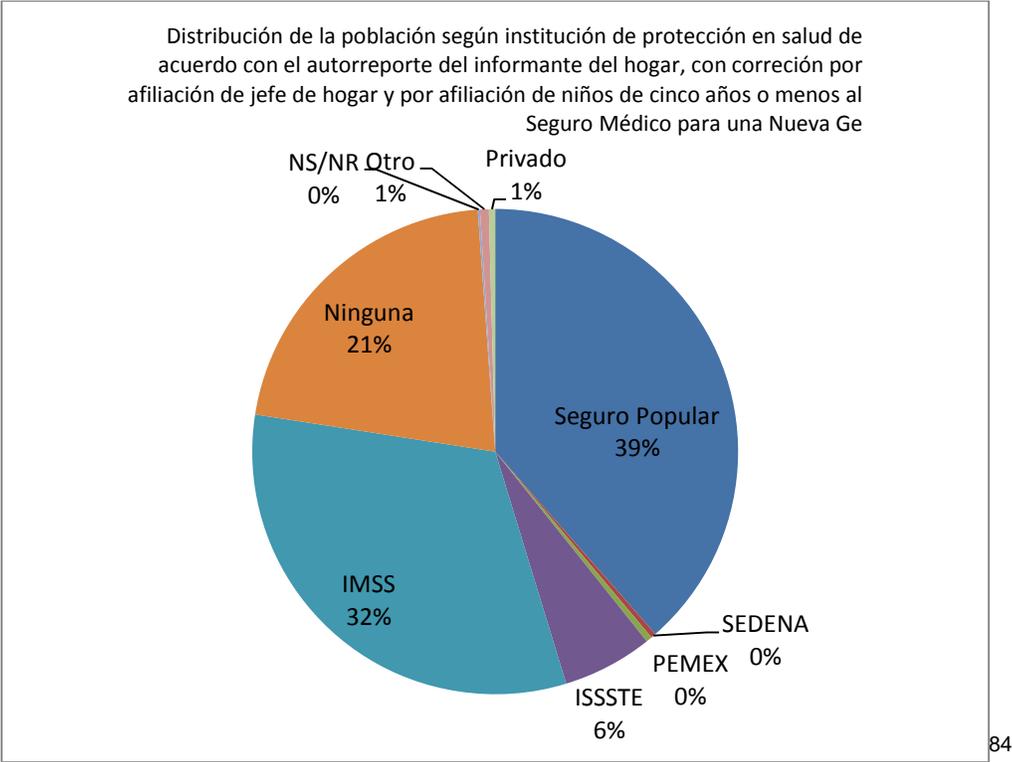
⁸² Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012, pp. 32 a 34 <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

hogares con cobertura del IMSS o ISSSTE van perdiendo la protección que resulta por las condiciones de aseguramiento de sus padres y ciertamente no tienen la cultura de la prevención y no realizan los trámites de alta en el Seguro Popular en caso de no estar empleado. Los datos de la ENSANUT identifican que cerca de 15% (160 mil individuos) de los adolescentes de 16 años, y poco más de 20% de los adolescentes de 19 años (220 mil individuos), en hogares con seguridad social, no estudian y tampoco trabajan, lo que los sitúa en un estatus de no asegurados. Es necesario señalar que siempre existirá un porcentaje de informantes que, en efecto, desconozcan su condición de derechohabientes a la seguridad social o de afiliados al SPSS, lo que genera un reto adicional para evitar que incurran en gastos en salud duplicados, y en gastos de bolsillo.

Al considerar los criterios de afiliación a la seguridad social antes mencionados, es posible ajustar la afiliación reportada en la ENSANUT 2012 para considerar como cubiertos a las esposas o esposos y cónyuges, hijos de 15 años o menos, hijos de entre 16 y 25 años que estudian, y padres que vivan en el mismo hogar (todos en relación con el jefe del hogar). Adicionalmente, si se considera que todos los niños nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006 y que no cuentan con seguridad social son sujetos de afiliación al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)⁸³, todos los niños de cinco años o menos que no se hayan reportado como afiliados puede asumirse que estarían cubiertos por el SMNG.

⁸³ El programa de Seguro Médico para una Nueva Generación forma parte del Seguro Popular, su principal objetivo es proteger la salud de los niños mexicanos nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006, este seguro ofrece atención médica completa e integral a los niños que no cuentan con ningún tipo de seguridad social y garantiza la afiliación inmediata de toda la familia al Sistema de Protección Social en Salud. Cuenta con 131 intervenciones a través de medicina preventiva y atención médica de primer, segundo y tercer niveles, de todas las enfermedades que pudieran presentar a partir de su afiliación y durante su vigencia de sus derechos sin ningún desembolso por el servicio. Véase en http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=185

Con estas correcciones, la cifra de población sin protección en salud por reporte del hogar se reduce a 24.6 millones de mexicanos, 21.39% de la población.



Los datos sobre accesibilidad reflejan la gran problemática al no contar con padrones actualizados, debido a la amplia movilidad del sector laboral mexicano. Ello también apunta a la necesidad de universalizar la cobertura, lo cual finalmente llevaría a un sistema más eficiente y efectivo de financiamiento, especialmente para los sectores de la población que tienen una amplia movilidad entre formalidad e informalidad.

3.4. Calidad del sistema de salud

⁸⁴ Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, op. cit., nota 82, pp. 35., se tomaron los datos pero el modelo de la grafica es diferente.

Se define como el grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria⁸⁵. Por su parte, el artículo 6º de la Ley General de Salud establece como uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, “Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas”⁸⁶.

En base a lo anterior, los sistemas de salud deben ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios.

Asimismo, en los artículos 50 y 51 de la LGS se señalan los derechos de los usuarios de los servicios de salud, entre los que se encuentra: “prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a recibir atención profesional y ética responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnico y auxiliares”

De esta forma, la calidad significa también disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo.

Por su parte, la OMS define que una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a

⁸⁵ ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada). Ginebra: ISO; 2005, http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO_9000_2005.pdf

⁸⁶ Ley General de Salud, op. cit., nota 22, artículo 6º.

estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permita⁸⁷.

Ahora bien, en octubre de 2004, el Director General de la Organización Organización Mundial de la Salud puso en marcha la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo”.⁸⁸

mundo”.⁸⁸

De lo anterior en México, como respuesta a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y para dar atención especializada a las quejas presentadas por irregularidades en la atención médica, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico⁸⁹, entre sus objetivos se encuentran contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios⁹⁰.

En 2011, de las quejas que se presentaron ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico por presunta irregularidad de la atención médica, se atendieron un total de 220,156, de éstas el 87% se resolvieron a través de los servicios de orientación, asesoría y gestión inmediata, 10%, a través del proceso de conciliación y arbitraje entre usuarios y prestadores de servicios, y el restante 3%, por medio de un dictamen médico institucional⁹¹.

⁸⁷ Fajardo Dolcí, Germán y Hernández Torres, Francisco , *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención de la salud*, México, Secretaría de Salud, 2012, p. 20, http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/libro_salud_completo.pdf

⁸⁸ *Ibíd*em, p. 19.

⁸⁹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, México, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/d030696.html>

⁹⁰ Comisión Nacional de Arbitraje Médico artículo 3º y en términos del Título Tercero de la Ley General de Salud, se consideran prestadores de servicios médicos, las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales, técnicos y auxiliares que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica. Los usuarios de un servicio médico son las personas que solicitan, requieren y obtienen dicho servicio de los prestadores de servicios médicos para proteger, promover y restaurar su salud física o mental.

⁹¹ Fajardo Dolcí, Germán y Hernández Torres, Francisco, op. cit., nota 87, p. 53.

Entre las quejas que más se suscitan son el porcentaje de apéndices perforados en los hospitales de la Secretaría de Salud es mayor de 6%, menos de 2% en los hospitales del IMSS y poco más de 3% en las hospitalarias del IMSS-O. El porcentaje de readmisiones por abiertas en los hospitales menores de 60 camas del IMSS es de casi 2%, menos de 1.5% en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud.

El porcentaje de complicaciones de neumonías en pacientes de 60 más asciende a casi 27% en los hospitales del IMSS, a 14% en los ISSSTE y a menos de 23% en las unidades hospitalarias de los SEESA y la Secretaría de Salud. A los problemas de calidad técnica habría que sumar problemas de eficiencia.

El promedio de días estancia por hernioplastia inguinal en los hospitales de más de 120 camas del IMSS es de 1.5 días contra 2.6 días en los hospitales de los SEESA y la Secretaría de Salud. El promedio de días estancia para apendicectomías en hospitales menores de 60 camas del IMSS es 6.5 días contra 3 días en los hospitales de los SEESA. El promedio de cirugías por quirófano en el IMSS es de casi 4 contra 2.2 en la Secretaría de Salud y 1.9 en PEMEX⁹².

En lo que se refiere al tiempo de espera, de acuerdo a la ESANUT de 2012, para recibir servicios médicos curativos ambulatorios muestra una amplia variación en el ámbito nacional, con una mediana de 20 minutos y promedio de 58 minutos comparado con el tiempo de espera aceptable de 30 minutos establecido por el programa Sistema Integral de calidad en salud (SICALIDAD)⁹³. Los usuarios con menor espera (cuartil inferior o p25)

⁹² Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012, op. cit., nota 73, pp. 64-66*, se tomó la información más importante.

⁹³ Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, se estableció implementar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) como el instrumento del gobierno federal para elevar la calidad de los servicios médicos. Este programa entra en actividad en 2007; es implementado por la Dirección General

muestran una espera de 10 minutos o menos, mientras que los usuarios con mayor espera (cuartil superior o p75) esperan al menor espera (cuartil inferior o p25) muestran una espera de 10 minutos o menos, mientras que los usuarios con mayor espera (cuartil superior o p75) esperan al menos una hora. El intervalo de tiempos de espera reportado en el cuartil inferior varía de acuerdo al sitio donde se da el servicio, y va de 5 minutos para consultorios dependientes de farmacia y médicos privados, a 15 minutos para el caso del IMSS, ISSSTE (federal y estatal) y SESA. El intervalo de tiempos de espera en el cuartil superior es mucho más variable entre las instituciones proveedoras, desde 25 a 30 minutos para el caso de los consultorios dependientes de farmacias y médicos dependientes de farmacia y médicos privados, a 15 minutos para el caso del IMSS, ISSSTE (federal y estatal) y SESA. El intervalo de tiempos de espera en el cuartil superior es mucho más variable entre las instituciones proveedoras, desde 25 a 30 minutos para el caso de los consultorios dependientes de farmacias y médicos privados, respectivamente, hasta 120 minutos para el IMSS y SESA, y 90 minutos para el IMSS Oportunidades. Los usuarios de los SESA tienen la mediana de tiempos de espera más elevada, con 60 minutos, en contraste con el resto de las instituciones, que va de 10 minutos para los proveedores privados, hasta 30 minutos para el IMSS y el ISSSTE (federal y estatal)⁹⁴.

3.5. Disponibilidad del sistema de salud en México

Uno de los elementos esenciales para el cumplimiento del derecho a la salud es la disponibilidad, que significa que el Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de

de Calidad y Educación en Salud (DGECS), operado por personal de los SESA e incluye acciones dirigidas a garantizar la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida por los usuarios y la calidad en la gestión de los servicios de salud. Para lograrlo, el programa incluye diversos proyectos, destacando el de Gestores de Calidad en Atención Primaria y Hospitales.

⁹⁴ Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012, pp. 45-47
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

atención de la salud⁹⁵. Analizando la disponibilidad de establecimientos, es decir, la infraestructura sanitaria, se puede observar que México tiene un número precario y una desigual distribución de los mismos.

De acuerdo a los Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México, la proporción de la población con acceso limitado a los servicios de salud es más significativa en las zonas rurales, aunque las estructuras en las zonas urbanas de bajos ingresos no siempre se adaptan a las necesidades. En un estudio realizado por Hernández-Ávila⁹⁶ a finales de la década de 1990 se encontró que 17 millones de personas vivían en zonas rurales donde no se contaba con una unidad de servicios de salud.

Además, muchos mexicanos no tienen la posibilidad de acceder a los servicios de salud que requieren incluso cuando existen, por lo que se encontró que 97% de la población vivía a 50 kilómetros de una unidad de servicios de salud de segundo nivel, pero que acceder a ellos a menudo resulta difícil en los casos en los que los medios de transporte son deficientes o caros, y los pacientes son demasiado pobres para pagarlos. Las tasas de atención de partos por parte de personal médico son muy heterogéneas, de manera que cerca de la mitad de los estados alcanza una cobertura de 90% contra menos de 60% para las entidades restantes. Los problemas de acceso a los servicios también son más pronunciados para la población no asegurada, pues ésta vive en zonas rurales donde la atención es otorgada, en su mayoría, por los SESA o los servicios que presta el programa IMSS-Oportunidades, que tienen financiamiento menos generoso que aquél con el que cuenta el sistema de seguridad social. Los servicios de nivel más alto (es decir, de mayor complejidad o alta especialidad)

⁹⁵ El concepto de disponibilidad se formula referente al concepto “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del inciso a) del párrafo 12 del Comité DESC de la Observación general n°14.

⁹⁶ Hernández-Ávila, Juan, et al., “Cobertura geográfica del sistema mexicano de salud y análisis espacial de la utilización de hospitales generales de la Secretaría de Salud en 1998”, *Salud Pública de México*, 2002, Vol. 44, número 6, noviembre-diciembre, p.522-525 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10644604>.

también están mal distribuidos en el país. Un estudio reciente sobre la capacidad existente indicó que 54% de la infraestructura se ubica en la Ciudad de México, y en algunos estados ni siquiera existen hospitales de tercer nivel. Sin embargo, las restricciones económicas podrían hacer estos problemas más difíciles de resolver, pues los costos unitarios de atender las zonas rurales pueden exceder los que se generan en las zonas urbanas, como reflejo de la dispersión de la población.

Los problemas de acceso también se relacionan con la distribución de recursos para servicios de salud entre los estados. Las personas que viven en los estados más ricos del norte del país reciben una atención mucho mejor que quienes habitan en el centro y el sur del país. El número de médicos per cápita difiere por un factor de 3 entre los estados mejor situación y los que están en peores términos; en un factor de 4 para las camas de hospital y en un factor de más de 5 para el gasto por persona de la población no asegurada.

Las diferencias interestatales también muestran una importante correlación inversa con el grado de marginación una medida general de la exclusión social y económica y con medidas de las condiciones de salud de la población, lo que indica que los recursos no siempre se canalizan hacia donde podrían tener el mayor impacto sobre los resultados⁹⁷.

⁹⁷Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud en México*, México, Secretaría de Salud de México, 2005, pp.77-78

CAPÍTULO 4

MEDIDAS PARA INCREMENTAR EL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

4.1. Diseño para una nueva forma de proteger el derecho a la salud.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe sobre la salud en el mundo del año 2010, manifiesta lo siguiente: La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo⁹⁸.

Es por eso que en el 2005 un tema central para la OMS fue desarrollar sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran gastos de sus bolsillos al pagar por ellos, por lo que este principal objetivo se definió por la OMS como “cobertura universal” o también llamada “cobertura sanitaria universal”, definida como el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos⁹⁹.

La cobertura universal de salud comprende tres etapas: 1) la afiliación universal, término relacionado con el de cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público; 2) la cobertura universal, que implica el acceso

⁹⁸ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2010, La Financiación de los Sistemas de Salud, El Camino hacia la cobertura universal*, Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2010, p. IX, http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf

⁹⁹ Ídem.

regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos, y 3) cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo¹⁰⁰.

En México, si bien es cierto que el Seguro Popular ha alcanzado a la población de escasos recursos y sin protección a la salud, no obstante, la movilización de fondos adicionales para extender la cobertura de seguros de salud es una condición necesaria pero no suficiente para ampliar el acceso a servicios integrales de salud y disminuir la dependencia de los gastos de bolsillo.

Ahora bien, la salud es una condición indispensable para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano al permitir que la población desarrolle todo su potencial a lo largo de la vida, por ello, la salud es crucial en nuestro país, siendo así que entre las metas definidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se establece lo siguiente:

- La salud de la población mexicana, en primer lugar, debe atenderse por igual, sin importar el sexo, la edad, el lugar de residencia, el ingreso o la condición laboral para alcanzar un México incluyente.
- La salud reduce la carga económica de las enfermedades e incrementa la productividad laboral para impulsar un México próspero.
- La salud también favorece el capital educativo al mejorar el desempeño escolar, coadyuvando para lograr un México con educación de calidad.
- La salud también contribuye a un México en paz haciendo frente a las adicciones, a la violencia de género, así como a aquella que padece la niñez y la adolescencia.

¹⁰⁰ Knaul FM ,González-Pier E. Gómez-Dantes O. et al., "Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México", *Salud pública de México*, México, 2013, vol.55, n.2, pp. 207-208, http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20No%202%20Marzo%20Abril/8Lancet.pdf

- La salud debe cumplir con los compromisos internacionales a los cuales México forma parte.
- Se debe impulsar a una transformación del Sistema Nacional de Salud para estar al día con los retos que se han producido con los cambios sociales, económicos epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y ambientales que plantean enormes desafíos expresados en una mayor concentración de población en zonas urbanas, un número importante de personas viviendo en la pobreza y que emigra para buscar mejores condiciones de vida; una población que gradualmente envejece y padece crecientemente de enfermedades crónicas y de lesiones por accidentes o violencia.
- Las condiciones actuales del Sistema Nacional de Salud y sus esquemas operativos no permiten responder efectivamente a las necesidades presentes y futuras de la población, así como a la creciente demanda de servicios de salud de calidad a lo largo y ancho del país.
- La transformación del sistema de salud deberá hacer efectivo el derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución para que tenga plena vigencia, se materialice y sea una realidad para todos los mexicanos.
- La salud no es un derecho laboral sino un derecho humano¹⁰¹.

4.2. Acceso equitativo a los servicios de salud

Con los problemas de crisis social, económica y política que vive el país, así como la situación de emergencia sanitaria y social, el sistema de salud atraviesa graves problemas de financiamiento, de organización y de gestión. Por lo anterior es de importancia abordar el tema de la equidad para orientar el sistema de salud.

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS), ha definido la equidad como un valor para promover la justicia social en el campo de la salud¹⁰².

¹⁰¹ Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Programa Sectorial de Salud, Gobierno de la República, http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf

En el concepto de equidad subyace el de justicia social, que es precisamente el tema tratado en los instrumentos de protección de los derechos humanos, tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual establece en su artículo 2º, numeral 1: "Toda persona tiene los mismos derechos y libertades proclamadas en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición" y en el artículo 25, sostiene: "Todos tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar propio y de su familia, incluyendo alimentación, ropa, vivienda y atención médica, además de los servicios sociales necesarios y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, vejez u otra escasez en su vida debido a circunstancias fuera de su control" iguales principios filosóficos se encuentran consignados en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹⁰³.

Por su parte, Julio Frenk, ex-Secretario de Salud de México, definió hace algunos años a la equidad en salud en dos dimensiones: en la primera refiere que los recursos son distribuidos en forma proporcional a la contribución de cada individuo; y en la segunda, señala que la equidad en salud existe cuando los recursos son distribuidos en forma proporcional a las necesidades de cada quien.¹⁰⁴

Para Tamayo, la taxonomía clásica de equidad en salud resulta más amplia, ya que permite plantear la vinculación entre sanidad y equidad, por lo tanto habrá equidad en salud cuando exista lo siguiente:

¹⁰² Gustavo Bergonzoli, *Sala Situacional, Instrumento para la Vigilancia de Salud Pública*, Guatemala, Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon", 2006, p. 29, http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/Biblio/Sala_situacional.G.Bergonzoli.pdf

¹⁰³ Instituto Interamericano de los Derechos Humanos. Instrumentos Internacionales de Protección de los Derechos Humanos. San José, Costa Rica: Comisión de la Unión Europea; 1998

¹⁰⁴ Frenk Julio, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1997, <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/toc.htm>

- a) Igualdad de salud
- b) Igual utilización de la asistencia sanitaria (para igual necesidad)
- c) Igualdad de acceso a la asistencia sanitaria (para igual necesidad)
- d) Igual gasto sanitario per cápita

Otra manera, muy parecida para clasificar y definir la equidad en salud es la que propone Tovar y colaboradores, el cual la define en tres dimensiones:

a) Equidad en la asignación de recursos financieros. Lo cual significa, que cada población y área dispongan del volumen de dinero suficiente para satisfacer sus necesidades. Para lo cual es importante discernir entre tratamiento igualitario (todos recibir lo mismo) y tratamiento equitativo (cada uno reciba lo que necesita, de acuerdo a las características de cada individuo).

b) Equidad en el acceso a los servicios. Lo que implica, la posibilidad de recibir atención en cualquier episodio de enfermedad y en cualquier nivel de complejidad, de manera equivalente para todos los ciudadanos.

c) Equidad en los resultados. Es el extremo en cuanto a equidad, ya que ofrece la posibilidad de alcanzar resultados equitativos de salud para todos los individuos, sin importar las condiciones sociales, económicas, el lugar de origen y su trabajo.¹⁰⁵

Mientras que la Organización Mundial de la Salud pide a todos los miembros parte que reúnan tres recomendaciones principales:

1. Mejorar las condiciones de vida;
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos;

¹⁰⁵ Gutiérrez Alba, Gaudencio, "Equidad del gasto público en salud en población abierta de Veracruz", en Ladrón de Guevara Morales, Elsa (Comp.), Gestión del Conocimiento III y Salud Pública III, Producto de los Módulos, México, Colecciones Educativas 5 en Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, p.238, <http://www.uv.mx/msp/files/2013/01/COLECCIONES-EDUCATIVAS-5.pdf>

3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Es así como en nuestro país se han logrado avances, ya que la población población está viviendo más y con mejores condiciones de salud, la esperanza de vida al nacer pasó de 41.5 en 1940 a 74.3 en 2012, los avances en el estado de la salud de la población se deben en buena medida a las mejores condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. No obstante, México, aun tiene un largo camino por recorrer para lograr indicadores de salud similares a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

Indicador	México	OCDE
Esperanza de vida al nacimiento (años) ambos sexos	74.2	80.1
Mujeres	77.2	82.8
Hombres	71.2	77.3
Esperanza de vida a los 65 años ambos sexos	17.6	19.3
Mujeres	18.5	20.9
Hombres	18.5	20.9
Bajo peso al nacer (a)	8.6	6.8
Tasa de mortalidad neonatal (b)	8.6	2.8
Tasa de mortalidad infantil (b)	13.7	4.1
Razón de mortalidad materna c)	43.0	7.3
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino (d)	12.3	3.7
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte (e)	14.4	7.7

Notas: a) por 100 nacidos vivos; b) por 1,000 nacidos vivos; c) por 100,000 nacidos vivos; d) por 100,000 mujeres; e) por 100, 000 habitantes.*Estimado con datos de 2011 o del último año disponible para cada país. Fuente: INEGI/SS (2012^a) y OECD (2013^a)

México cuenta con una población de 112,3 millones de habitantes (2010). La proporción de hombres (48.8%) y mujeres (51.2%). Las proyecciones para 2030

estiman una población de 120.9 millones con una tasa de crecimiento anual de 0.69%¹⁰⁶.

El desarrollo demográfico reciente de México se caracteriza por un descenso de la mortalidad general (de 27 defunciones por 1000 habitantes en 1930 a 4.9 por 1000 en 2008), un incremento en la esperanza de vida (de 34 años en 1930 a 75.1 años en 2008) y una disminución de la fecundidad (de siete hijos por mujer en edad reproductiva en los años sesenta a 2.1 en 2008).

Estos tres fenómenos han dado lugar a un envejecimiento poblacional, que supone una participación creciente de los adultos mayores en la estructura de la población. La población de adultos mayores muestra una tasa de crecimiento superior de 4% anual que la llevará a concentrar poco más de la cuarta parte de la población nacional en 2050.

El aumento de esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte. México presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. A mitad del siglo pasado, alrededor de 50% de los decesos en el país se debían a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición.

Hoy estas enfermedades concentran menos del 15% de los decesos, mientras que los padecimientos no transmisibles y las lesiones son responsables de poco menos de 75% y 11% de las muertes en el país respectivamente.

En 1940 la principal causa de muerte en México eran las infecciones gastrointestinales. Pero hoy la principal causa de muerte en hombres y mujeres es la diabetes mellitus¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Conociendo México, México, INEGI, 2012, p. 22, http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/mexcon/follet_o_nacional_pliegos_baja.pdf

Esta transición demográfica en paralelo con estilos de vida no saludables (como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, el sedentarismo y la ingesta de dietas hipocalóricas) se ha traducido en una prevalencia importante de enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, y a consecuencia de que en el Sistema Nacional de Salud se ha privilegiado la atención médica sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades y por la falta de corresponsabilidad de la población, estas enfermedades se están traduciendo en un incremento de la mortalidad¹⁰⁸. A continuación se establece las dos principales causas de muerte por grupo de edad en el año 2012:

- De 65 años y más: enfermedades del corazón y diabetes mellitus.
- De 45 a 64 años: diabetes mellitus y tumores malignos.
- De 25 a 44 años: agresiones y accidentes.
- De 15 a 24 años: accidentes y agresiones.
- De 5 a 14 años: accidentes y tumores malignos.
- De 1 a 4 años: accidentes y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
- Menores de 1 año: afecciones originadas en el periodo perinatal, así como malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas¹⁰⁹.

Las enfermedades no trasmisibles y las lesiones dominan el perfil de salud del país, pero las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la desnutrición siguen estando presentes en las comunidades con mayor marginación. En Guerrero, por ejemplo, la tasa de mortalidad en menores de 5

¹⁰⁷ Gómez Dantes Octavio, Sesma Becerril, Sergio et al., "Sistema de Salud de México", *Salud pública de México*, México, 2011, vol.53, n.2, pp. 221-222, <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

¹⁰⁸ De acuerdo con Gutiérrez, Guajardo y Álvarez (2012), el costo indirecto por pérdida de productividad debida a muerte prematura en población en edad de trabajar, derivada de cuatro grupos de enfermedades vinculadas con la obesidad —diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y cáncer colorrecta- se estimó para 2008 en 25,000 millones de pesos y se estima que en el 2017 se ubique entre 73,000 y 101,000 millones de pesos. cáncer colorrecta— se estimó para 2008 en 25,000 millones de pesos y se estima que en el 2017 se ubique entre 73,000 y 101,000 millones de pesos. http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf

¹⁰⁹ *Ibidem*, op. cit., nota 107, p. 29

años es de 25.3 por 1000 menores de 5 años, mientras que en Nuevo León es de sólo 13.1. La razón de mortalidad materna en Oaxaca (100.2 muertes maternas por 100000) es cuatro veces mayor que la registrada en Tlaxcala (27.2). Y la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años es 24 veces mayor en Oaxaca (19.6 por 100000 niños menores de 5 años) que en Nuevo León (0.8)¹¹⁰.

Aunado a lo anterior, el Estado deberá de implementar todas las herramientas necesarias para que la población mexicana acceda a una integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral. Abordando temas de ampliación de infraestructura y otras modalidades de servicios médicos, especialmente en las localidades más aisladas y dispersas; así como el incremento de recursos humanos resolutivos y acercándose al perfil epidemiológico. Capacitando a los prestadores del servicio en salud, y sobre todo cumpliendo con las recomendaciones de la OMS.

¹¹⁰ Ídem.

CONCLUSIONES

1. El derecho a la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, que consiste en lograr un estado de completo bienestar físico, mental y social, por lo que resulta de importancia destacar que dicho derecho se encuentra reconocido en el Pacto Internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976 en su artículo 12, y en la Observación General número 14.

Lo anterior es de gran interés para que los Estados formulen procedimientos en materia de salud para alcanzar el máximo nivel de efectividad, y que las personas puedan vivir dignamente, apoyándose de programas elaborados por la OMS así como de los tratado Internacionales, para alcanzar los objetivos de accesibilidad, calidad, infraestructura, equidad en el gasto público, eliminando todo tipo de discriminación por raza, edad, sexo, ideología, grupo social o religión, alcanzando a todos los seres humanos, por medio de establecimientos, bienes y servicios de salud.

Habría que decir también que los Estados tienen el deber de impedir que terceros vulneren el derecho a la salud, estableciendo modelos para el control de la comercialización y utilización del equipo médico al igual que de los medicamentos.

2. La protección a la salud en México se estable en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin embargo, cabe destacar que desde su formación del sistema de salud inició con problemas de fragmentación entre su población asegurada y la no asegurada, lo cual originó el empobrecimiento de los mexicanos que no contaban con seguridad social, ya que el gasto corría a través de sus bolsillos.

Fue hasta el 2004 que se creó el Seguro Popular para apoyar a todos aquellos mexicanos que no contaban con seguridad social, apoyándolos con un financiamiento en donde los afiliados pagan una cuota mínima de acuerdo a sus ingresos económicos y el resto es proporcionado por el Estado. No obstante lo anterior, no se ha logrado una cobertura del 100% de la población mexicana, y México, en comparación de otros países que forman parte de la OCDE, enfrenta importantes problemas referentes a la mortalidad infantil, nacimientos con bajo peso, obesidad, diabetes y cáncer, entre otros; aunado a lo anterior, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, para el 2050 más de la cuarta parte de la población en México será vieja, lo cual implicará más gasto para el Estado.

3. México en los últimos años ha ido en aumento en su PIB referente a la salud, pero la mayor parte de este se va en costos administrativos, por lo que sería de gran importancia realizar, esquemas y estudios para que exista más equidad en la repartición financiera, mejorando así la infraestructura, los recursos humanos, la calidad.

A la par existen desigualdades en el territorio, al destinar no de manera igual y proporcional los recursos financieros, sino que a hay Estados con mayor porcentaje de intervención que otros que viven con menos recursos para el mejoramiento del sistema de salud en su entidad, tal es el caso de Guerrero, Oaxaca, Chiapas.

Por ello es de gran importancia el estudio de la situación actual del sistema de salud, para poder establecer estrategias para que todos los mexicanos sin excepción alguna puedan gozar de una mayor protección a la salud, entre las cuales se encuentran las siguientes:

a). Fomentar una educación de conducta responsable sobre la salud, promoviendo la importancia de una alimentación correcta, generando

estrategias de mercadotecnia social enseñando a todos los mexicanos las formas de una alimentación balanceada, al igual que promoviendo la actividad física de una manera fácil a nivel individual, familiar, escolar y comunitario, creando más espacios de recreación con gimnasios al aire libre. Así mismo, crear programas por medio de los cuales se apoye a las personas a cambiar su mentalidad y autoestima, donde se les enseñe la importancia de cuidar su cuerpo, para prevención de enfermedades como la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial, utilizando todos los medios posibles como son la internet, televisión, radio, obras de teatro, caricaturas, etc., con temas como ¿A ti como te gustaría llegar a la tercera edad?, explicando las formas de llegar sano, por tener cuidados, o enfermos por los exceso de comida y del sedentarismo.

b). Fomentar la prevención de enfermedades por medio de chequeos por lo menos una vez al año; promover campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades para una mejor vida, con programas que animen a las personas a participar, con mensajes de “Valoración oportuna salva vidas”, para promover los chequeos. Mejorar los sistemas de vigilancia ambiental y epidemiológica, así como reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas, respiratorias y tratamiento oportuno de tuberculosis. Esto como objetivo de hacer un cambio del modelo de atención darle prioridad a lo preventivo antes que lo curativo.

c). Impulsar programas para el control de adicciones, promover la salud sexual y reproductiva responsable, prevenir enfermedades como el VIH, fomentar el cuidado prenatal para reducir los índices de mortalidad materno-infantil.

d). Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, donde se vea mejores resultados de salud, adecuando de una manera equitativa para todos los estados el financiamiento según las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población, inculcar la donación de órganos,

incrementar la capacitación para doctores, enfermeras y personal de salud, para aumentar el porcentaje de recursos humanos.

e). Plantear la conformación de un Sistema Universal de Salud que los servicios de salud, con los que contamos en este momento, haciendo una reestructuración para solo contar con uno solo, con la finalidad de lograr lo establecido en el artículo 4º Constitucional “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, sin distinción alguna, de tal forma que las personas puedan recibir el servicio de salud sin importar la condición social o laboral. También se debe mejorar la equidad en esta materia entre las entidades federativas, así como buscar recursos económicos coordinándose con la SHCP.

f). Promover el expediente electrónico universal de todos los mexicanos, para contar con los datos en cualquier momento.

g). Desarrollar sistemas de evaluación en salud, monitoreando el desempeño de los servicios, así como establecer mecanismos de rendición de cuentas, con carácter de obligatoriedad para desarrollar dispositivos para mejorar la accesibilidad, desarrollo y efectividad en el financiamiento invertido.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVICH, Víctor y Courtis, Christian, *Los derechos sociales como derecho exigibles*, 2da. ed., Madrid, Trotta, 2002.

CAMPERO, Yáñez, H. Valentín, *La Administración Pública y el Derecho a la Protección de la Salud en México*, México, Instituto Nacional de Administración Pública, 2000.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *El derecho a la salud*, Folleto informativo nº 31, Génova, Oficina de las Naciones Unidas Alto Comisionario para los Derechos Humanos, OMS, 2008.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud en México*, México, Secretaría de Salud de México, 2005.

PÉREZ, Argüelles Mariana, *Cinco miradas sobre el derecho a la salud: Estudios de caso en México, el Salvador y Nicaragua*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2010.

2. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS CIBERNÉTICAS

BERGONZOLI, Gustavo. *Sala Situacional, Instrumento para la Vigilancia de Salud Pública*, Guatemala, Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, 2006, http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/Biblio/Sala_situacional.G.Bergonzoli.pdf

CHERTORIVSKI, Woldenberg, Salomón, *Manual de Organización General de la Secretaría de Salud*, México, 2012, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n236.pdf>

- CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Instituto Interamericano de los Derechos Humanos. Instrumentos Internacionales de Protección de los Derechos Humanos. San José, Costa Rica: Comisión de la Unión Europea; 1998, <http://www.corteidh.or.cr/docs/libros/fixvol2.pdf>
- FAJARDO, Dolcí, Germán y Hernández Torres, Francisco , *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención de la salud*, México, Secretaría de Salud, 2012, http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/libro_salud_completo.pdf
- FRENK, Julio, *Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular)*, Secretaría de Salud, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a040703.html>
- GUTIÉRREZ, JP, Rivera-Dommarco J. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales*, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012, <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). *Conociendo México*, México, INEGI, 2012, http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/mexcon/folleto_nacional_pliegos_baja.pdf
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y GEOGRAFÍA(INEGI). *Indicadores sobre el Derecho a la salud en México*, México, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2011, http://www.pudh.unam.mx/repositorio/OACNUDH%20Indicadores_Salud,%202010.pdf
- MÉXICO. *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio de 2003, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/262.pdf>.

- . *Ley General de las Personas con Discapacidad*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2005, <http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/leypersonasdiscapacidad.pdf>.
- . *Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de enero de 1988, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/148.pdf>
- . *Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, México, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/d030696.html>
- . *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, publicada en el Diario Oficial Federación 19 de julio del 2013. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>.
- . *Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de febrero de 2006, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n252.pdf>
- . *Ley de Asistencia Social*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de septiembre de 2004, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270.pdf>
- MÉXICO. *Ley de Desarrollo Rural Sustentable*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de diciembre de 2001, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/235.pdf>.
- . *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002, artículo 5º, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
- . *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2007, México, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>.

MÉXICO. *Ley del Seguro Social*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>

----- . *Ley Federal del Trabajo*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de abril de 1970, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>.

----- . *Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de febrero de 2007, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>.

----- . *Ley General de Salud*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

----- . *Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 2006, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIMH.pdf>.

----- . *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 1976, México, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153.pdf>.

MÉXICO. *Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de mayo de 2000, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf>

----- . *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, Programa Sectorial de Salud, Gobierno de la República, http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf

MOCTEZUMA Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2000, <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/80/tc.pdf>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Oficina del Alto

Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

----- *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Convención sobre los Derechos del Niño*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

----- *Declaración Universal de Derechos Humanos*, Asamblea General de las Naciones Unidas, <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

----- *Observación General número 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel de posible salud*, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14

----- *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1976, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE NORMALIZACIÓN. ISO 9000 *Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario* (Traducción certificada). Ginebra: ISO; 2005, http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO_9000_2005.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Alma-Ata 1978 Atención Primaria de Salud*, Organización Mundial de la Salud, serie salud para todos, nº 1. 1978, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

----- *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* Conferencia Internacional de la Salud, Génova: Documentos básicos. Suplemento de la 45ª edición, Italia, 2006, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

- . *Informe sobre la salud en el mundo 2010, La Financiación de los Sistemas de Salud, El Camino hacia la cobertura universal*, Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2010, http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
- RIVERO, Vázquez, Samuel (coord.), *Encuesta Nacional de Salud 2000, Vivienda, población y utilización de servicios de salud*, t. I, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003, http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf.
- RUIZ, Medina, Manuel Ildelfonso, *Políticas Públicas en Salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa*, México, Universidad Autónoma de Sinaloa, tesis, eumed.net, <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/indice.htm>.
- SECRETARÍA DE SALUD, México, 2005. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7723.pdf>
- SECRETARÍA DE SALUD, *Instituto Nacional de de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, México, Secretaría de Salud, <http://www.inprf.gob.mx/inprf/antecedentes.html>.
- , Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, México, Secretaría de Salud, <http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/instituto.html> y <http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/Historia.html>, se ha tomado la información más importante sobre la formación, objetivos y alcances.
- Hospital Infantil de México Federico Gómez*, México, <http://www.himfg.edu.mx/interior/misionvision.html>.
- . *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes*, México, Secretaría de Salud, <http://www.inper.edu.mx/quienessomos/misionvision.html>.
- .*Instituto Nacional de Rehabilitación*, México, Secretaría de Salud, <http://www.inr.gob.mx/g20.htm>.

- .Instituto Nacional de Cancerología, México, <http://www.incan.salud.gob.mx/contenido/acercade/quienesomos.html> y <http://www.incan.salud.gob.mx/contenido/acercade/historia.html>.*
- SECRETARÍA DE SALUD. *Instituto Nacional de Cardiología, México, https://www.cardiologia.org.mx/el_instituto/presentacion/ y https://www.cardiologia.org.mx/el_instituto/antecedentes_historicos/.*
- SECRETARÍA DE SALUD. *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, http://www.innsz.mx/opencms/contenido/conoce/historia_instituto.html.*
- SECRETARÍA DE SALUD. *Instituto Nacional de de Pediatría, México, Secretaría de Salud, <http://www.pediatria.gob.mx/rehistoria.html>.*
- .Instituto Nacional de Geriátría, México, Secretaría de Salud <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/historia.html>.*
- .Instituto Nacional de Medicina Genómica, México, <http://www.inmegen.gob.mx/es/acerca-de/>*
- . Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México, Secretaría de Salud, <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/instituto/instituto.html>*
- . Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México, 2012, http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_06.pdf*
- . Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, Secretaría de Salud, 2007, http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf*
- . Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y*
- . Sistema de Protección Social en Salud, Informe de resultados enero-junio 2013, México, Secretaría de Salud, <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/Informe-de-Resultados-del-SPSS-Enero-Junio%202013.pdf>*

-----. *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de resultados enero-junio 2013*, México, Secretaría de Salud, <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/Informe-de-Resultados-del-SPSS-Enero-Junio%202013.pdf>

SOTO, Estrada Guadalupe, *Rasgos Generales del sistema de salud en México*, Antología, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 2012, <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/15.pdf>

3. REFERENCIAS HEMEROGRÁFICAS

CARRILLO, Castro Alejandro, "El ISSSTE: La salud y la seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado", *Revista de Administración Pública, Administración del Sector Salud*, México, Instituto Nacional de Administración Pública, número 69-70, enero-junio, 1987, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/69/pr/pr0.pdf>

COMES, Yamila, Solitario, Romina, *El concepto de Accesibilidad: La perspectiva Relacional entre población y servicios*, Facultad de Psicología, UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de Investigaciones, volumen XIV, Buenos Aires, Argentina, 2006, <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v14/v14a19.pdf>

FRENK, Julio, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1997, <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/toc.htm>

GÓMEZ, Dantes Octavio, Sesma Becerril, Sergio et al., "Sistema de Salud de México", *Salud pública de México*, México, 2011, vol.53, n.2, <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

GUTIÉRREZ, Alba, Gaudencio, "Equidad del gasto público en salud en población abierta de Veracruz", en Ladrón de Guevara Morales, Elsa (Comp.), *Gestión del Conocimiento III y Salud Pública III*, Producto de los Módulos, México, Colecciones Educativas 5 en Salud Pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, <http://www.uv.mx/msp/files/2013/01/COLECCIONES-EDUCATIVAS-5.pdf>

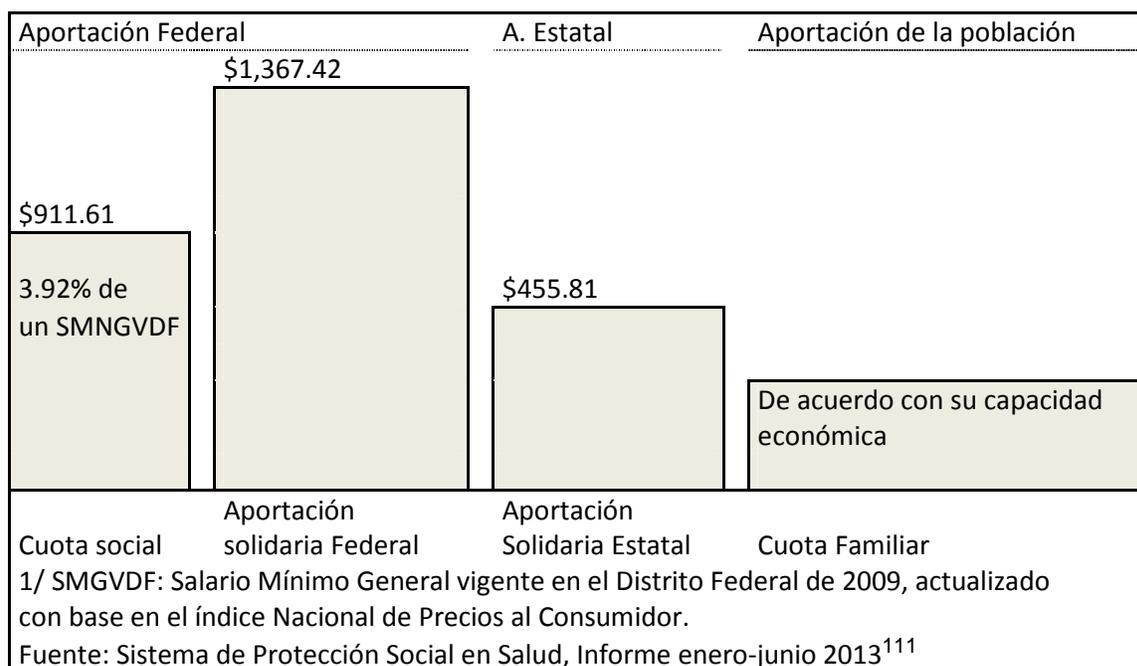
HERNÁNDEZ-ÁVILA, Juan, et al., "Cobertura geográfica del sistema mexicano de salud y análisis espacial de la utilización de hospitales generales de la Secretaría de Salud en 1998", *Salud Pública de México*, 2002, Vol. 44, número 6, noviembre-diciembre, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10644604>.

- KNAUL FM ,González-Pier E. Gómez-Dantes O. et al., "Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México", *Salud pública de México*, México, 2013, vol.55, n.2, http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20No%202%20Marzo%20Abril/8Lancet.pdf.
- MAYER-SERRA, Carlos Elizondo, "El derecho a la protección de la salud", *Salud pública de México*, México, 2007, vol.49, n.2, http://www.scielo.or.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

ANEXOS

ANEXO 1

A continuación se muestra una grafica de aportación anual por persona al Seguro Popular de acuerdo al informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud de enero- junio 2013.



ANEXO 2

Se muestra el Catalogo Universal de Servicios de Salud 2012, ampliándose la cobertura a los derechohabientes al Seguro Popular.

CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD 2012
SALUD PÚBLICA
1. VACUNA BCG
2. VACUNA ANTIHEPATITIS B

¹¹¹ Sistema de Protección Social en Salud, Informe de resultados enero-junio 2013, México, Secretaría de Salud, p. 89, <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/Informe-de-Resultados-del-SPSS-Enero-Junio%202013.pdf>

3. VACUNA PENTAVALENTE CON COMPONENTE PERTUSSIS ACELULAR (DPAT+VIP+HIB)
4. VACUNA CONTRA ROTAVIRUS
5. VACUNA CONJUGADA CONTRA NEUMOCOCO
6. VACUNA ANTI-INFLUENZA
7. VACUNA TRIPLE VIRAL SRP
8. VACUNA DPT
9. VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA ORAL TRIVALENTE TIPO SABIN
10. VACUNA CONTRA EL VIR US DEL PAPILOMA HUMANO
11. VACUNA ANTIHEPATITIS B
12. VACUNA DOBLE VIRAL (SR)
13. TOXOIDES TETÁNICO Y DIFÉTERICO (TD)
14. VACUNA ANTINEUMOCÓCC ICA PARA EL ADULTO MAYOR
15. VACUNA ANTI INFLUENZ A PARA EL ADULTO MAYOR
16. ACCIONES PREVENTIVAS PARA RECIÉN NACIDO
17. ACCIONES PREVENTIVAS PARA MENORES DE 5 AÑOS
18. ACCIO NES PREVENTIVAS PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS
19. DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
20. ACCIONES PREVENTIVAS PARA ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS
21. ACCIONES PREVENTIVAS PARA LA MUJER 20 A 59 AÑOS
22. ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL HOMBRE DE 20 A 59 AÑOS
23. EXAMEN MÉDICO COMPLE TO PARA MUJERES DE 40 A 59 AÑOS
24. EXAMEN MÉDICO COMPLE TO PARA HOMBRES DE 40 A 59 AÑOS
25. PREVENCIÓN Y ATENCIÓ N DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO
26. ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS EN ADELANTE
27. OTRAS ACCIONES DE PR OMOCIÓN A LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS
ATENCIÓN AMBULATORIA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL/FAMILIAR
28. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE ANEMIA FERROPRIVA Y POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B12
29. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE DEFICIENCIA DE VITAMINA A
30. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE ESCARLATINA
31. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS
32. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE VARICELA
33. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA
34. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE TOS FERINA
35. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA
36. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)
37. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE CONJUNTIVITIS
38. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE RINITIS ALÉRGICA
39. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE DENGUE CLÁSICO
40. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO AMBULATORIO DE DIARREA AGUDA
41. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE FIEBRE PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS
42. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE FIEBRE TIFOIDEA
43. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DEL HERPES ZOSTER
44. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIEN TO DE CANDIDIASIS ORAL
45. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE GONORREA
46. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE INFECCIONES POR CLAMIDIA (INCLUYE TRACOMA)
47. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE INFECCIONES POR TRICHOMONA
48. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE SÍFILIS
49. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE CISTITIS
50. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE VAGINITIS AGUDA
51. DIAGNÓSTICO Y TRATAM IENTO DE VULVITIS AGUDA

52. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CHANCRO BLANDO
53. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN POR HERPES GENITAL
54. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE AMEBIASIS INTESTINAL
55. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS
56. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ASCARIASIS
57. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ENTEROBIASIS
58. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE EQUINOCOCOSIS
59. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ESQUISTOSOMIASIS (BILHARZIASIS)
60. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ESTRONGILOIDIASIS
61. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE FILARIASIS
62. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE GIARDIASIS
63. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TENIASIS
64. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRICURIASIS
65. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRIQUINOSIS
66. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE BRUCELOSIS
67. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCABIOSIS
68. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS Y PHTIRIASIS
69. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MICOSIS SUPERFICIALES
70. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ONICOMICOSIS
71. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CELULITIS INFECCIOSA
72. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTROS PADECIMIENTOS INFECCIOSOS DE REZAGO (PALUDISMO, RICKETTSIOSIS, LEPRO, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LEISHMANIOSIS, ONCOCERCOSIS)
73. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO
74. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS ATÓPICA
75. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES
76. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DEL PAÑAL
77. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS EXFOLIATIVA
78. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS SEBORREICA
79. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERRUGAS VULGARES
80. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ACNÉ
81. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEPATITIS A Y B
82. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GASTRITIS AGUDA
83. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE
84. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2
85. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
86. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE OSTEOARTRITIS.
87. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LUMBALGIA
88. OTRAS ATENCIONES DE MEDICINA GENERAL
89. MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPTIVOS HORMONALES (AH)
90. MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PRESERVATIVOS
91. MÉTODO TEMPORAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)
92. ATENCIÓN PRENATAL EN EMBARAZO CONSULTA DE ESPECIALIDAD
93. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
94. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (AUTISMO)
95. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA PRIMARIA
96. ATENCIÓN DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

97. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE LA MAMA
98. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL
99. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS SUBAGUDA Y CRÓNICA
100. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENDOMETRIOSIS
101. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URETRITIS Y SÍNDROME URETRAL
102. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE BAJO
103. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO
104. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN LEVE, MODERADA Y SEVERA
105. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE KWASHIORKOR
106. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MARASMO NUTRICIONAL
107. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SECUELAS DE DESNUTRICIÓN
108. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
109. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA
110. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA SUPURATIVA
111. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SINUSITIS AGUDA
112. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN ADULTOS
113. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA EN NIÑOS
114. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS (TAES)
115. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE
116. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PSORIASIS
117. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESOFAGITIS POR REFLUJO
118. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ÚLCERA PÉPTICA NO PERFORADA
119. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISLIPIDEMIA
120. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO
121. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TORMENTA TIROIDEA
122. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO Y EN ADULTOS
123. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1
124. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA
125. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS
126. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GOTA
127. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE
128. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS AFECTIVOS (DISTIMIA, CICLOTIMIA, ESTADO HIPOMANIACO, DEPRESIÓN Y TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR)
129. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD (ANSIEDAD GENERALIZADA, CRISIS DE ANGUSTIA Y PÁNICO Y REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN [TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO ADAPTATIVO])
130. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS (ESQUIZOFRENIA, IDEAS DELIRANTES, PSICÓTICOS Y ESQUIZOTÍPICO)
131. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE EPILEPSIA
132. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON
133. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA
134. REHABILITACIÓN DE FR ACTURAS
135. REHABILITACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL
136. PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA DE ADICCIONES (CONSEJERÍA)
137. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES ODONTOLÓGICA
138. PREVENCIÓN DE CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL (PROFILAXIS, ODONTOXESIS Y APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR)

139. SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS DENTALES
140. ELIMINACIÓN DE CARIES Y RESTAURACIÓN DE PIEZAS DENTALES CON AMALGAMA, RESINA O IONÓMERO DE VIDRIO
141. ELIMINACIÓN DE FOCOS DE INFECCIÓN Y ABSCESOS (INCLUYE DRENAJE Y FARMACOTERAPIA)
142. EXTRACCIÓN DE DIENTES ERUPCIONADOS Y RESTOS RADICULARES
143. TERAPIA PULPAR
144. EXTRACCIÓN DE TERCER MOLAR
ATENCIÓN EN URGENCIAS
145. ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA
146. ESTABILIZACIÓN DE URGENCIA DEL PACIENTE DIABÉTICO
147. MANEJO DE URGENCIA DEL SÍNDROME HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETOÁSICO
148. ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS POR ANGINA DE PECHO
149. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA, ACCIDENTAL, POR FENOTIAZINAS
150. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ÁLCALIS
151. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR SALICILATOS
152. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL METÍLICO
153. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR ORGANOFOSFORADOS
154. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA POR MONÓXIDO DE CARBONO
155. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MORDEDURA DE SERPIENTE
156. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ALACRANISMO
157. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PICADURAS DE ABEJA, ARAÑA Y OTROS ARTRÓPODOS
158. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA ALIMENTARIA
159. MANEJO DE MORDEDURA Y PREVENCIÓN DE RABIA EN HUMANOS
160. EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS
161. MANEJO DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE TEJIDOS BLANDOS (CURACIÓN Y SUTURAS)
162. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE (GLASGOW 14-15)
163. MANEJO EN URGENCIAS DE QUEMADURAS DE PRIMER GRADO
164. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE CERVICAL
165. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE HOMBRO
166. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE CODO
167. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE MUÑECA Y MANO
168. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE LA RODILLA
169. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE TOBILLO Y PIE
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN
170. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS
171. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS
172. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUITIS AGUDA
173. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS AGUDAS
174. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MASTOIDITIS
175. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS
176. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN NIÑOS
177. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN EL ADULTO Y ADULTO MAYOR
178. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO
179. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA
180. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE ABORTO

181. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PARTO PRETÉRMINO
182. ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO FISIOLÓGICO
183. PELVI PERITONITIS
184. ENDOMETRITIS PUERPERAL
185. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CHOQUE SÉPTICO PUERPERAL
186. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO
187. ICTERICIA NEONATAL
188. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PREMATURO SIN COMPLICACIONES
189. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PREMATURO CON HIPOTERMIA
190. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO AL NACER
191. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA
192. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA SEVERA
193. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA
194. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA PUERPERAL
195. HEMORRAGIA POR PLACENTA PREVIA O DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMAL
196. INFECCIÓN DE EPISIORRAFIA O HERIDA QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA
197. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL Y URETERAL
198. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LITIASIS DE VÍAS URINARIAS INFERIORES
199. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME ESCROTAL AGUDO (TORSIÓN TESTICULAR, TORSIÓN DE APÉNDICES TESTICULARES, ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS)
200. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA
201. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROSTATITIS AGUDA
202. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE HEMORRÁGICO
203. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO (GLASGOW 9-13)
204. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE PANCREATITIS AGUDA
205. MANEJO HOSPITALARIO DE CRISIS CONVULSIVAS
206. MANEJO HOSPITALARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
207. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (EDEMA AGUDO PULMONAR)
208. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
209. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA SECUNDARIA A DIABETES
210. MANEJO HOSPITALARIO DE ÚLCERA Y PIE DIABÉTICO INFECTADOS
211. MANEJO HOSPITALARIO DE QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO
212. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
213. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE HELLP
214. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CORIOAMNIOÍTIS
215. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE EMBOLIAS OBSTÉTRICAS
216. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL
217. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CARDIOPATÍA FUNCIONAL EN LA MUJER EMBARAZADA
218. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN LA MUJER EMBARAZADA Y PUÉRPERA ACCIONES DE CIRUGÍA GENERAL
219. LAPAROTOMÍA EXPLORADORA
220. APENDICECTOMÍA
221. ESPLENECTOMÍA
222. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR
223. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ISQUEMIA E INFARTO INTESTINAL
224. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
225. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN GÁSTRICA E INTESTINAL

226. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE VÓLVULO COLÓNICO
227. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABSCESO PERIRECTAL
228. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA Y FISURA ANAL
229. HEMORROIDECTOMÍA
230. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA HIATAL
231. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPERTROFIA CONGÉNITA DE PÍLORO
232. HERNIOPLASTÍA CRURAL
233. HERNIOPLASTÍA INGUINAL
234. HERNIOPLASTÍA UMBILICAL
235. HERNIOPLASTÍA VENTRAL
236. COLECISTECTOMÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA
237. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CONDILOMAS
238. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUISTES DE OVARIO
239. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TORSIÓN DE ANEXOS
240. SALPINGOCLASIA (MÉTODO DEFINITIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)
241. ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA
242. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO
243. LEGRADO UTERINO TERAPÉUTICO POR ABORTO INCOMPLETO
244. ATENCIÓN DE CESÁREA Y PUERPERIO QUIRÚRGICO
245. REPARACIÓN UTERINA
246. ABLACIÓN ENDOMETRIAL
247. LAPAROSCOPIA POR ENDOMETRIOSIS
248. MIOMECTOMÍA
249. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL (ELECTIVA O URGENCIA)
250. COLPOPERINEOPLASTÍA
251. VASECTOMÍA (MÉTODO DEFINITIVO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)
252. CIRCUNCISIÓN
253. ORQUIDOPEXIA
254. PROSTATECTOMÍA ABIERTA Y TRANSURETRAL
255. EXTIRPACIÓN DE LESIÓN CANCEROSA DE PIEL (NO INCLUYE MELANOMA)
256. EXTIRPACIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TEJIDOS BLANDOS
257. AMIGDALECTOMÍA CON O SIN ADENOIDECTOMÍA
258. ESCISIÓN DE PAILOMA FARÍNGEO JUVENIL
259. REPARACIÓN DE LABIO HENDIDO Y PALATOPLASTÍA
260. CIRUGÍA DE ACORTAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO
261. CIRUGÍA DE ALARGAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO
262. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE GLAUCOMA
263. ESCISIÓN DE PTERIGIÓN
264. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIDROCEFALIA
265. COLOCACIÓN Y RETIRO DE DIVERSOS CATÉTERES
266. DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO
267. TORACOTOMÍA, PLEUROTOMÍA Y DRENAJE DE TÓRAX
268. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA
269. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PIE EQUINO EN NIÑOS
270. SAFENECTOMÍA
271. REDUCCIÓN QUIRÚRGICA POR LUXACIONES
272. REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CLAVÍCULA
273. REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE HÚMERO (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS O FIJACIÓN EXTERNA)
274. REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS CON FIJACIÓN EXTERNA)

275. REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE MANO
276. REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CADERA (INCLUYE HEMIPRÓTESIS CON ACETÁBULO)
277. REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURAS DE FÉMUR (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS CON FIJACIÓN EXTERNA)
278. REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS CON O SIN FIJACIÓN EXTERNA)
279. REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TOBILLO Y PIE (INCLUYE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS)
280. ARTROPLASTÍA DE RODILLA (INCLUYE CIRUGÍA ARTROSCÓPICA)
281. ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA (INCLUYE PRÓTESIS)
282. AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR SECUNDARIA A PIE DIABÉTICO
283. TRATAMIENTO DE QUISTE SINOVIAL
284. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS (CONSERVADOR Y DEFINITIVO)
285. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CATARATA