



El derecho a la salud para las entidades federativas de México: compendio de indicadores para su diagnóstico

18
AÑOS

coneval
Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide
se puede mejorar



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

El derecho a la salud para las entidades federativas de México: compendio de indicadores para su diagnóstico

Primera edición, febrero, 2024

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle, CP 03100,
alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

Hecho en México

Consulte el catálogo de publicaciones en www.coneval.org.mx

Publicación a cargo de la Coordinación General de Evaluación del CONEVAL. El contenido de esta obra es propiedad del CONEVAL. Se autoriza su reproducción por cualquier sistema mecánico o electrónico para fines no comerciales.

Citación sugerida: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *El derecho a la salud para las entidades federativas de México: compendio de indicadores para su diagnóstico*. Ciudad de México: CONEVAL, 2023.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

CONSEJO ACADÉMICO

Armando Bartra Vergés
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

María del Rosario Cárdenas Elizalde
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Guillermo Cejudo Ramírez
Centro de Investigación y Docencia Económicas

Claudia Vanessa Maldonado Trujillo
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Salomón Nahmad Sittón
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores
en Antropología Social-Pacífico Sur

John Roberto Scott Andretta
Centro de Investigación y Docencia Económicas

SECRETARÍA EJECUTIVA

José Nabor Cruz Marcelo
Secretario Ejecutivo

Karina Barrios Sánchez
Coordinadora General de Evaluación

José Manuel Del Muro Guerrero
Coordinador General de Monitoreo, Entidades
Federativas y Fortalecimiento Institucional

Alida Marcela Gutiérrez Landeros
Coordinadora General de Análisis de la Pobreza

Daniel Gutiérrez Cruz
Coordinador General de Administración

EQUIPO TÉCNICO

José Manuel Del Muro Guerrero
Alberto Castro Jaimes
Ana Karen Muñoz González
Adriana Martínez Reding Flores
Gerardo Ramírez García
Iker Eduardo Álvarez Aguilera

Se agradece la participación de Daniela Monserrat Hernández Rodríguez y Zósimo Ángel Maldonado Reyes quienes participaron en la elaboración de los insumos para este documento.

Contenido

Índice de figuras, gráficas y mapas

Cuadros

Gráficas

Figuras

Mapas

Introducción



El derecho a la salud es uno de los derechos sociales reconocidos en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), por lo que es obligación del Estado mexicano asegurar los medios para su disfrute. A través de diversos indicadores es posible identificar la existencia de brechas en el nivel de cumplimiento de este derecho a lo largo y ancho del país. Entre ellos, el tiempo de espera para recibir atención médica en un hospital, recibir atención sin contar con los materiales y medicamentos necesarios para sanar o la lejanía del domicilio a algún centro de salud, constituyen problemas públicos relacionados con la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud que demandan políticas públicas diferenciadas para ser atendidos.

En el establecimiento de criterios de política orientados a la solución de problemas complejos, los gobiernos enfrentan el desafío de contar con información diversa, de calidad, accesible, periódica y con un nivel de desagregación adecuado. Lo anterior les permite analizar en qué esferas tienen mejor oportunidad de intervenir, elegir aquellas opciones susceptibles de dar los mejores resultados, darles seguimiento y evaluar sus acciones.

Como respuesta a los retos vigentes, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) publica el presente estudio, producto que forma parte de una serie cuyo objetivo es facilitar el acceso y uso de la información sobre derechos sociales en el ámbito estatal. Se trata de un ejercicio sistemático que compila indicadores y fuentes de información orientados al diagnóstico de la salud para las entidades federativas. A lo largo de este compendio se responden dos preguntas que se han vuelto una constante: 1. ¿Cómo identificar objetivos de política pública orientados a derechos?; 2. ¿Qué tipo de información disponible puede utilizarse en el ámbito estatal para el diagnóstico de estas problemáticas, su planeación y seguimiento?

Con lo anterior, se espera que la información generada por el CONEVAL y otros medios disponibles sirva de insumo a diagnósticos u otros documentos de análisis sobre el derecho a la salud en sus ámbitos de acción y coadyuve a la instauración de políticas públicas que disminuyan las brechas en el cumplimiento de este derecho.

Su contenido se divide en tres capítulos. En el primero se sientan las bases del enfoque de derechos, el cual permite organizar los indicadores en dimensiones de acceso efectivo, y se hace una descripción sintética del entramado normativo correspondiente a este derecho social, dado que es la estructura institucional que enmarca los mecanismos de intervención. En el segundo capítulo se exponen indicadores clave que permiten dar cuenta del acceso básico y efectivo a la salud en las entidades federativas, repasamos los hallazgos más destacados en el contexto territorial y se identifican y describen fuentes de información adicionales de interés. Para finalizar, en el tercer capítulo se presentan los resultados del análisis de las acciones y programas sociales en las entidades federativas que se vincularon con las dimensiones del derecho a la salud en 2021.

Capítulo 1

La salud como derecho social

The background of the page features a complex pattern of overlapping, wavy lines in various shades of teal and light green. The lines are thin and create a sense of movement and depth, resembling a topographic map or a stylized, organic texture. The overall color palette is cool and calming, with the teal being a medium-dark shade and the light green being a soft, pastel-like hue.

El enfoque basado en derechos humanos

En diciembre de 2009 México se convirtió en el primer país del mundo en adoptar una metodología oficial para la medición multidimensional de la pobreza, cuyo marco es el enfoque basado en derechos que norma el deber del Estado mexicano hacia el cumplimiento pleno de los derechos sociales de todas las personas. Este deber asocia la pobreza con la falta o limitación en el acceso a medios para el ejercicio de los derechos humanos.

En el caso particular de la salud, su institucionalización se inscribe en el sistema de protección social en México y evoluciona a partir de la segunda mitad del siglo XX, especialmente desde la promulgación de la Ley General de Salud de 1984 y las reformas que le siguieron a principios del siglo XXI.¹ Luego de las reformas realizadas a la Ley General de Salud en 2019 se incorporó en el artículo 26 que “Se definirán criterios de regionalización y de escalonamiento de los servicios para lograr progresivamente la universalización del acceso a servicios de salud integrales”, con lo que se inaugura un nuevo marco para las entidades federativas relativo a sus obligaciones normativas en la provisión de servicios de salud.

Con base en la Ley General de Desarrollo Social (DOF, 2004), la metodología para la medición multidimensional de la pobreza señala que una persona se encuentra en carencia por acceso a los servicios de salud cuando reporta no estar incorporada al Sistema de Protección Social en Salud (CONEVAL, 2018, 2023b). La Medición Multidimensional de la Pobreza (MMP) contempla los elementos básicos indispensables para el ejercicio del derecho, sin embargo, la superación de la carencia implica considerar la disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad y adaptabilidad de los servicios ofrecidos por el Estado, lo cual contextualiza la progresividad del disfrute pleno del derecho a la salud.

Para conocer más sobre la medición multidimensional de la pobreza, dar clic en los siguientes enlaces:

- [Metodología para la Medición Multidimensional de la Pobreza](#)
- [Medición de la Pobreza Multidimensional en México](#)
- [Plataforma para el análisis territorial de la Pobreza](#)
- [Sistema de Información de los Derechos Sociales \(SIDS\)](#)

Acceso efectivo a derechos: salud

La construcción de mecanismos para asegurar el derecho a la salud requiere garantizar no sólo la cobertura, sino una serie de dimensiones que suman a la progresividad en el disfrute de este derecho. En ese marco, la medición multidimensional de la pobreza refiere un acceso elemental a los ser-

¹ Para profundizar en el estado que guarda la estructura normativa y las condiciones generales del derecho a la salud en México a nivel federal, consúltese *Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018* (CONEVAL, 2018) y *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo* (CONEVAL, 2023).

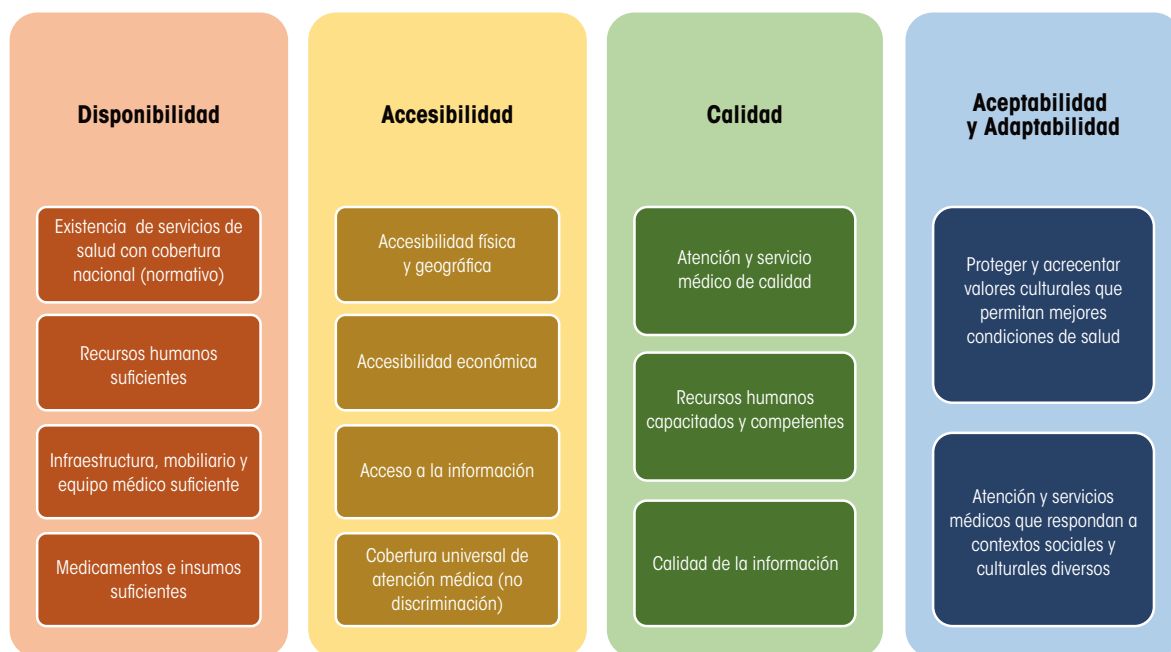
vicios de salud; es por esto que, siguiendo el enfoque de acceso efectivo de derechos, el CONEVAL calcula indicadores complementarios que ayudan a responder qué tan oportuna es la atención, la suficiencia del personal e infraestructura, la accesibilidad y la calidad de los servicios.

El acceso efectivo a derechos sociales en el marco de los derechos humanos se establece en la Observación general No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ONU, 2000), la cual indica que el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados que influyen en el cumplimiento del acceso efectivo (CONEVAL, s.f.-b) al derecho a la salud:

- **Disponibilidad:** se refiere a que los medios para realizar un derecho existen y son suficientes, a través de una oferta de los medios necesarios, ya sean servicios, infraestructura, procedimientos, personal, entre otros aspectos por parte del Estado. (Alza Barco, 2014; IPPDH, 2014; Serrano y Vázquez, 2013).
- **Accesibilidad:** se refiere a que todas las personas puedan obtener los medios necesarios para realizar sus derechos, lo cual implica que el Estado ponga dichos medios al alcance de todos sin discriminación. (Alza Barco, 2014; IPPDH, 2014; Serrano y Vázquez, 2013) La accesibilidad se compone de tres subdimensiones: la no discriminación, la accesibilidad física y la accesibilidad económica (Alza Barco, 2014; Serrano y Vázquez, 2013).
- **Calidad:** se refiere a que los medios de realización del derecho serán óptimos, tengan los requerimientos y propiedades, que les permitan cumplir su función de manera efectiva (Alza Barco, 2014; CDHDF, 2011; Serrano y Vázquez, 2013).
- **Aceptabilidad y adaptabilidad:** se refieren a que los medios de realización de realización del derecho sean idóneos para las necesidades y características de las personas que lo utilizarán, es decir, que los medios deben ajustarse a cada contexto social y cultural específico (IPPDH, 2014; Serrano y Vázquez, 2013).

Con base en la normativa, cada una de las dimensiones contiene atributos que definen la obligación básica del Estado y que son el marco para la delimitación de variables y de un análisis sistemático sobre el ejercicio del derecho a la salud (Alza Barco, 2014; OMS, 2022; IPPDH, 2014).

Figura 1. Atributos del derecho a la salud por dimensión



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en *Documento conceptual y metodológico del Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS)* (CONEVAL, 2020a).

Para conocer más sobre el acceso efectivo al derecho a la salud, dar clic en los siguientes enlaces:

- [Sistema de Información de Derechos Sociales \(CONEVAL\)](#)
- [Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales](#)
- [Observación general No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud \(ECOSOC\)](#)

Marco normativo que regula el derecho a la salud

En la normativa internacional el fundamento al derecho a la salud se incorporó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946 (OMS, 2014: 7); dos años más tarde, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, con representantes de las diferentes regiones del mundo, el 10 de diciembre de 1948 señaló en su artículo 25 lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...] (ONU, 1948).

Figura 2. Marco internacional del derecho a la salud

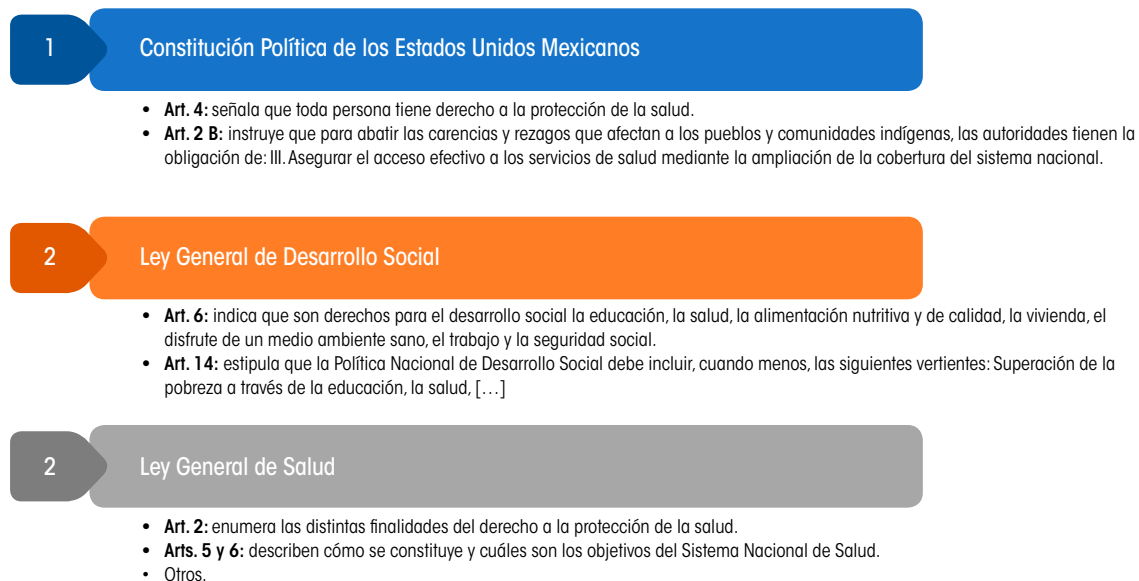


Nota: para profundizar en otros instrumentos normativos internacionales que reconocen el derecho a la salud, y de los que México es parte, se recomienda consultar el *Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018* (CONEVAL, 2018).

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en los instrumentos normativos internacionales considerados en el Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS) (CONEVAL, s.f.-b).

En México, el derecho a la salud fue reconocido por el Estado mexicano en el artículo 4° de la CPEUM (DOF, 1917) en 1983. La legislación que determina las bases, modalidades de acceso y detalla las obligaciones del Estado en la protección de la salud es la Ley General de Salud (DOF, 1984), donde se hace hincapié en que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Adicional al marco normativo federal, las entidades federativas deben considerar sus leyes estatales de salud y cualquier otra norma aplicable en el ámbito estatal.

Figura 3. Normativa nacional que regula el derecho a la salud



Nota: adicional a la normativa expuesta y de conformidad con el SIDS, otros varios reglamentos y normas se ocupan de la protección de diferentes grupos de población y complementan el marco normativo sobre el derecho a la salud en nuestro país. Esta información está disponible en (CONEVAL, s.f.-b), en la sección "Acervo normativo del SIDS".

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la normativa vigente.

Capítulo 2

¿Cómo conocer el estado actual del derecho a la salud en las entidades federativas?

En el interés de facilitar el uso de la información generada por el CONEVAL para apoyar la toma de decisiones de la política pública estatal, en este capítulo se expone un compendio de indicadores que atienden el estado actual del derecho a la salud en las entidades federativas. En este sentido, el presente capítulo marca un punto de partida para, en futuros ejercicios, profundizar con diagnósticos acordes con la visión y las necesidades de cada entidad federativa.

En primer lugar, el indicador de carencia por acceso a servicios de salud, estipulado en la medición multidimensional de la pobreza, permite identificar el acceso básico de atención en los esquemas de protección pública o privada.² En segundo lugar, con insumos del Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS), se muestran indicadores que dan cuenta del acceso efectivo a la salud por entidad federativa y las brechas de acceso entre grupos poblacionales.

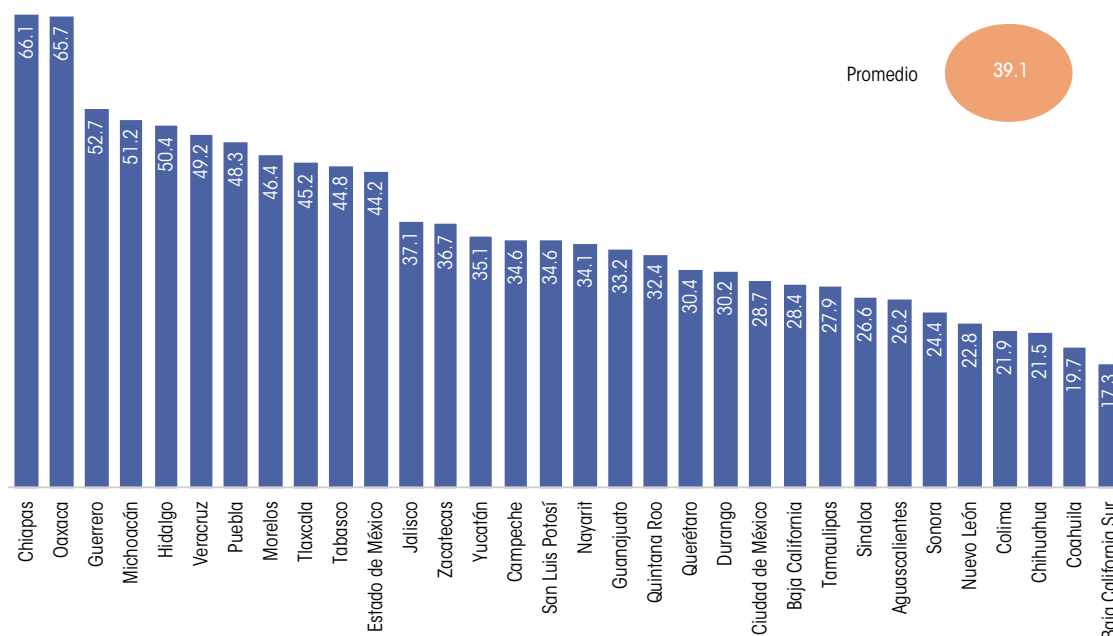
Indicadores de carencia relacionados con el derecho y descripción de los subindicadores a nivel estatal

El indicador de carencia por acceso a servicios de salud con desagregación estatal registra el porcentaje de personas que, a partir de una serie de condiciones, se ha determinado que no cuentan con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución, lo que comprende instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Sedena o Semar), servicios médicos privados y programas o instancias no contributivas (IMSS-Bienestar, INSABI o Seguro Popular, que son incluidos en la fuente de información dado que se trata de un autorreporte).

El indicador en cuestión arroja luz sobre las brechas de cobertura de los servicios de salud en las 32 entidades federativas del país. De acuerdo con las estimaciones más recientes de pobreza multidimensional publicadas por el CONEVAL (s.f.-a) a nivel nacional, en 2022 se observó que 50.4 millones de personas afirmaron no estar afiliadas, inscritas o tener derecho a recibir servicios de salud en una institución pública o privada, equivalente a 39.1 % de la población. Este resultado se sitúa en un escenario particularmente adverso derivado de la contingencia sanitaria internacional provocada por la enfermedad COVID-19, sobre todo en el tema de derecho a la salud.

² Para conocer más sobre este indicador y su evolución, consúltense la "Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020" (CONEVAL, 2021a) y "Notas técnicas pobreza 2022" (CONEVAL, 2023c).

Gráfica 1. Porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud, entidad federativa, 2022

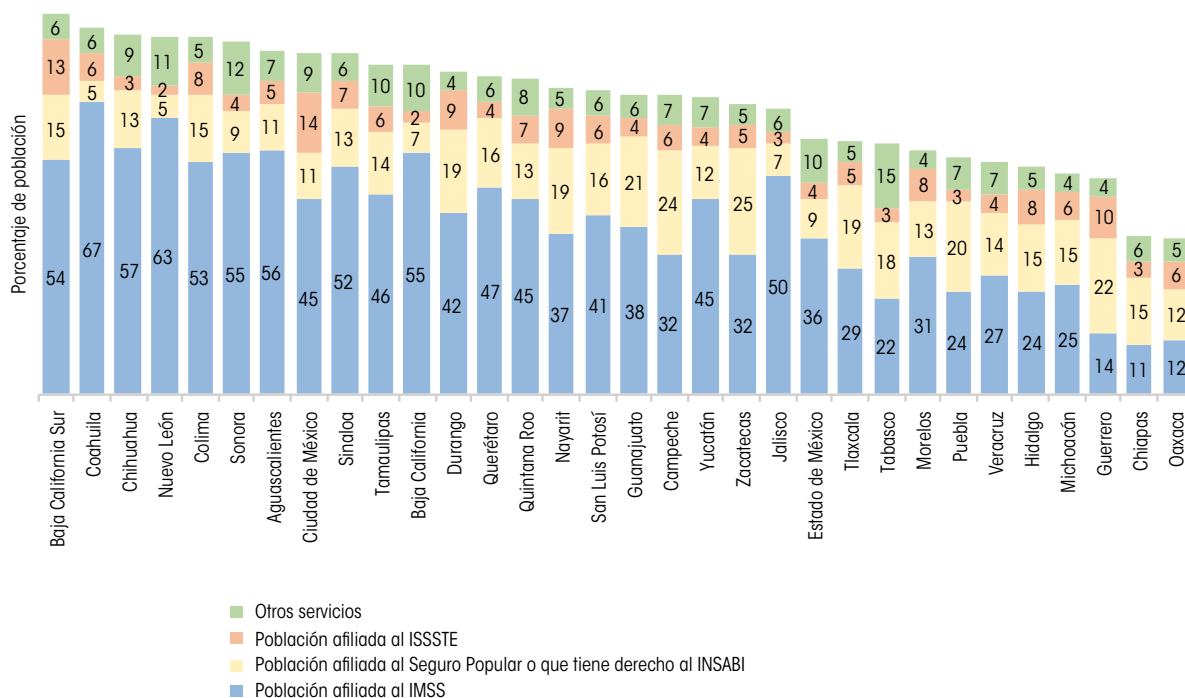


Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENIGH 2022 del INEGI, disponible en el anexo estadístico de la Medición Multidimensional de la Pobreza 2022 (CONEVAL, 2023a).

La gráfica 1 muestra el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud según entidad federativa en 2022. Como se observa, 21 entidades federativas tuvieron una incidencia inferior al promedio nacional (39.1 %), mientras que las 11 entidades restantes se ubicaron por encima de esa cifra. Los mayores niveles en la carencia por acceso a los servicios de salud se concentran en los estados del sur y centro del país, poniendo en evidencia la influencia de factores regionales.

Otro indicador que aporta la medición multidimensional de la pobreza es la información que permite conocer qué servicio congrega el mayor número de afiliados, conocimiento relevante para la definición de criterios de política. En la gráfica 2 se aprecia la población sin carencia por acceso a los servicios de salud por institución. Al respecto, destaca que en las 32 entidades federativas el IMSS y el Seguro Popular/INSABI son las instituciones con el mayor número de afiliados.

Gráfica 2. Acceso a los servicios de salud según institución y tipo de acceso, * 2022



* Una persona puede estar afiliada a más de una institución por lo que las categorías no son excluyentes

Nota: en "Otros servicios" se agrupa población afiliada al IMSS-Prospera/IMSS-Bienestar,³ al ISSSTE estatal, a Pemex, Sedena o Semar, población con seguro privado de gastos médicos, afiliada a otra institución médica distinta de las anteriores y población con acceso indirecto a servicios médicos.⁴

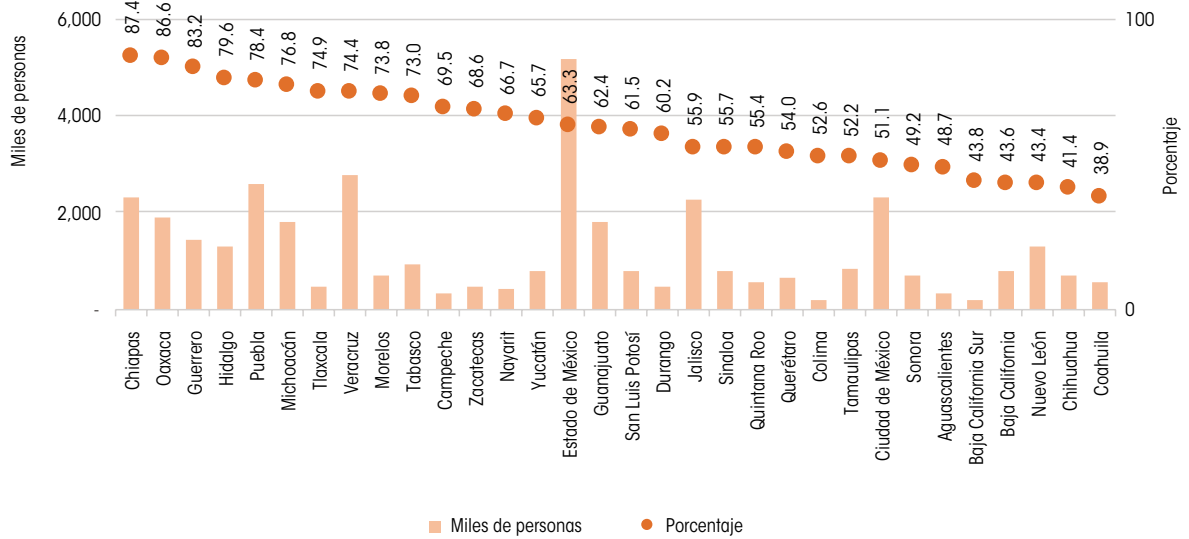
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENIGH 2022 del INEGI, disponible en el anexo estadístico de la Medición Multidimensional de la Pobreza 2022 (CONEVAL, 2023a).

Finalmente, es posible realizar una comparativa entre la población ocupada y la población que no trabaja para identificar cuál de ellas presenta mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. Las gráficas 3 y 4 permiten concluir que, para 2022, la población ocupada presenta niveles de carencia más elevados en comparación con la población que no trabaja en las 32 entidades federativas; la brecha promedio entre unos y otros es de 26.5 puntos porcentuales.

³ A partir de 2020 se incorpora a la población que respondió estar afiliada o inscrita o que tiene acceso a atención médica en el IMSS-Prospera o el IMSS-Bienestar, de acuerdo con el cuestionario de la ENIGH 2020 y 2022. Debe distinguirse esta afiliación no contributiva de la inscripción al IMSS, que consiste en un esquema de protección contributivo por afiliación laboral.

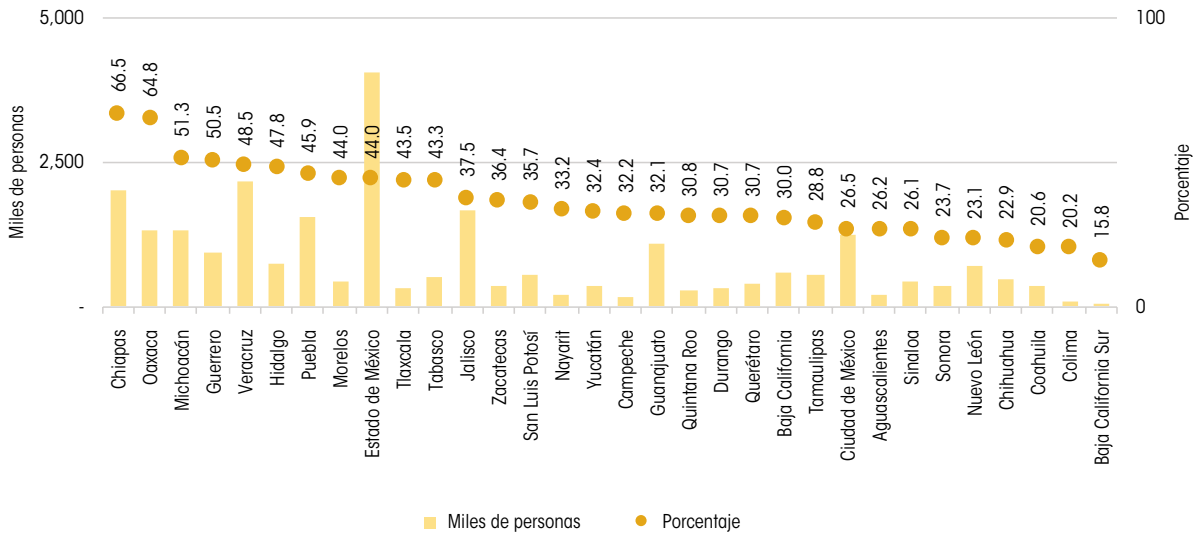
⁴ Identifica a aquellas personas que no reportaron estar afiliadas o inscritas para recibir atención médica por parte de alguna institución, incluido el Seguro Popular, o no reportó el derecho a los servicios del INSABI, aunque recibía atención, por lo que se considera población con acceso vía las redes de parentesco definidas por la ley (núcleos familiares).

Gráfica 3. Población ocupada sin acceso directo a servicios de salud por entidad federativa, 2022



Nota: comprende a la población ocupada que carece de acceso directo por medio de prestación laboral o contratación voluntaria.
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENIGH 2022 del INEGI, disponible en el anexo estadístico de la Medición Multidimensional de la Pobreza 2022 (CONEVAL, 2023a).

Gráfica 4. Población que no trabaja sin acceso a servicios de salud por entidad federativa, 2022



Nota: se considera a la población que no está ocupada (Población no Económicamente Activa -PNEA- y población desocupada).
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENIGH 2022 del INEGI, disponible en el anexo estadístico de la Medición Multidimensional de la Pobreza 2022 (CONEVAL, 2023a).

Indicadores del acceso a la salud

En 2019 el CONEVAL presentó el Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS) con la finalidad de monitorear el acceso efectivo a los derechos sociales como: educación, salud, alimentación, vivienda y seguridad social. El sistema se conforma de 42 indicadores complementarios a la Medición Multidimensional de la Pobreza que dan cuenta de las condiciones de accesibilidad, calidad y disponibilidad del ejercicio efectivo a los derechos sociales; y de otros 137 indicadores que señalan las brechas de desigualdad en grupos específicos como población adulta mayor, población con discapacidad, mujeres indígenas, población joven y población infantil y adolescente, así como un conjunto de indicadores sobre brechas de género.

Referente al acceso efectivo a la salud, el SIDS presenta los indicadores de disponibilidad, accesibilidad y calidad que se enlistan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Indicadores del acceso efectivo a la salud disponibles en el Sistema de Información de Derechos Sociales

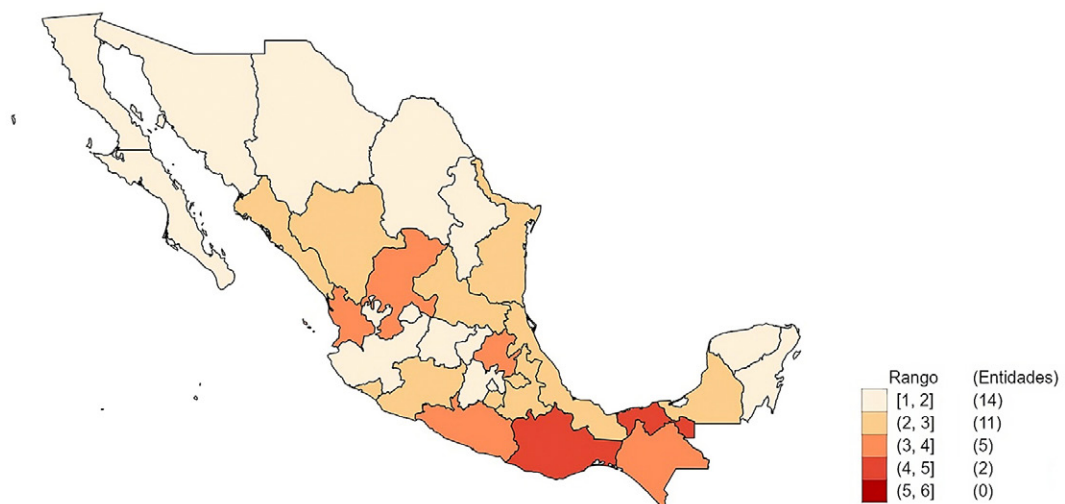
Dimensión	Indicador del SIDS
Disponibilidad	Tasa de consultorios de medicina general en unidades médicas públicas
	Tasa de médicos en contacto con el paciente
	Tasa de camas censables
Accesibilidad	Porcentaje de población que tardaría menos de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia
	Porcentaje de población derechohabiente que no gastó en servicios médicos la última vez que recibió atención médica en instituciones públicas
	Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud*
Calidad	Porcentaje de población que esperó 30 minutos o menos para ser atendida la última vez que buscó atención por problemas de salud
	Tasa de mortalidad infantil
	Porcentaje de población derechohabiente que recibió servicios preventivos en instituciones públicas
	Porcentaje de población derechohabiente que no tuvo que pagar por medicamentos cuando buscó atención en instituciones públicas

* Este indicador no tiene desagregación estatal.

Fuente: elaboración del CONEVAL con información del SIDS Serie 2016-2022 (CONEVAL, s.f.-b)

Los resultados que se detallan a continuación provienen de indicadores en este Sistema con desagregación por entidad federativa. En la dimensión de disponibilidad, entre 2016 y 2021, la tasa de consultorios de medicina general en unidades médicas públicas por cada 10,000 habitantes se ubicó en 2.5 y 2.2 % para cada año. En el mapa 1 se muestra la tasa de consultorios de medicina general en unidades médicas públicas por cada 10,000 habitantes para 2021.

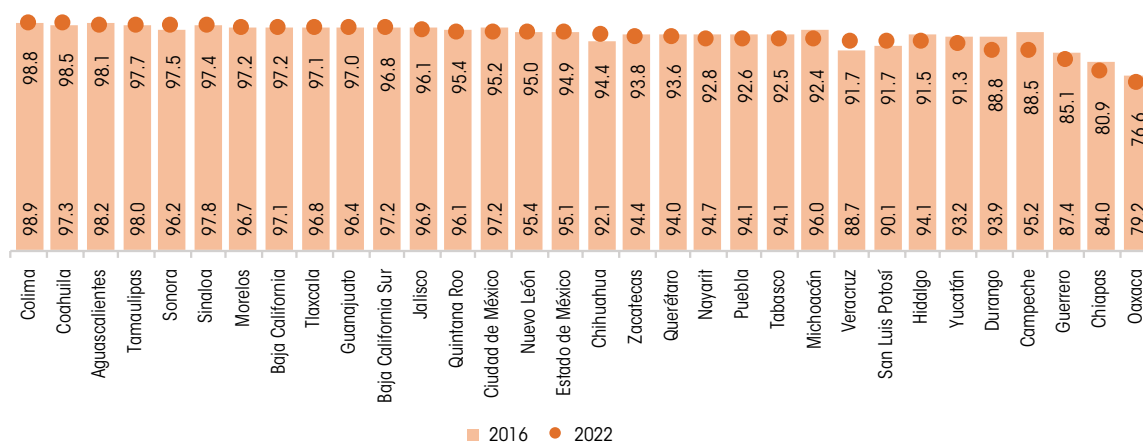
Mapa 1. Tasa de consultorios de medicina general en unidades médicas públicas, 2021



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en: Numerador: "Recursos en Salud Sectorial" en Recursos en Salud (Datos abiertos), Dirección General de Información en Salud. Denominador: Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2020-2070. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Población a mitad de año. Disponible en la plataforma de consulta y visualización del SIDS (CONEVAL, s.f.-b).

En la gráfica 5 se evidencia que en materia de accesibilidad persisten las heterogeneidades en el país. En la subdimensión de accesibilidad física y geográfica, los resultados del indicador sobre el porcentaje de población que tardaría menos de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia permiten concluir que, entre 2016 y 2022, se observan variaciones que oscilan entre -6.78 y 3 puntos porcentuales. Esta información ofrece datos relevantes para el diagnóstico y, con base en la periodicidad de la fuente, el seguimiento de resultados de la política social, entendida como una serie de criterios, normativas y programas en las entidades federativas.

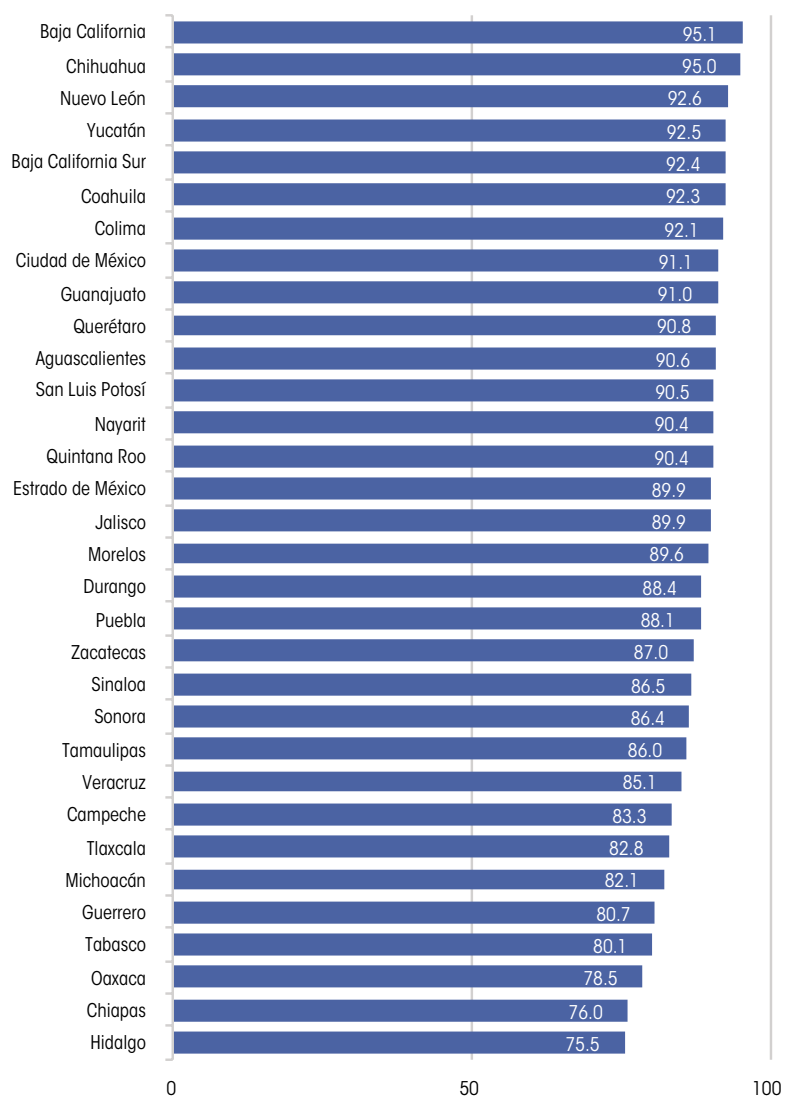
Gráfica 5. Porcentaje de población que tardaría menos de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia por entidad federativa, 2016 y 2022



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares ENIGH (2016 y 2022), disponible en la plataforma de consulta y visualización del SIDS (CONEVAL, s.f.-b)

En la subdimensión de accesibilidad económica, el porcentaje de población derechohabiente que no gastó en servicios médicos la última vez que recibió atención médica en instituciones públicas puede develar información importante sobre el estado de la gratuidad del servicio de salud público. Sobre el particular, 14 entidades alcanzaron en 2022 un porcentaje mayor de 90 % y, como el valor más bajo fue de 75.5 %, se advierte la existencia de brechas entre entidades federativas en la accesibilidad a la salud. Cabe reiterar que estos indicadores no se refieren al acceso básico a los derechos sociales, sino que dan cuenta de la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud que ofrece el Estado para que la población ejerza sus derechos sociales conforme lo establece la normatividad nacional e internacional, de modo que las políticas públicas identifiquen la progresividad en el disfrute de derechos una vez que se supera el piso mínimo de acceso a servicios.

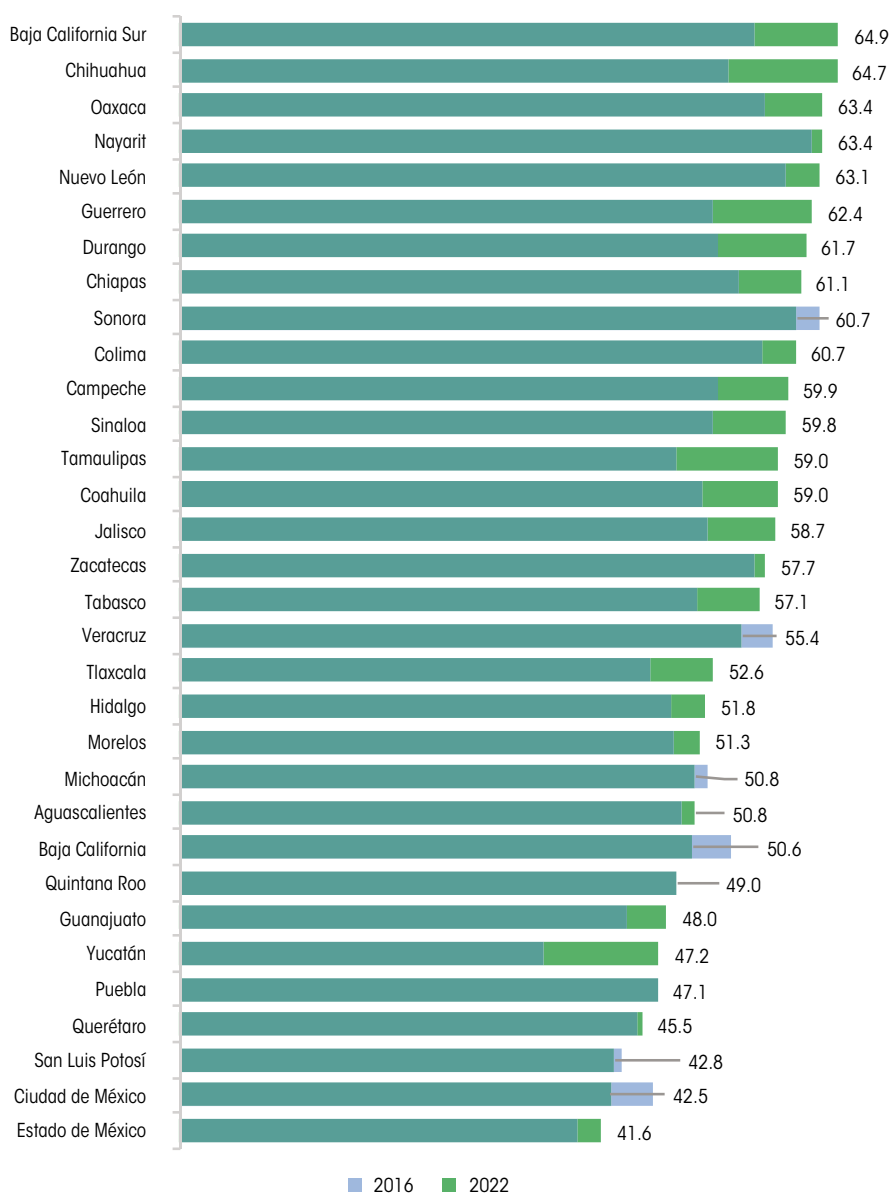
Gráfica 6. Porcentaje de población derechohabiente que no gastó en servicios médicos la última vez que recibió atención médica en instituciones públicas por entidad federativa, 2022



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares ENIGH 2022, disponible en la plataforma de consulta y visualización del SIDS (CONEVAL, s.f.-b).

La subdimensión de atención y servicio médico de calidad estima si los medios para la realización del derecho a la salud cuentan con los requerimientos y propiedades óptimas. La gráfica 7 proporciona un ejemplo según el cual, entre 2016 y 2022, 25 entidades experimentaron un aumento en el porcentaje de población que esperó 30 minutos o menos para ser atendida la última vez que buscó atención por problemas médicos lo cual se traduce en suficiencia del personal, instalaciones e incluso da pie a un incremento de la calidad en la atención médica; por otro lado, en siete entidades se ha identificado una disminución en el indicador en los años de estudio.

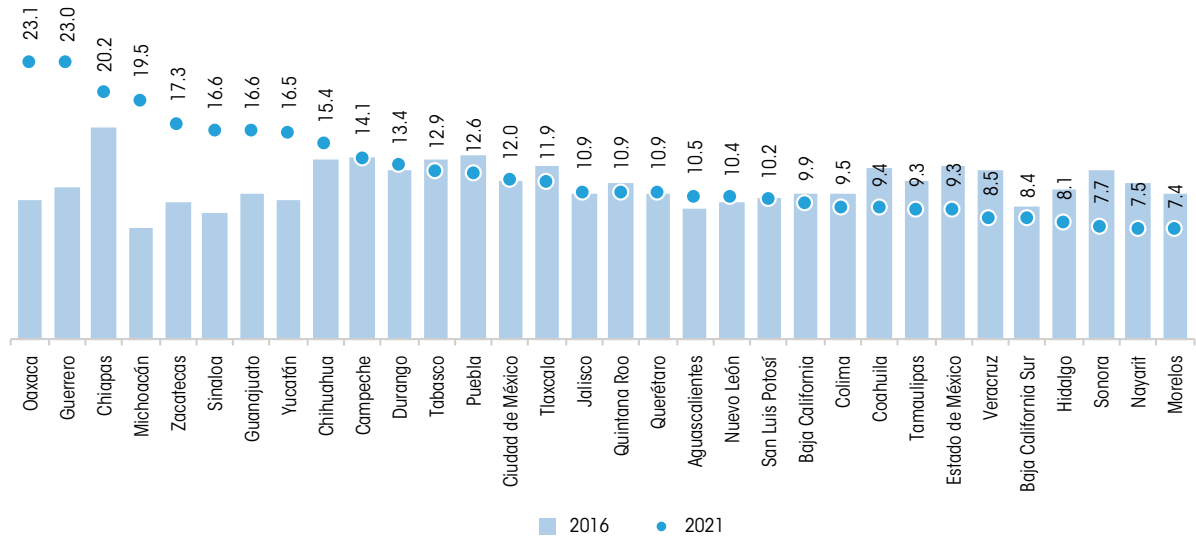
Gráfica 7. Porcentaje de población que esperó 30 minutos o menos para ser atendida la última vez que buscó atención por problemas de salud por entidad federativa, 2016 y 2022



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares ENIGH (2016 y 2022), disponible la plataforma de consulta y visualización del SIDS (CONEVAL, s.f.-b)

Otro indicador de resultados en cuanto a derechos sociales en la dimensión de calidad es la tasa de mortalidad infantil, es decir, el número de defunciones de niños menores de 1 año por cada 1,000 nacidos vivos. La gráfica 8 permite dimensionar una problemática compleja por entidad federativa.

Gráfica 8. Tasa de mortalidad infantil por entidad federativa, 2016 y 2021



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Catálogo Nacional de Indicadores, SNIEG, 2020 y 2021, disponible en el anexo estadístico del SIDS (CONEVAL, s.f.-b).

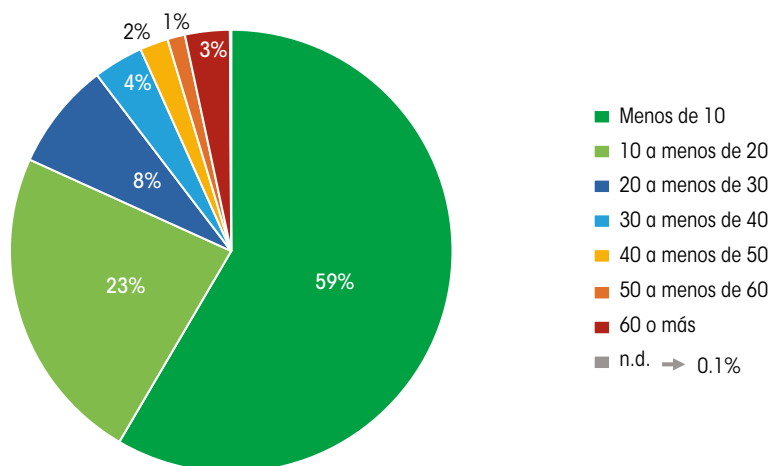
Análisis territorial del derecho a la salud

La Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza (CONEVAL, s.f.-c) es una herramienta para el diagnóstico y seguimiento de resultados en entidades federativas, con capacidad de desagregación estatal, municipal y localidad. En ella confluyen indicadores georreferenciados de cinco esferas: económica, sociodemográfica, geográfica, gobierno e infraestructura. Para esta última, existe información desagregada a nivel localidad sobre el tiempo de traslado a pie y en automóvil hacia infraestructura de salud pública de primero, segundo y tercer nivel.⁵ Debido a que las actualizaciones de esta información corresponden a la frecuencia con la que se publica la fuente de datos, se pueden utilizar para el seguimiento de indicadores hasta nivel componente de intervenciones locales.

La gráfica 9 expone el porcentaje de localidades a nivel nacional según el tiempo de traslado en automóvil, medido en minutos, hacia infraestructura de salud pública de primer nivel para 2020. El 59% de las localidades contaban con una clínica de primer nivel a menos de 10 minutos al usar el automóvil para trasladarse, por otro lado, el 3% se encuentran a una hora o más de distancia, este porcentaje equivale a 6,193 localidades.

⁵ El primer nivel es el más cercano a la población, el nivel de primer contacto con el paciente; el segundo nivel reúne a los hospitales de referencia, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados.

Gráfica 9. Porcentaje de localidades según el tiempo de traslado (en minutos) en automóvil hacia infraestructura de salud pública de primer nivel, porcentaje de localidades 2020



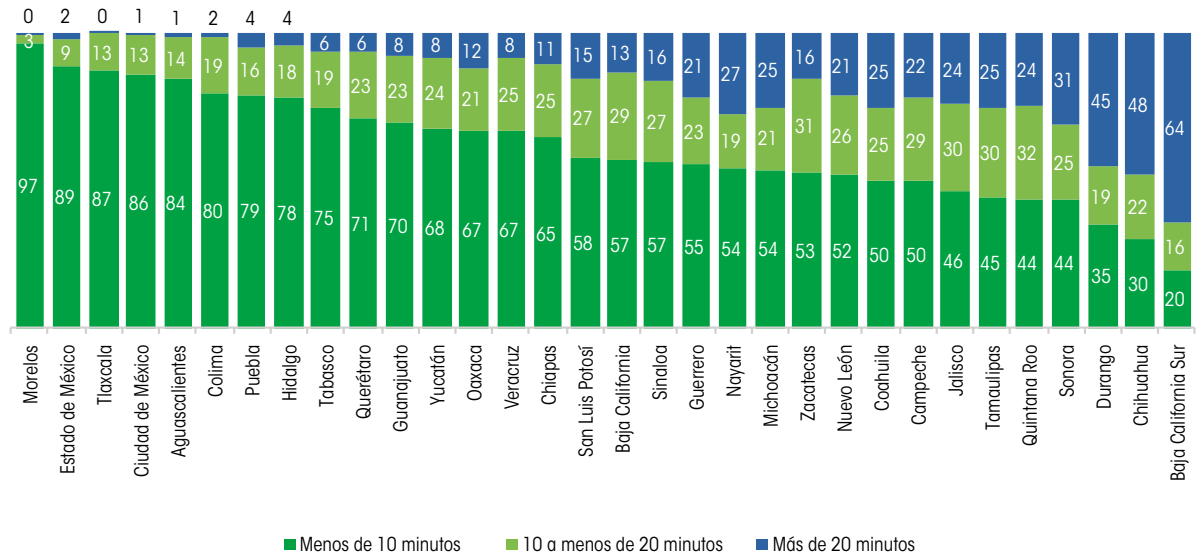
Nota: tiempo de traslado en automóvil expresado en minutos.

Fuente: elaboración del CONEVAL, disponible en la Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza (CONEVAL, s.f.-c).

En la gráfica 10 se ilustra el porcentaje de localidades para cada entidad federativa por tiempo de traslado a un centro de salud de primer nivel. La brecha entre el porcentaje de localidades que se encuentran a menos de 10 minutos de la clínica de primer nivel de salud equivale a 77 puntos porcentuales, 20% en la entidad con menor porcentaje y 97% en la entidad con mayor porcentaje.

Al analizar las brechas entre entidades federativas es importante tomar en cuenta la extensión y distribución de las localidades en el territorio, de tal forma que las intervenciones públicas sean eficientes y respondan a las necesidades específicas del estado. En la Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza pueden hallarse datos puntuales del tiempo de traslado por localidad.

Gráfica 10. Tiempo de traslado (en minutos) en automóvil hacia infraestructura de salud de primer nivel por entidad federativa, 2020

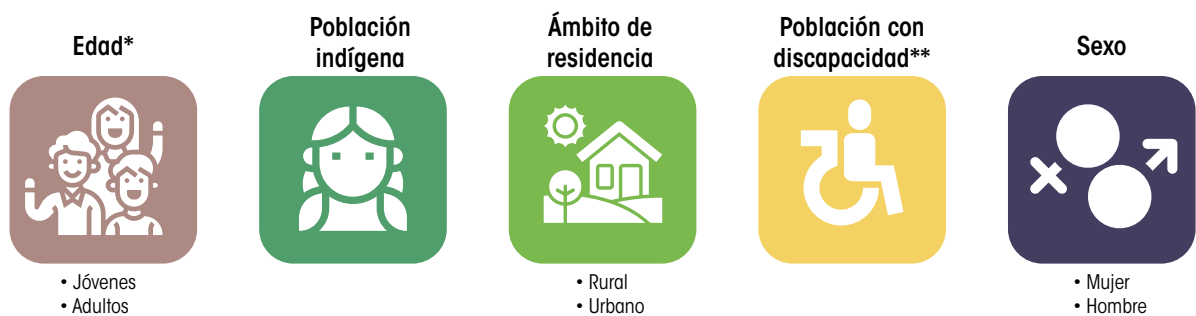


Nota: dentro del cálculo se excluyen las localidades para las que no se tiene información.
Fuente: elaboración del CONEVAL, disponible en la Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza (CONEVAL, s.f.-c).

El derecho a la salud por grupos poblacionales

Como parte de la medición multidimensional de la pobreza y con el objetivo de proveer información específica, el CONEVAL genera información relacionada con la carencia por acceso a los servicios de salud desagregada para los grupos poblacionales vulnerables que, históricamente, han sido discriminados, la conformación de dichos grupos aparece en la figura 4.

Figura 4. Desagregación por grupos poblacionales



* En el ámbito municipal la información por edad se encuentra desagregada así: 1) Niñas, niños y adolescentes (0 a 17 años); 2) Personas jóvenes (18 a 29 años); 3) Personas adultas (30 a 64 años), y 4) Personas adultas mayores (65 o más años). En el ámbito estatal estos datos se hallan desagregados así: 1) Menores de 18 años; 2) Mayores de 18 años; 3) Personas de 65 años y más, y 4) Personas de 64 años y menos.

** La información para personas con discapacidad está disponible a nivel de desagregación estatal y nacional.

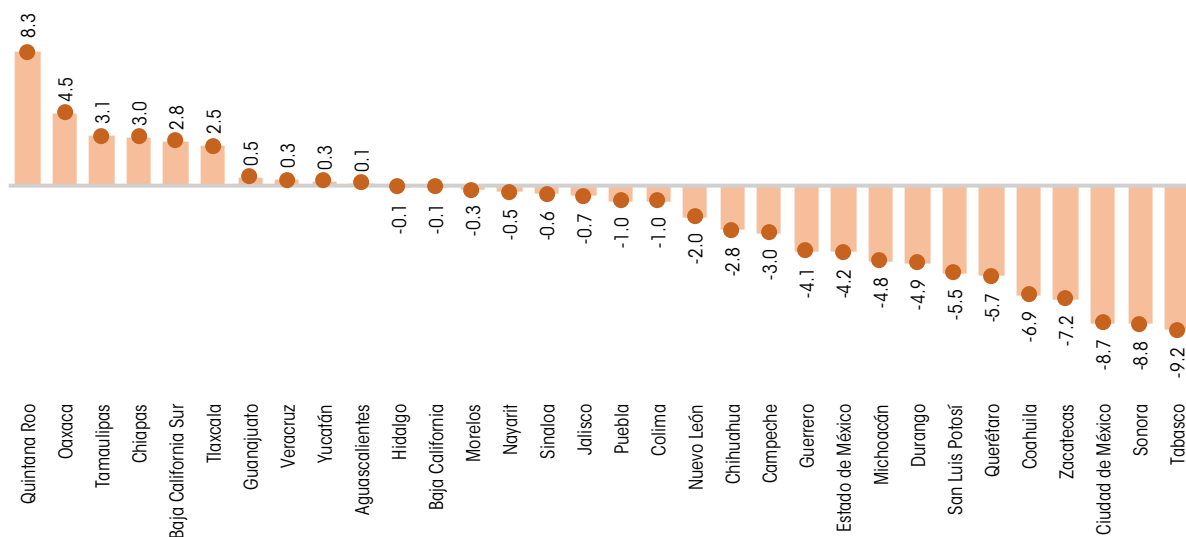
Fuente: elaboración del CONEVAL.

Esta información puede encontrarse actualizada a 2022 para cada uno de los grupos en su desagregación nacional (CONEVAL, s.f.-a) y para los ámbitos estatal (CONEVAL, 2022) y municipal (CONEVAL, 2020b) los datos más recientes corresponden a 2020, lo que refuerza su pertinencia para el diagnóstico de intervenciones relacionadas con el derecho a la salud y en la definición de objetivos con grupos de población específicos. De esta forma, con la información que provee el CONEVAL referente a los grupos poblacionales, los tomadores de decisión en las distintas entidades encargadas de implementar la política social en salud podrán realizar comparaciones por sexo, condición étnica, discapacidad y edad. En cada caso, es recomendable considerar la periodicidad de cada indicador en función de la fuente de datos.

Algunos ejemplos del tipo de información útil extraída de los datos alusivos al acceso a la salud para los grupos poblacionales son el uso por ámbito de residencia. De este modo, para el año 2020, en 22 de las entidades federativas la población que habitaba en las zonas rurales concentró un porcentaje mayor de población con carencia por acceso a los servicios de salud frente a las zonas urbanas de las mismas. De estas entidades, la que presenta una diferencia más grande, equivale a 9.2 puntos porcentuales (32.25 % rural y 23.09 % urbano); por su parte las menores diferencias son menores a un punto porcentual.

Para las 10 entidades restantes, la población que habita en zonas urbanas presenta mayor carencia por acceso a los servicios de salud, el estado con mayor diferencia en el porcentaje equivale a 8.3 puntos porcentuales.

Gráfica 11. Diferencia en el porcentaje de población con carencia por acceso a la salud entre el ámbito urbano y rural, 2020



Fuente: elaboración del CONEVAL con base en la ENIGH 2020 del INEGI, disponible en los *Informes de pobreza y evaluación de las entidades federativas 2022* (CONEVAL, 2022).

Para conocer más sobre la información que genera el CONEVAL sobre el derecho a la salud, dar clic en los siguientes enlaces:

- [Resultados de pobreza en el ámbito federal y entidades federativas](#)
- [Resultados de pobreza en el ámbito municipal](#)
- [Informes de pobreza y evaluación en las entidades federativas](#)
- [Pobreza por grupos poblacionales en la escala municipal](#)
- [Sistema de Información de Derechos Sociales](#)
- [Plataforma para el análisis territorial de la pobreza](#)

Fuentes de información alternativas para el seguimiento de las intervenciones estatales

Con la finalidad de suministrar información diversa y oportuna a los tomadores de decisiones para la creación de diagnósticos en torno al derecho a la salud, como complemento se describen algunos indicadores con desagregación estatal que permiten medir las diferentes dimensiones abordadas en el presente compendio. Estos indicadores son de acceso público y no forman parte de los proyectos de información del CONEVAL, sino que son publicados por instancias diversas. Su revisión es útil para el diagnóstico y seguimiento de las intervenciones estatales. En este Apartado se ordenan también por dimensión de acceso efectivo (cuadro 2).

Cuadro 2. Indicadores del derecho a la salud por dimensión, según fuentes oficiales

Núm.	Indicador	Dimensión*
1	Médicos generales y familiares por cada 1,000 habitantes	Disponibilidad
2	Camas censables por cada 1,000 habitantes	
3	Porcentaje de pacientes con recetas surtidas en forma completa en el primer nivel de atención	
4	Número de psicólogos por cada 1,000 habitantes.	
5	Cobertura con esquema completo de vacunación en menores de 1 año	Accesibilidad
6	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 24 años	
7	Tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años	Calidad
8	Razón de mortalidad materna	
9	Médicos especialistas por cada 1,000 habitantes	
10	Porcentaje de usuarios que consideran bueno el trato recibido en la unidad médica de atención de primer nivel	Adaptabilidad

* La clasificación de la dimensión se adhirió al marco teórico establecido en este documento.

Fuente: elaboración del CONEVAL con información de la Secretaría de Salud.

Adicionalmente, el cuadro 3 reúne otras referencias de información en diferentes áreas de la salud, todas con desagregación estatal, que pueden servir para construir indicadores y dar seguimiento al cumplimiento de los objetivos en la materia. Se organizan por fuente de información.

Cuadro 3. Fuentes de información oficiales sobre el derecho a la salud

Núm.	Fuente	Institución	Descripción
1	Información de salud en el trabajo Datos abiertos	IMSS	Información sobre las actividades que realiza el IMSS, impartición de cursos, asesoría y difusión, entre otros.
2	Información en salud Datos abiertos	IMSS	Datos sobre infraestructura, servicios otorgados, detección de enfermedades y métodos anticonceptivos por ámbito de residencia (rural/urbano) del IMSS.
3	Estadísticas sobre salud y seguridad social	INEGI	Información de derechohabencia en el sector público, estadísticas sobre el sector privado, salud mental y discapacidad.
4	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	Instituto Nacional de Salud Pública	Información sobre la utilización de los servicios de salud, incidencia de enfermedades, acceso a los servicios de salud, salud sexual, patrones de consumo alimenticio y actividad física.
5	Anuario Estadístico	ISSSTE	Datos actualizados sobre derechohabientes, medicamentos, seguros y prestaciones que otorga el ISSSTE.
6	Anuarios de Morbilidad 1984 a 2021	Secretaría de Salud	Información sobre morbilidad, principales causas e incidencia de enfermedades con desagregación estatal en una serie histórica de 1984 a 2022.
7	Datos Abiertos Dirección General de Epidemiología	Secretaría de Salud	Información referente a los casos asociados a COVID-19, dengue y enfermedades febriles exantemáticas.
8	Indicadores del Protocolo de San Salvador	Secretaría de Salud	Indicadores de salud y nutrición sobre menores de edad, salud sexual y reproductiva, y de gasto público en salud.
9	Sistema de Información de la Secretaría de Salud	Secretaría de Salud	Compilación estadística sobre nacimientos, lesiones, defunciones y servicios otorgados con desagregación por sexo, escolaridad, institución de afiliación e indicadores para grupos vulnerables.
10	Indicadores de resultado de los Sistemas de Salud	Secretaría de Salud	Indicadores de mortalidad, recursos físicos, gasto en salud y sobre los servicios otorgados del sector público.
11	Programa Estratégico de Salud para el Bienestar	Secretaría de Salud	Programa estratégico 2022 para dependencias y entidades de la Administración Pública que presenta un diagnóstico del estado del sector salud con indicadores de cobertura, causas de muerte y principales problemas de salud.

Fuente: elaboración del CONEVAL.

La información generada por estas fuentes oficiales asiste en la correcta identificación de los problemas relacionados con la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud y permite dar seguimiento a las intervenciones de forma oportuna.

Con el uso apropiado de estas herramientas y bases de datos públicas se emprenden más acciones y programas que satisfagan las necesidades de una población que cada vez demanda más y mejores servicios de salud. En el capítulo siguiente se identifica la dimensión que atendieron las intervenciones públicas de las entidades federativas en 2021.

Capítulo 3.

Intervenciones relacionadas con la salud en las entidades federativas

Inventario de programas y acciones estatales de desarrollo social

El enfoque de derechos también abarca indicadores de proceso, los cuales detectan las estrategias y acciones encaminadas a garantizar el ejercicio efectivo de los derechos, además del monto de recursos asignados a este objetivo. A lo largo de este documento se ha insistido en que el derecho a la salud debe ser atendido en diferentes dimensiones. Como consecuencia, con base en el Inventario de programas y acciones estatales de desarrollo social se agrupó el número de programas sociales estatales relacionados con la salud, con el objetivo de identificar las dimensiones de acceso efectivo a las que contribuyen. En particular, se utilizó el *Inventario CONEVAL de programas y acciones estatales de desarrollo social 2021* (CONEVAL, 2021b), en el cual hay 115 programas cuyo objetivo se alinea con el derecho a la salud.

Figura 5. Programas y acciones de desarrollo social estatales, 2021



Fuente: elaboración del CONEVAL con información del *Inventario CONEVAL de programas y acciones estatales de desarrollo social 2021* (CONEVAL, 2021b).

Con base en este listado de programas estatales vinculados al derecho a la salud se analizaron sus objetivos y entregables para identificar la dimensión del derecho a la que contribuyen (Figura 6). Para ello, se emplearon las definiciones asociadas a cada dimensión, desarrolladas en el capítulo I. Cada coincidencia significa una contribución alineada a la atención de estas dimensiones; es decir, se trata de intervenciones que no se orientan únicamente a la superación de carencias.

Sin embargo, debe advertirse que esta clasificación no examina el monto asignado a cada programa, ni la cobertura o la efectividad. Su valoración es de tipo descriptivo: un número más elevado de programas solo expresa el número de acciones que atienden una dimensión, mas no alude a la suficiencia o efectividad de las intervenciones. La relevancia de esta información reside en su capacidad de identificar dónde es preciso reforzar las intervenciones públicas.

Figura 6. Proceso de clasificación de los programas estatales



Fuente: elaboración del CONEVAL.

Por ejemplo, en Aguascalientes se identificó el programa Médico en tu Casa, cuyo objetivo es acercar los servicios de salud a las personas que se ven imposibilitadas de acudir a las unidades de salud, por lo tanto, contribuye a la accesibilidad de la atención médica de todas las personas en la entidad, al margen de las condiciones de su entorno.

Figura 7. Ejemplo de clasificación de un programa estatal



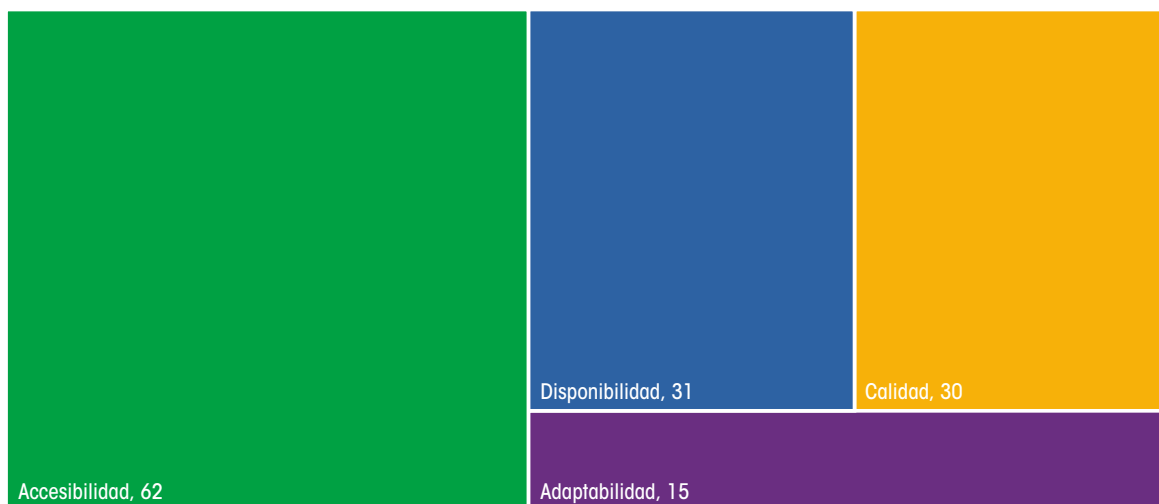
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el *Inventario CONEVAL de programas y acciones estatales de desarrollo social 2021* (CONEVAL, 2021b).

Atención del derecho a la salud en las entidades federativas

Cabe aclarar que los programas por sí mismos no garantizan el ejercicio del derecho, pero contribuyen con un conjunto de bienes y servicios para lograr que las personas tengan un acceso efectivo a estos. En este apartado se presentan los resultados de la clasificación de los programas y acciones sociales de las entidades federativas por dimensión a la que contribuyen.

De los 115 programas y acciones sociales vinculados al derecho a la salud, 86 % (99 programas) atendía, al menos, a alguna de las dimensiones del derecho, y 39 de estos programas aporta a más de una.

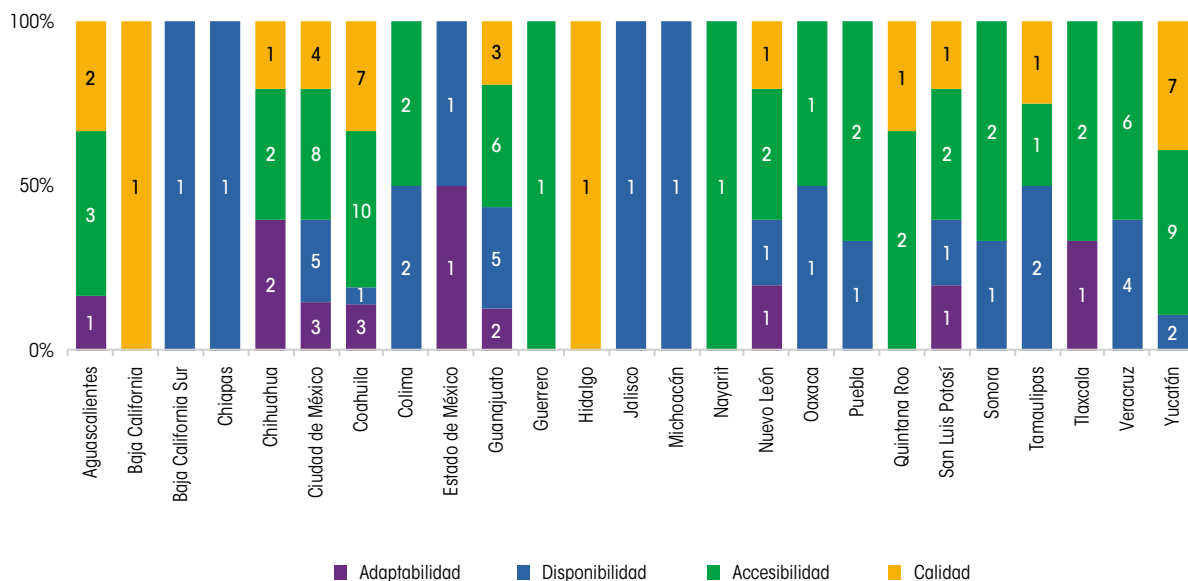
Gráfica 12. Número de programas y acciones estatales vinculados a las dimensiones del derecho a la salud, 2021



Fuente: elaboración del CONEVAL con información del *Inventario CONEVAL de programas y acciones estatales de desarrollo social 2021* (CONEVAL, 2021b).

Por lo tanto, la dimensión que reúne un mayor número de programas vinculados es la accesibilidad. De las 26 entidades federativas que cuentan con intervenciones orientadas al derecho a la salud, en 16 se identificó que al menos 40 % de sus programas y acciones sociales se asocian con la accesibilidad.

Gráfica 13. Número de programas y acciones estatales vinculados a las dimensiones del derecho a la salud por entidad federativa, 2021⁶



Fuente: elaboración del CONEVAL con información del *Inventario CONEVAL de programas y acciones estatales de desarrollo social 2021* (CONEVAL, 2021b).

⁶ El número de programas sociales que tiene cada entidad no se relaciona necesariamente con el presupuesto o con el nivel de atención a la sociedad. Estos elementos dependen de otros factores que requieren ser analizados con mayor profundidad.

Conclusiones



El derecho a la salud es un pilar fundamental para el alcance de una sociedad justa y equitativa. Para lograr su pleno ejercicio son necesarias políticas públicas efectivas, basadas en evidencia, que se apoyen de información confiable, accesible y de calidad que permita generar diagnósticos adecuados y dar seguimiento puntual a los resultados. *El derecho a la salud para las entidades federativas de México: compendio de indicadores para su diagnóstico* se propone acercar la información generada por el CONEVAL y por otras fuentes oficiales para que las y los ciudadanos y tomadores de decisión tengan herramientas que permitan conocer la situación actual del acceso básico y efectivo a la salud en su entidad federativa.

En el primer capítulo se resaltó la importancia y dimensiones de este derecho en el enfoque de acceso efectivo a los derechos sociales, mismo que ofrece una visión que traspasa el enfoque mínimo de superación de carencias como obligación del Estado.

Para el segundo capítulo, se identificaron las brechas de cobertura a través del indicador de carencia por acceso a los servicios de salud en las 32 entidades federativas, para 2022 se encontró un rango de incidencia de esta carencia que va de 17.3 a 66.1%. Para enriquecer el análisis, se presentó información sobre las brechas de acceso entre grupos poblacionales en el ámbito municipal, donde, entre otros hallazgos, se encontró que, para 2020, en 22 entidades federativas la población que habita en las zonas rurales tuvo un porcentaje mayor de carencia por acceso a los servicios de salud en comparación con las zonas urbanas.

En lo que refiere al acceso efectivo, el Sistema de Información de Derechos Sociales cuenta con nueve indicadores complementarios, con desagregación estatal, que permiten analizar cuál es la disponibilidad, calidad y accesibilidad del derecho a la salud. Algunos de los indicadores analizados son la tasa de consultorios de medicina general y la tasa de mortalidad infantil, cuya información permite identificar necesidades heterogéneas en las entidades federativas.

Como soporte a la mejora de los programas sociales, la Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza del CONEVAL provee información a nivel municipio y localidad del tiempo de traslado para acceder a infraestructura de salud pública de los tres niveles de atención. El uso de estos datos es útil para identificar, dimensionar y dar seguimiento a los problemas asociados con el derecho a la salud en el ámbito local y puede ayudar a la coordinación entre diferentes órdenes de gobierno, evitando así la duplicidad o la rivalidad de objetivos.

Más adelante, se compila y presenta un análisis descriptivo, no detallado, de otras fuentes de información oficial que asisten para la toma de decisiones locales por dimensión, temática y ente responsable. La información aquí abordada es una herramienta útil para sustentar cambios significativos en la provisión de servicios de salud; y, por ende, en la calidad de vida de la población.

Finalmente, con ayuda del Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social 2021, el capítulo tres presenta una breve clasificación de las intervenciones de desarrollo social en las entidades federativas, donde se encontró que el 11% de los programas y acciones estatales estaban vinculados al derecho a la salud; de los cuales, 86% se vincula con al menos una de las dimensiones del derecho a la salud. Al respecto, la dimensión a la que se orientó un mayor número de programas fue la accesibilidad, mientras que, el menor número corresponde a la adaptabilidad. Esto refleja en gran medida las prioridades de atención que establece cada entidad federativa y permite identificar áreas de mejora en la identificación de necesidades.

Las cifras estatales y municipales recopiladas en este compendio permiten profundizar y matizar los datos nacionales que aportan un panorama incompleto si no se considera la información disponible de las entidades federativas, por esa razón, a lo largo del compendio se indica el nivel de desagregación de las fuentes de información (nacional, estatal, municipal, localidad, etc.). La expectativa es que esta síntesis catalice acciones concretas en las entidades federativas que se reflejen en la mejora del diagnóstico, priorización e implementación de políticas públicas que atiendan la cobertura y el acceso efectivo al derecho a la salud.

Referencias

- Alza Barco, C. (2014). El enfoque basado en derechos. ¿Qué es y cómo se aplica a las políticas públicas? En L. Larsen, A. Maués y B. Mojica (eds.), *Derechos humanos y políticas públicas. Manual* (pp. 51-78). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. https://www.academia.edu/35595723/El_Enfoque_basado_en_Derechos_Qu%C3%A9_es_y_c%C3%B3mo_se_aplica_a_las_pol%C3%ADticas_p%C3%ABlicas
- CDHDF (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México). (2011). *Elementos básicos para comprender los derechos humanos y el trabajo que desarrolla la CDHDF*. https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/material_de_capacitacion/serie_capacitacion_interna/2011_Elementos_basicos.pdf
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social). (2023a). *Anexo estadístico de pobreza en México 2016-2022*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2022.aspx
- . (2023b). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo*. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf
- . (2023c). *Notas técnicas pobreza 2022*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Notas_pobreza_2022.aspx
- . (2022). *Informes de pobreza y evaluación en las entidades federativas 2022*. https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Paginas/Informes_Pobreza_Evaluacion_2022.aspx
- . (2021a, 5 de agosto). *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf
- . (2021b). *Inventario CONEVAL de programas y acciones estatales de desarrollo social 2021*. <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IPE/Paginas/default.aspx>
- . (2020a). *Documento conceptual y metodológico del Sistema de Información de Derechos Sociales*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/SIDS/Documento%20Conceptual_Metodologico.pdf
- . (2020b). *Pobreza por grupos poblacionales a escala municipal 2010, 2015 y 2020*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza_grupos_poblacionales_municipal_2010_2020.aspx
- . (2019). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* (tercera edición). <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf>
- . (2018). *Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018*. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- . (s.f.-a). *Pobreza en México*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2022.aspx
- . (s.f.-b). *Plataforma de consulta y visualización del Sistema de Información de Derechos Sociales*. <https://sistemas.coneval.org.mx/SIDS/Serie2016-2022>
- . (s.f.-c). *Plataforma para el Análisis Territorial de la Pobreza*. <https://patp-coneval.hub.arcgis.com/>
- DOF (*Diario Oficial de la Federación*). (2011, 22 de junio). *Reglamento interior de la comisión interinstitucional del cuadro básico y catálogo de insumos del sector salud*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5197525&fecha=22/06/2011#gsc.tab=0
- . (2004, 20 de enero). *Ley General de Desarrollo Social*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDS.pdf>
- . (1984, 7 de febrero). *Ley General de Salud*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- . (1917, 5 de febrero). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- IPPDH (Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR). (2014). *Acceso igualitario a derechos sociales: Indicadores y sistemas de información en el MERCOSUR*. Buenos Aires: IPPDH. <https://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2014/11/acceso-igualitario-19-a.pdf>
- López Arellano, O., López Moreno, S., y Moreno Altamirano, A. (2015). El derecho a la salud en México. En O. López Arellano y S. López Moreno (coords.), *Derecho a la salud en México* (pp. 51-82). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Lugo Garfias, M. E. (2015). *El derecho a la salud*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). (2016). *Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmI-BEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdlmnsJZZVQrQejF41Tob4CvIjeTiAP6sU9x9eXO0nmOMzdytOOLx1%2BaodWAKy4%2BuhMA8PLnWfcdJ4z4216PjNj67NduUrGT87>
- . (2003). *Entendimiento común de las agencias de las Naciones Unidas sobre un Enfoque Basado en los Derechos Humanos para la cooperación para el desarrollo*. <https://unsdg.un.org/es/resources/entendimiento-comun-de-las-agencias-de-las-naciones-unidas-sobre-un-enfoque-basado-en-los>
- . (2000). *Observación general No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2022, 10 de diciembre) *Salud y derechos humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=Todas%20las%20personas%20deben%20poder,legislaci%C3%B3n%2C%20pr%C3%A1ctica%20o%20pol%C3%ADtica%20discriminatoria>
- . (2021, 23 de octubre). *Derechos humanos, folleto informativo núm. 31*. ISSN: 1014-5613
- . (2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. En *Documentos básicos* (p. 7). <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Serrano, S. y Vázquez, D. (2013). *Principios y obligaciones de derechos humanos: los derechos en acción*. México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal/Suprema Corte de Justicia de la Nación/Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2015/05/5-Principios-obligaciones.pdf>

Para fomentar entre las entidades federativas y autoridades municipales la definición de objetivos bajo criterios de política orientados a derechos, y como parte de una serie elaborada para divulgar la información con este enfoque, el CONEVAL elaboró este compendio de indicadores para el diagnóstico de la situación reciente sobre el derecho a la salud en gobiernos subnacionales.

CONEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle,
alcaldía de Benito Juárez, CP 03100,
Ciudad de México.

www.coneval.org.mx