

ESTUDIO
DIAGNÓSTICO DEL
**DERECHO
A LA SALUD**
2018

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide se puede mejorar





LO QUE SE MIDE SE PUEDE MEJORAR

El **CONEVAL** es una institución del Estado mexicano, con autonomía técnica, que evalúa los programas y las políticas de desarrollo social y genera información confiable y con rigor técnico sobre los niveles de pobreza en el país.

El **CONEVAL** ha desarrollado una metodología confiable y transparente que permite medir la pobreza en los ámbitos nacional, estatal y municipal.

Para mayor información consulte:

www.coneval.org.mx

ESTUDIO DIAGNÓSTICO DEL **DERECHO A LA SALUD** 2018

CONEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide se puede mejorar



Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018

Primera edición: noviembre de 2018

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle, CP 03100.

alcaldía de Benito Juárez, Ciudad de México

Hecho en México

Citación sugerida:

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018.

Ciudad de México: CONEVAL, 2018.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

CONSEJO ACADÉMICO*

María del Rosario Cárdenas Elizalde

Universidad Autónoma Metropolitana

Fernando Alberto Cortés Cáceres

El Colegio de México

Agustín Escobar Latapí

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Occidente

Salomón Nahmad Sittón

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

John Scott Andretta

Centro de Investigación y Docencia Económicas

Graciela María Teruel Belismelis

Universidad Iberoamericana

SECRETARÍA EJECUTIVA

Gonzalo Hernández Licona

Secretario Ejecutivo

Thania de la Garza Navarrete

Directora General Adjunta de Evaluación

Édgar A. Martínez Mendoza

Director General Adjunto de Coordinación

Ricardo C. Aparicio Jiménez

Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

Daniel Gutiérrez Cruz

Director General Adjunto de Administración

COLABORADORES

Equipo técnico

Thania Paola de la Garza Navarrete

Liv Lafontaine Navarro

Alice Zahí Martínez Treviño

Alejandra Correa Herrejón

Oscar David Mejía Arias

Sandra Ramírez García

Alma Verónica Corona García

AGRADECIMIENTOS

El equipo técnico agradece a los consultores de Investigación en Salud y Demografía, S.C. por los insumos que aportaron para la elaboración de este informe. Igualmente, a la Secretaría de Salud, en específico a la Dirección General de Evaluación del Desempeño por los comentarios emitidos.

*<https://www.coneval.org.mx/quienessomos/InvestigadoresAcademicos/Paginas/Investigadores-Academicos-2014-2015.aspx>

ÍNDICE DE GRÁFICAS	8
ÍNDICE DE CUADROS	11
ÍNDICE DE FIGURAS	11
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	12
GLOSARIO	13
RESUMEN EJECUTIVO	18
INTRODUCCIÓN	26

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA	29
Marco conceptual	30
Fundamentos para su exigibilidad	32
La definición del derecho a la salud	38
Indicadores para la medición del derecho	40
Dimensiones y subdimensiones del derecho	43
Limitantes de información para el desarrollo metodológico y realización del diagnóstico	49

CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO	51
Marco institucional	52
Contexto sociodemográfico	55
Análisis por dimensiones	64
Accesibilidad	64
Accesibilidad física	64
Accesibilidad económica	69
Accesibilidad a la información	74
Disponibilidad	78
Recursos humanos	79

Infraestructura física y servicios médicos	84
Servicios básicos como determinantes de la salud	94
Calidad	97
Seguridad	98
Efectividad	102
Atención centrada en la persona	121

CAPÍTULO 3. IDENTIFICACIÓN DE BRECHAS EN MATERIA DEL DERECHO A LA SALUD	131
Niños y niñas	134
Mujeres y hombres	136
Tipo de localidad: rural/urbana	139
Discapacidad	141

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES	143
---------------------------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXO	163

ÍNDICE DE GRÁFICAS

- 56 **GRÁFICA 1.** Tasa de crecimiento poblacional, 1990-2030
- 57 **GRÁFICA 2.** Estructura de la población según edad y sexo, 2015
- 59 **GRÁFICA 3.** Esperanza de vida al nacimiento en diferentes países de la OCDE en 2015
- 61 **GRÁFICA 4.** Población de 15 años y más según nivel de escolaridad, 2015
- 61 **GRÁFICA 5.** Servicios básicos en el hogar, 2015
- 63 **GRÁFICA 6.** Composición de la afiliación por derechohabencia al Seguro Popular o a la Seguridad Social por decil de ingreso, 2016.
- 67 **GRÁFICA 7.** Tiempo de traslado al lugar donde se atendió debido a problemas de salud, 2016
- 70 **GRÁFICA 8.** Gasto total en salud como porcentaje del PIB, 2000-2016
- 71 **GRÁFICA 9.** Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2000-2016
- 71 **GRÁFICA 10.** Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE, 2016
- 72 **GRÁFICA 11.** Estructura porcentual del gasto total en salud en países de la OCDE, 2016
- 73 **GRÁFICA 12.** Gasto total en salud en población sin seguridad social y con seguridad como porcentaje del gasto total en salud, 2000-2015
- 80 **GRÁFICA 13.** Personal médico por cada 1,000 habitantes en países de la OCDE, 2015
- 80 **GRÁFICA 14.** Personal de enfermería por cada 1,000 habitantes en países de la OCDE, 2015
- 81 **GRÁFICA 15.** Médicos generales y familiares por 1,000 habitantes, 2000-2014
- 82 **GRÁFICA 16.** Médicos especialistas por 1,000 habitantes por entidad federativa, 2014
- 84 **GRÁFICA 17.** Unidades de consulta externa por tipo de localidad (rural y urbano), 2018

- 85 **GRÁFICA 18.** Unidades de hospitalización por tipo de localidad (rural y urbano), 2018
- 86 **GRÁFICA 19.** Hospitales con menos de 30 camas censables, 2000-2014
- 87 **GRÁFICA 20.** Hospitales con más de 30 camas censables, 2000-2014
- 89 **GRÁFICA 21.** Camas totales por 1,000 habitantes en países de la OCDE, 2015
- 91 **GRÁFICA 22.** Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de un año, 2008-2014
- 92 **GRÁFICA 23.** Consultas de medicina de especialidad por 1,000 habitantes por entidad federativa, 2014
- 93 **GRÁFICA 24.** Porcentaje de pacientes con recetas surtidas en forma completa en el primer nivel de atención, 2003-2014
- 95 **GRÁFICA 25.** Distribución porcentual de las viviendas según material predominante en pisos, 2000, 2010 y 2015
- 96 **GRÁFICA 26.** Porcentaje de viviendas que disponen de agua entubada, 2000, 2010 y 2015
- 97 **GRÁFICA 27.** Porcentaje de viviendas que disponen de drenaje, 2000, 2010 y 2015.
- 100 **GRÁFICA 28.** Porcentaje de personas que egresaron del hospital y desarrollaron una infección nosocomial con respecto al total de egresos los años, 2010 y 2017
- 101 **GRÁFICA 29.** Tiempo promedio en minutos para recibir consulta en urgencias por estados, 2010 y 2017
- 101 **GRÁFICA 30.** Tiempo promedio en minutos para recibir consulta en urgencias por institución, 2010 y 2017
- 107 **GRÁFICA 31.** Tasa de incidencia de *diabetes mellitus* tipo II, por grupos de edad, 2000-2016
- 108 **GRÁFICA 32.** Tasa de incidencia de *diabetes mellitus* tipo II por entidad federativa, 2016

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

- 109 **GRÁFICA 33.** Proporción de adultos con diabetes en países de la OCDE, 2015
- 110 **GRÁFICA 34.** Tasa de mortalidad por *diabetes mellitus* tipo II, 2000-2016
- 112 **GRÁFICA 35.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad por decil de ingreso para diferentes grupos etarios, 2012
- 115 **GRÁFICA 36.** Razón de mortalidad materna (defunciones por causas maternas por 100,000 nacidos vivos), México, 2000-2015
- 116 **GRÁFICA 37.** Distribución relativa a las defunciones maternas según institución de afiliación en salud, México, 2014
- 117 **GRÁFICA 38.** Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos, México, 2008-2015
- 118 **GRÁFICA 39.** Mortalidad infantil en países de la OCDE, 2015
- 118 **GRÁFICA 40.** Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedades diarreicas 2001-2015
- 120 **GRÁFICA 41.** Tasa de cesáreas, 2014
- 121 **GRÁFICA 42.** Proporción de operaciones cesáreas en países de la OCDE, 2013
- 124 **GRÁFICA 43.** Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2000-2015
- 125 **GRÁFICA 44.** Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil por estados, 2014
- 129 **GRÁFICA 45.** Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales, 2008-2013
- 135 **GRÁFICA 46.** Mortalidad en niños menores de cinco años, 2000 y 2015
- 138 **GRÁFICA 47.** Razón de mortalidad materna por estados, 2000 y 2015

- 33 **CUADRO 1.** Principales instrumentos internacionales que reconocen el derecho a la salud y de los cuales México es parte
- 43 **CUADRO 2.** Indicadores de derechos humanos
- 46 **CUADRO 3.** Esquema analítico
- 58 **CUADRO 4.** Tasa de fecundidad por grupo de edad específico (por cada 1,000 mujeres), 2000-2018
- 62 **CUADRO 5.** Distribución de la población con acceso a servicios de salud en 2016
- 65 **CUADRO 6.** Grado de accesibilidad física a los servicios de salud
- 88 **CUADRO 7.** Camas totales por sector, 2005-2015
- 103 **CUADRO 8.** Principales causas de mortalidad, 2005 y 2016
- 104 **CUADRO 9.** Principales causas de mortalidad en hombres y mujeres, 2016
- 104 **CUADRO 10.** Principales causas de mortalidad por grupos de edad, 2016
- 107 **CUADRO 11.** Tasa de incidencia de *diabetes mellitus* tipo II, por sexo, 2006-2016
- 111 **CUADRO 12.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos, por sexo, 2012-2016 (porcentaje)
- 133 **CUADRO 13.** Principales causas de mortalidad general por índice de marginación estatal (muy alto y muy bajo), 2016
- 140 **CUADRO 14.** Principales causas de mortalidad general por localidades, según el grado de concentración de población indígena, 2016
- 142 **CUADRO 15.** Porcentaje de población derechohabiente por institución de derechohabencia, según condición de discapacidad y sexo, 2014

FIGURAS

- 54 **FIGURA 1.** Estructura del Sistema Nacional de Salud en México

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CAF	Consultorios adyacentes a farmacias
CLUES	Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud
Conapo	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
Indicas	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (por sus siglas en inglés)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ONU	Organización de las Naciones Unidas
Pémex	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto interno bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
RMM	Razón de mortalidad materna
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)

GLOSARIO

ACCESIBILIDAD

No existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender.

ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

Conjunto de características relativas a la capacidad de pago de las personas y sus hogares para obtener los bienes y servicios de salud, así como de los medios para conseguirlos, públicos o privados, de tal forma que los distintos costos no sean prohibitivos para gozar de los beneficios provistos por el sistema o impedimento para mantener la continuidad de los tratamientos con la misma oportunidad, suficiencia y calidad entre todas las regiones, y sin estar vinculadas a una condición laboral.

ACCESIBILIDAD FÍSICA

Conjunto de características que considere la localización geográfica de acceso razonable o por medio de tecnología moderna a los servicios de salud.

ACCESO OPORTUNO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Describe el porcentaje de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia.

ALIMENTACIÓN CORRECTA

Hábitos alimentarios que, de acuerdo con los conocimientos aceptados en la materia, cumplen con las necesidades específicas en las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados, y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Dar prioridad a las personas durante todo el proceso de la atención médica; hace alusión a la recepción de la atención cuando es requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, con una secuencia lógica y sin interrupciones de acuerdo con las necesidades del paciente/usuario.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y las familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

CALIDAD

Grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual.

CARENCIA POR ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Una persona se encuentra en carencia por acceso a servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o a servicios médicos privados.

DIABETES MELLITUS

Comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción o en la acción de la insulina.

DISPONIBILIDAD

Suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población.

ENFERMEDADES ENDÉMICAS

Enfermedades infecciosas que afectan de forma permanente o en determinados periodos a una región. Se entiende por endémica una enfermedad que persiste durante un tiempo determinado en un lugar concreto y que afecta o puede afectar a un número importante de personas.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Es un indicador que señala el número de años que, en promedio, se espera que viva una persona nacida en el año para el cual se estima de mantenerse constante el patrón de mortalidad por edad utilizado para generarlo.

GASTO DE BOLSILLO

Gasto directo de los consumidores en productos y servicios de atención sanitaria, que, en general, incluye consultas, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, procedimientos ambulatorios y medicamentos, entre otros. Excluye las erogaciones realizadas por concepto de seguros privados y los reembolsos producto del uso de estos.

HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR CONDICIONES SENSIBLES A ATENCIÓN PRIMARIA

Indicador indirecto de la capacidad de resolución de la atención primaria y directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial. Estas hospitalizaciones identifican problemas de salud susceptibles de mejores cuidados en atención primaria, cuyos ingresos son evitables cuando esos cuidados se prestan de manera adecuada.

INFECCIONES NOSOCOMIALES

Infecciones adquiridas durante la atención hospitalaria que no están presentes o incubando en el momento del ingreso. Las infecciones que ocurren más de 48 horas después del ingreso, generalmente, se consideran nosocomiales.

INSTRUMENTOS CONTRIBUTIVOS

Instrumentos financiados de manera prioritaria con aportaciones de los beneficiarios.

INSTRUMENTOS NO CONTRIBUTIVOS

Instrumentos financiados con impuestos generales y otros ingresos públicos no tributarios y que tienen propósitos redistributivos.

MALA PRÁCTICA MÉDICA

La mala práctica de la medicina se define como una violación de los principios médicos fundamentales y no como una diferencia de opinión. La inobservancia de los señalamientos de la Lex Artis (ley del arte), la deontología médica o de las normas o leyes para el ejercicio conducen necesariamente a la mala práctica.

MORBILIDAD

Número de casos registrados en que se presenta una enfermedad en un tiempo y lugar determinados. Las categorizaciones más frecuentemente empleadas son sexo y edad.

MORTALIDAD

Número de defunciones ocurridas en un lugar y tiempo determinado. Las categorizaciones frecuentemente empleadas de mortalidad son por sexo, causa, edad y lugar de residencia.

MORTALIDAD INFANTIL

Relación entre el número de defunciones de niños menores de un año y el número de nacidos vivos en un mismo periodo. Es la probabilidad de que un niño muera durante su primer año de vida. Suele expresarse como el número de muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos para el año calendario correspondiente.

OBESIDAD

Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m².

OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

En la operación de los servicios médicos el concepto de oportunidad se reconoce como "otorgar la atención al paciente en el momento que la necesita" una vez que ha demandado de esta; es decir, en el momento que es apropiado que la reciba, sin retrasos, pero también sin anticiparse cuando sea necesario o benéfico otorgarla con posterioridad, en virtud de que, en ese momento, el paciente pudiera no estar en condiciones de recibirla, sin exponerlo a riesgos o complicaciones en forma innecesaria. En la búsqueda de la oportunidad de la atención, es necesario tener en cuenta los tiempos de espera en consulta externa y, sobre todo, en los servicios de urgencias, donde los retrasos pueden ser críticos.

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

Personas de 12 y más años que realizaron o tuvieron vínculo con la actividad económica (población ocupada) o que buscaron activamente realizar una (población desocupada).

PREVALENCIA

Número de casos existentes en una población en un momento determinado, sin distinguir la ubicación temporal del diagnóstico de la enfermedad estudiada.

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Individuos que reciben algún entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con el otorgamiento de servicios de salud personales o poblacionales.

SOBREPESO

Estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m².

TASA BRUTA DE MORTALIDAD

Relaciona el número de defunciones ocurridas en un año con la población total a mitad de año.

TASA BRUTA DE NATALIDAD

Relaciona los nacimientos ocurridos durante un año con la población total a la mitad del año.

TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Medida del ritmo de cambio del volumen poblacional; se estima para un periodo específico y es resultado de la interacción de los procesos que conllevan un aumento del tamaño de la población (nacimientos e inmigraciones) y una reducción de este (defunciones y emigraciones).

TASA DE FECUNDIDAD GENERAL

Relaciona los nacimientos ocurridos durante un año con la población femenina en edad fértil.

TASA DE FECUNDIDAD POR GRUPO DE EDAD ESPECÍFICO

Relaciona los nacimientos de hijos de mujeres de cierta edad con la población femenina de la misma edad a la mitad del año. La tasa se estima frecuentemente para grupos quinquenales de edad. Además, el resultado se multiplica por 1,000 en lugar de presentarlo en términos individuales.

TASA DE INCIDENCIA

Relaciona el número de casos nuevos de una enfermedad diagnosticadas en un periodo específico con la población expuesta al riesgo de desarrollarla.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

Relaciona el número de defunciones de niños menores de un año con el número de nacidos vivos en el año de estudio.

TASA DE PREVALENCIA

Mide el número de casos de una enfermedad registrados u observados en una población al momento del estudio, sin distinguir el periodo en el cual fueron diagnosticados.

TELEMEDICINA

Suministro de servicios de atención médica en los casos en que la distancia es un factor crítico, llevado a cabo por profesionales sanitarios que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para hacer diagnósticos, prevención y tratamiento de enfermedades o formación continuada de profesionales para la atención a la salud.

UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA

Incluye consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con servicio ampliado, consultorio delegacional, casa de salud, brigada móvil, unidad móvil, clínica de especialidades, centro de salud con hospitalización (unidad híbrida) y unidad de especialidades médicas.

RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo del presente estudio es contar con un diagnóstico que aproxime al entendimiento del grado de avance en la garantía del derecho a la salud en México, además de aportar elementos que contribuyan al diseño de políticas públicas con enfoque de derechos.

METODOLOGÍA

El derecho a la salud es un derecho humano, cuyo fundamento reside en la dignidad humana y sienta sus bases en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en la cual se menciona la salud como un elemento fundamental para acceder a un nivel de vida adecuado.

Asimismo, el derecho a la salud es uno de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) considerados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que, junto con otros tratados internacionales que el Estado mexicano ha ratificado, constituyen el marco jurídico para su exigibilidad. De acuerdo con el PIDESC, el derecho a la salud es el derecho al disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social. Esta definición

guarda una estrecha relación con la definición adoptada, regionalmente, en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", que menciona: "Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social". Por medio del PIDESC, se insta a los Estados parte a adoptar las medidas necesarias para la realización gradual y progresiva del derecho.

El enfoque basado en derechos (EBD) es un instrumento metodológico que orienta el quehacer institucional del Estado en su legislación, planeación, diseño de políticas y programas públicos y en sus diversas estrategias

y acciones en materia de derechos sociales. El EBD posibilita el tránsito de lo entendido como un derecho subjetivo a la materialización de este mediante acciones concretas dentro del quehacer institucional.

El EBD reconoce a los individuos como titulares de derechos, por lo que el Estado, entonces, asume la responsabilidad de respetar, proteger, garantizar y promover los DESC, al diseñar el cuerpo normativo e institucional para proveer de los bienes y servicios que generen las condiciones mínimas de accesibilidad, disponibilidad y calidad de los derechos, dimensiones, a su vez, utilizadas en el análisis de la garantía del derecho a la salud.

El compromiso adquirido por el Estado en cuanto a los DESC se ha reflejado en la incorporación del derecho a la salud en sus diferentes instrumentos rectores; primero se establece como un derecho constitucional en 1983, cuya naturaleza jurídica se actualizó a derecho humano tras la reforma constitucional de 2011 (Lugo, 2015); previamente, ya se encontraba instituido en la Ley General de Desarrollo Social.

La definición del PIDESC, junto con la observación general 14, en la cual se aclara la naturaleza y el contenido de este derecho, se reconoce como la interpretación más acabada y operativa del derecho a la salud, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017a). Por esta razón, se considera como punto de partida para realizar el estudio diagnóstico.

DIAGNÓSTICO

Los principales hallazgos del estudio señalan que, en México, a pesar de los avances registrados en los últimos años en materia de la garantía de este derecho, persisten retos, identificados mediante los indicadores estratégicos, que a continuación se mencionan.

La afiliación o derechohabencia a alguna institución de salud es una característica que determina de forma importante el nivel de acceso que una persona tiene a los servicios de atención médica; de 2008 a 2016, la carencia por acceso a servicios de salud (medida únicamente como afiliación) se redujo 22.9 puntos porcentuales, al pasar del 38.4% en 2008 al 15.5% en 2016, es decir, 19 millones de personas reportaron que no contaban con acceso a servicios de atención médica (CONEVAL, 2018a). Destaca que una parte importante de la disminución presentada en este indicador se debió sobre todo al avance en la afiliación al Seguro Popular (SP) (CONEVAL, 2014).

El efecto del Seguro Popular en el acceso a servicios de salud fue en especial significativo en las personas con menores ingresos. En 2016, el 79.7% de la población del decil I se encontraba afiliada a este sistema, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016a). A pesar de los avances registrados en materia de derechohabencia, la afiliación a un sistema, institución o programa no garantiza, de modo necesario, que el acceso a los servicios se lleve a cabo con oportunidad y calidad.

En las dimensiones, en lo referente a la accesibilidad física, el análisis mostró que, en 2018, el 30.9% del total de las localidades del país se encuentran en condiciones de aislamiento, las cuales concentran un total de 3,137,271 personas que, por esta misma situación, se hallan sin acceso a servicios de salud; de forma complementaria, en 2016, los menores tiempos promedio de traslado al lugar donde las personas se atienden cuando demandan servicios de salud se registraron en aquellas que acudieron a consultorios adyacentes a farmacias (22.8 minutos), seguidos de los centros de salud, con 28.8 minutos; finalmente, los que reportaron mayor tiempo de traslado fueron los usuarios de hospitales e institutos, con 53.4 minutos promedio (INEGI, 2016a).

Un mecanismo que se ha puesto en práctica para acercar los servicios de salud a las personas que viven en comunidades distantes o de difícil acceso geográfico han sido los servicios de telemedicina o telesalud, los cuales han ido en aumento, al pasar de 12,126 consultas médicas impartidas en 2013 a 106,978 en 2015 (SS, 2015b). Sin embargo, los avances en su implementación aún se ven limitados por la falta de conectividad que persiste en muchas comunidades rurales. En conjunto con estas estrategias, el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica otorgó, en 2017, 2.5 millones de consultas a la población que habita en zonas marginadas, con alta dispersión y difícil acceso por su ubicación geográfica (SS, 2017d).

El análisis de la accesibilidad económica mostró que México es el tercer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que menos recursos asigna para la salud: el 5.8% del gasto total frente al 9% del promedio de los países miembros de este organismo en 2016. Sumado a esto, la evidencia sugiere que los recursos disponibles no siempre se usan de la forma más eficiente y equitativa; entre las razones que contribuyen a este problema, destaca la fragmentación del sistema de salud, ya que cada uno de los esquemas de aseguramiento cuenta con su propia estructura de gobierno y solo ofrece acceso a sus afiliados a través de redes independientes de prestadores de servicios que son financiados mediante esquemas distintos; esto resulta en una coordinación limitada para recaudar ingresos adicionales y que garantice la asignación equitativa entre las distintas instituciones (OCDE, 2016). Otro elemento vinculado al tema económico es que, en 2015, los gastos administrativos del Sistema Nacional de Salud representaron el 5.2% del gasto total en salud, el tercero más alto entre los países de la OCDE (OCDE, 2018a).

Del total del gasto en salud registrado en 2016, el 41.4% correspondió a erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo y el 6.5% a través de aseguramiento privado, es decir, la mayor carga financiera sigue siendo soportada por los hogares mediante el gasto privado, que, para ese mismo año, fue el segundo más alto entre los países de

la OCDE, solo por debajo de Estados Unidos (OCDE, 2018a).

Otro elemento encontrado es la persistencia de desigualdades entre los recursos asignados a los diferentes esquemas de aseguramiento (contributivo y no contributivo). En 2015, el gasto per cápita total de las personas que no contaban con seguridad social (esquema no contributivo) fue de 3,954.9 pesos, cifra menor de los 5,644.7 pesos per cápita de quienes contaban con un esquema contributivo (seguridad social), aunque es pertinente mencionar que la brecha se ha ido reduciendo a partir de la entrada en vigor del Seguro Popular, que incrementó de manera sustancial el gasto público en salud para la población sin seguridad social (SS, 2018a).

En la dimensión de disponibilidad, el análisis gira en torno a la importancia de contar con personal profesional capacitado, así como la capacidad del Estado de garantizar la existencia de recursos físicos y materiales para otorgar los servicios. Respecto a los recursos humanos, en 2015, la proporción de personal médico y de enfermería en México presentó una de las razones más bajas registradas entre los miembros de la OCDE; por un lado, la relación de personal médico por cada 1,000 habitantes fue de 2.4, mientras que el promedio de la OCDE se situó en 3.4; por el otro, la relación de personal de enfermería por cada 1,000 habitantes fue de 2.8, en tanto que el promedio de la OCDE fue de 9 (OCDE, 2018a).

Aun cuando se ha reportado que una mayor disponibilidad de recursos humanos para

la salud no se refleja, necesariamente, en un incremento en la producción de servicios, se observó una desigualdad en la concentración de personal médico especializado entre estados; por ejemplo, en 2014, Chiapas contaba con 0.4 de estos por cada 1,000 habitantes, mientras que Ciudad de México, con casi dos, cinco veces la cantidad con respecto del primero (SS, 2016b).

Una forma de acercarnos a la disponibilidad de infraestructura es a través del análisis de las unidades de consulta externa y de hospitalización, las cuales mostraron un crecimiento constante de 2003 a 2013 (a excepción de una caída del 3.6% entre 2004 y 2005), al pasar de 19,505 a 22,228 unidades en total, lo que significó un aumento de 2,723 unidades en este periodo (12.2%) (SS, 2014a). Sin embargo, debido a la falta de información sobre la demanda probable de servicios ambulatorios y de hospitalización, y a la falta de un estándar o meta nacional para la planeación estratégica de infraestructura en salud, es difícil determinar si este crecimiento es suficiente para cubrir las necesidades de la población.

Otro indicador que permite analizar la capacidad instalada de los servicios es el relativo a las camas censables; así de 2003 a 2013, las camas censables por sector crecieron 19.1% en el sector público y 10.5% en el privado; en lo que toca al indicador de camas hospitalarias por 1,000 habitantes, el promedio para los países OCDE, en 2015, fue de 4.7, mientras que México se ubicaba como el segundo país con menor número de camas censables,

con 1.52 unidades por cada 1,000 habitantes (OCDE, 2018a).

La infraestructura hospitalaria entre sectores muestra que el sector privado contaba, en 2014, con más del 69% de las unidades hospitalarias para una población afiliada a seguros privados de 3.2 millones; en contraparte, el Seguro Popular y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contaban con el 18.3 y 6.3% de unidades hospitalarias, respectivamente, para otorgar atención médica a una población afiliada de 55.6 y 43.4 millones,¹ en ese orden (SS, 2016a).

La última dimensión analizada fue la de calidad, en la que se abordan subdimensiones como la seguridad y la efectividad en la atención centrada en la persona. Una forma indirecta de acercarse a elementos como la oportunidad en la atención es el tiempo de espera promedio en minutos para recibir consulta en urgencias (sin que este indicador exprese, de manera alguna, la calidad o capacidad resolutoria del servicio); al respecto, este registró un aumento en el periodo comprendido entre 2010 y 2017, al pasar de 23.4 a 30.2 minutos (SS, 2017e).

En 2017, las entidades con los mayores tiempos de espera promedio reportados fueron Aguascalientes (51.3 minutos), Estado de México (46.9 minutos), Hidalgo (45.7 minutos), Tlaxcala (42.1 minutos) y Baja California Sur (40.7 minutos) (SS, 2017e). Los tiempos de espera entre instituciones también son distintos; al respecto, los servicios a cargo de los gobiernos estatales y el IMSS



son los que presentan los mayores tiempos reportados para brindar el servicio en las salas de urgencias (56.7 y 51 minutos, respectivamente), mientras que las personas que acuden a las instituciones privadas (12.7 minutos), instituciones de universidades (13.2) y de las fuerzas armadas (13.8) dijeron ser atendidas en menos de 15 minutos promedio (SS, 2017e).

En cuanto a la efectividad, esta puede observarse en el reflejo de la influencia que

tienen los servicios e instituciones en el desarrollo sanitario y del perfil epidemiológico de la población en un país. El perfil epidemiológico de la población mexicana, en 2016, revela que las enfermedades isquémicas del corazón y la *diabetes mellitus* fueron las principales causas de muerte en el país, seguidas de los tumores malignos; datos que coinciden con los observados en 2005, cuando las tres primeras causas generales de mortalidad permanecieron sin cambios (SS, 2018c). Sin embargo, entre 2000 y 2013, la tasa de mortalidad por

enfermedades isquémicas del corazón registró un aumento mayor al 45%, pasando de 43.5 muertes por 100,000 habitantes en 2000 a 63.3 en 2013 (SS, 2015c).

Aunado a lo anterior, México reporta la mayor tasa de mortalidad 30 días después de un evento cerebrovascular entre los países de la OCDE (2018b): 19.2 muertes por cada 100 hospitalizaciones en 2015 (el promedio de la OCDE es 8.2). La tasa de mortalidad a los 30 días por infarto agudo al miocardio también fue la más alta entre este grupo de países (28.2 muertes), casi cuatro veces el promedio de 7.5 por cada 100 ingresos. Las altas tasas de mortalidad en estos indicadores pueden revelar deficiencias en el diagnóstico, tratamiento, proceso de la atención, seguimiento o incluso por falta total de atención, pero, igualmente, podrían indicar la falta de responsabilidad del paciente en los cuidados que debe llevar.

Otro de los grandes retos que presenta el panorama epidemiológico del país es la alta incidencia de *diabetes mellitus*. Si bien, la OMS (2017b) estima que la diabetes será la séptima causa de mortalidad a nivel mundial en 2030, en México es ya la segunda causa (SS, 2018a). En 2016, la aparición de nuevos casos de *diabetes mellitus* tipo II se dio principalmente en el grupo de adultos entre los 45 y 64 años (SS, 2017a).

Por entidad federativa, en 2016, la mayor incidencia de *diabetes mellitus* (por cada 100,000 habitantes) se registró en Aguascalientes (687), Morelos (617.3), Tamaulipas (564.3), Durango (553.3) y Baja California (474.6), y la menor

01 La población afiliada corresponde a 2016.

se encontró en Guanajuato (210.7), Colima (244.1), Oaxaca (255.8), Chiapas (278), Tlaxcala (282.3) y Puebla (283) (SS, 2017a).

Otro dato que da cuenta de la gravedad de esta situación es la tasa de mortalidad por *diabetes mellitus* tipo II que, en México, casi se ha duplicado en los últimos 15 años al pasar de 47.2 muertes por cada 100,000 habitantes en el 2000 a una tasa de 86 en 2016 (SS, 2018c; Conapo, 2018).

Algunas de las condiciones que predispone la aparición de algunas de estas enfermedades crónicas no transmisibles son el sobrepeso y la obesidad; al respecto, México ocupó el primer lugar en el porcentaje de personas adultas con sobrepeso y obesidad (72.5%) entre los países de la OCDE, sobrepasó a Estados Unidos (70.1% en 2014), Nueva Zelanda (66.8% en 2016) y Australia (63.4% en 2014) (OCDE, 2017a).

Al desagregar este indicador por sexo se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre adultos fue mayor en las mujeres que en los hombres (el 75.6% frente al 69.4%), lo que coloca a las mujeres en un mayor grado de vulnerabilidad ante las comorbilidades asociadas a estas condiciones (INSP, 2016).

La epidemia de sobrepeso y obesidad en México también está presente en el grupo de población entre 5 y 11 años, y alcanza, de igual modo, el primer lugar a nivel mundial (INSP, 2016), lo que amenaza de forma inapelable la salud, el desarrollo y, finalmente, la calidad y expectativa de vida de los niños y niñas que lo padecen.

Otro indicador clave para medir el desempeño de los servicios de salud es la razón de mortalidad materna (RMM) por cada 100,000 nacidos vivos. La meta comprometida por México en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) era de 22 defunciones por causas maternas por cada 100,000 nacidos vivos para 2015, misma que no fue alcanzada, ya que en ese año se registró una RMM de 34.6 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos (Presidencia de la República, 2016).

De igual forma, la mortalidad infantil, que se relaciona con diversos factores económicos y sociales, se utiliza para evaluar no solo el desempeño de los sistemas de salud, sino también el grado de desarrollo de una sociedad. En 2015, este indicador fue de 12.5 muertes por cada 1,000 nacidos vivos (Presidencia de la República, 2016), lo que coloca a nuestro país por encima de la meta programada en los ODM de 10.8 muertes y lejos del promedio exhibido por los países de la OCDE (3.9 muertes).

Junto con la efectividad y la seguridad, la centralidad en la persona es una característica esencial para conseguir mejorar los resultados sanitarios y sociales. En este sentido, la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio es indispensable para prevenir, diagnosticar y tratar los factores que pueden condicionar el riesgo de complicaciones durante el embarazo o provocar la muerte materna o perinatal. Entre 2000 y 2014, el promedio de consultas prenatales por embarazada pasó de 4.4 a 5.3; sin embargo, nuevas recomendaciones internacionales apuntan a que

la atención ideal debería consistir en, cuando menos, ocho consultas prenatales por embarazada (OMS, 2018c).

Como elemento final del análisis, se identificaron brechas que se manifiestan como cargas disímiles de morbilidad y mortalidad entre diferentes regiones y grupos poblacionales; prueba de ello es que, en 2016, en los estados con índice de marginación muy alto y alto, las muertes atribuibles a enfermedades del corazón, *diabetes mellitus* y tumores malignos concentraron 45.9% de los decesos, mientras que en las entidades caracterizadas con muy bajo índice fue del 51.4%. En el caso de los estados con alto o muy alto grado de marginación, las enfermedades del hígado (donde la enfermedad alcohólica del hígado ocasiona 35.1% de las muertes totales por esta causa) y las agresiones (homicidios) se ubicaron como la tercera y cuarta causa de muerte, respectivamente; en tanto, en el grupo de entidades con muy bajo índice de marginación se colocaron como quinta y novena causa de muerte, en ese orden (SS, 2018c).

CONCLUSIONES

En el ejercicio diagnóstico del estado que guarda en México el acceso al derecho a la salud se identificaron los siguientes retos para lograr avanzar en la garantía plena del ejercicio del derecho:

- Avanzar en la integración del sistema público de salud reduciendo la fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales.

- Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive de las necesidades prioritarias de atención de la población.
- Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico.
- Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación del mismo y propiciando mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país, con especial atención en las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado.
- Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias.
- Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de grupos sociales en desventaja, así como de regiones prioritarias.
- Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas.

INTRODUCCIÓN

Mediante la evaluación de la política y la generación de estimaciones sobre pobreza, así como la definición de indicadores, el CONEVAL contribuye a que el Estado identifique aquellas acciones necesarias para garantizar que todas las personas ejerzan plenamente sus derechos sociales. En este esfuerzo, distinguir a los grupos sociales, sectores, regiones o entidades que se encuentran en desventaja es uno de los aspectos que hacen posible propiciar la igualdad de condiciones y una mejora en las condiciones de vida de la población.

Así, la educación, salud, alimentación nutritiva y de calidad, vivienda digna y decorosa, medio ambiente sano, trabajo, seguridad social y no discriminación son elementos guía para definir estrategias que logren incidir en todos los ámbitos del desarrollo social garantizados tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como en la Ley General de Desarrollo Social.

La tarea del Estado al respecto es fundamental, ya que, como se señala en el párrafo tercero del artículo primero de la Constitución, todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos (ver esquema).

Esquema 1. Obligaciones del Estado respecto de los derechos humanos

RESPETAR	PROTEGER	GARANTIZAR	PROMOVER
Exige al Estado que se abstenga de injerir, obstaculizar o impedir, ya sea mediante acciones u omisiones, directa o indirectamente el ejercicio de los derechos sociales.	Se supone que el Estado debe impedir que terceros (particulares, grupos, empresas, instituciones) menoscaben el disfrute del derecho, para lo que debe promulgar leyes y marcos regulatorios que impidan afecciones y permitan sancionar violaciones.	El estado debe asegurar que el titular de estos los haga efectivos en los casos en que no puede hacerlo por sí mismo con los medios a su disposición, conduciéndose de manera proactiva para reducir las desigualdades y establecer pisos mínimos para su disfrute.	Está ligada a la obligación de garantizar, y supone adoptar medidas para la adecuada difusión de información relativa a volver efectivo el disfrute de los derechos.

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en Abramovich y Curtis (2005) y Alza (2014).

Lo anterior supone, entonces, cambiar la concepción del diseño de la política pública del desarrollo social a uno con enfoque basado en derechos (EBD); es decir, no se debe partir de la idea de que existen personas con necesidades que deben ser asistidas, sino reconocerlos como sujetos con derecho a demandar el cumplimiento de estos (Abramovich, 2006).

Al respecto, el EBD no solo tiene que ver con los resultados, sino también con la manera en que se lograrán estos. Además, reconoce a las personas como agentes que intervienen en su propio desarrollo y no como receptores pasivos de servicios, por lo cual informar, educar y empoderar a estos agentes es fundamental (UNFPA, s.f.).

En virtud de lo anterior, el CONEVAL consideró importante generar información para conocer el estado actual del ejercicio de los derechos sociales; por ello, elaboró una serie de estudios diagnósticos de derechos, en los que se retoma el análisis realizado en el libro *Pobreza y derechos sociales en México* (Hernández, Aparicio y Mancini, 2018). Los principales resultados de los estudios diagnósticos de los derechos sociales se plasman de manera sintética en el *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018*.

El análisis en estos diagnósticos distingue tres atributos inherentes a los derechos sociales: accesibilidad, disponibilidad y calidad. La accesibilidad es asegurar que los medios por

los cuales se materializa un derecho no tengan barreras para todas las personas. La disponibilidad se entiende como la suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población (CDHDF, 2011, p. 48). Finalmente, la calidad es asegurar que los medios (instalaciones, bienes y servicios) y contenidos mediante los cuales se materializa un derecho tengan los requerimientos y las propiedades aceptables, relevantes y culturalmente apropiados para cumplir con esa función (PNUD, 2012).

Este estudio diagnóstico es un primer ejercicio comprensivo para generar información que permita conocer cómo se encuentran las personas respecto del ejercicio de sus derechos sociales. Esta aproximación se desarrolla con una metodología de análisis que parte de la construcción de una definición operativa del derecho con base, principalmente, en preceptos normativos. Lo anterior, con el propósito de identificar elementos susceptibles de medir y, con ello, construir categorías analíticas. En ese sentido, este ejercicio puede no coincidir con otras perspectivas o enfoques analíticos igual de válidos para el análisis referido.

El alcance de los estudios diagnósticos está limitado por la información para analizar las dimensiones de análisis establecidas en la propuesta metodológica. En ocasiones, la información necesaria no existía, no era pública y



carecía de representatividad regional o por subgrupos. Al presentarse alguno de los casos anteriores, se buscó medir las dimensiones a través de indicadores proxis con las limitantes que ello implica.

Una consideración adicional respecto de este primer ejercicio es que solo se considera una de las cuatro obligaciones estatales en la materia: la de garantizar los derechos. Esta obligación parte del hecho de que el marco normativo nacional señala la obligación de cumplimiento. En ese sentido, el diagnóstico no analiza el andamiaje jurídico (indicadores estructurales) o la armonización legislativa a nivel local o estatal para la protección de los derechos sociales.

Finalmente, y no por ello menos relevante, se es consciente de que el ejercicio pleno de los derechos sociales es un ideal que busca

alcanzar, el punto máximo del desarrollo de las personas, y que, para lograrlo, es necesario avanzar de manera gradual.

El estudio aquí presentado se integra de tres capítulos. En el primero se establece la definición operativa adoptada para la medición del derecho y se plantea la metodología para su medición. El segundo incluye la información diagnóstica sobre cómo se encuentra la población en relación con el ejercicio de sus derechos con base en un grupo de indicadores. También se mencionan los principales retos pendientes para lograr una efectiva medición de los derechos sociales. A partir de los resultados del diagnóstico, en el capítulo tercero se identifican grupos en situación de vulnerabilidad. Por último, en las conclusiones se retoman los principales hallazgos del estudio.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

MARCO CONCEPTUAL

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH, 2013) define los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) como “los derechos humanos relacionados con el lugar de trabajo, la seguridad social, la vida en familia, la participación en la vida cultural y el acceso a la vivienda, la alimentación, el agua, la atención de la salud y la educación”. Estos tienen su origen, junto con los denominados “derechos civiles y políticos”, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Ambos grupos de derechos han sido motivo de la firma de diversos tratados multilaterales internacionales que, junto con la Declaración Universal, conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos.

México ha ratificado y suscrito cuatro de los cinco documentos que conforman la Carta, entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).² Con ello, el Estado mexicano ha aceptado responsabilidades que se obliga a cumplir, ya que todo derecho supone el principio jurídico de exigibilidad. Este principio es fundamental para diferenciar entre meros objetivos sociales deseables para una población beneficiaria con necesidades, según el enfoque tradicional, y derechos sociales que el Estado está obligado a garantizar a los titulares de los derechos.

Los DESC son un complejo de obligaciones tanto positivas como negativas; comprende un entramado institucional y normativo amplio que atañe a todo el quehacer institucional, incluyendo la legislación, la planeación, las políticas públicas, los programas públicos y, en general, las diversas estrategias y acciones del Estado. Ante esto, surge la pregunta sobre la forma en que los derechos humanos y otros principios jurídicos pueden materializarse en contenidos más específicos en el quehacer institucional.

En respuesta a ello, surgió el ya citado “Enfoque Basado en Derechos Humanos” (EBDH o EBD).

El EBD puede utilizarse para definir todo el quehacer del Estado (legislación, políticas, programas, proyectos, servicios), en virtud de que es un instrumento que establece criterios éticos para el desarrollo y la aplicación a las políticas públicas. El EBD consiste en una metodología aceptada internacionalmente, que se caracteriza por insistir en que el punto de partida de los procesos de elaboración de políticas no debe ser la existencia de personas con necesidades o beneficiarias que deben ser asistidas, sino sujetos de derecho con requerimientos efectivos de acciones, prestaciones y conductas, que deben ser realizadas por distintos sujetos obligados, de entre los cuales el principal resulta ser el propio Estado. Cabe aclarar, sin embargo, que el EBD no excluye al individuo de responsabilidades.

Las distintas acepciones del EBD coinciden en que este incluye, por lo menos, dos aspectos: uno normativo y otro operacional. El primero abarca todos aquellos derechos de los que se desprenden obligaciones para los Estados que han suscrito los diversos instrumentos jurídicos internacionales; sin embargo, esas obligaciones no refieren en sí mismas cuáles habrán de ser las acciones y el contenido de las políticas que se han de realizar para lograr la materialización

de los derechos. Por su parte, el aspecto operacional parte de la idea de que, si bien los derechos no abordan el contenido de las políticas, sí pueden aportar una orientación general y un marco de conceptos que pueden guiar la formulación e implementación de estas.

Para avanzar hacia el objetivo de lograr una medición que reflejara el estado actual del ejercicio del derecho a la salud en México, fue necesario recurrir a un abordaje metodológico amplio que recogiera y presentara información desde diferentes perspectivas, y que permitiera no solo mostrar el perfil demográfico-epidemiológico y la dinámica salud-enfermedad-atención de la población mexicana y su acceso a los servicios de atención médica y preventivos que el Estado mexicano está obligado a proveer, sino, además, integrar una visión de derechos humanos que visibilizara la relación que guarda el marco normativo/institucional mexicano y el ejercicio mismo del derecho, a la vez que ayudara a identificar brechas en su cumplimiento y grupos sociales desfavorecidos en el ejercicio del derecho.

La adopción del EBD hace posible conjugar diferentes estrategias de análisis para recoger una imagen más completa del ejercicio del derecho que propicie acercarse a la realización de su objetivo, que es promover avances mayores y más sostenibles del desarrollo, y combatir

02 Firmado en 1966 y ratificado por México en 1981.

las desigualdades, prácticas discriminatorias y relaciones de poder injustas (OMS, 2017a).

Aplicando este enfoque, las actividades de desarrollo quedan asentadas en un sistema de derechos y en las obligaciones correspondientes

del Estado establecidas en la legislación internacional. Los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales brindan un marco de referencia para los planes, las políticas y los procesos de desarrollo (OMS, 2017a).

FUNDAMENTOS PARA SU EXIGIBILIDAD

El derecho a la salud es un derecho humano y, como tal, es inherente e innato a la naturaleza de todas las personas. Su fundamento, como el de los demás derechos humanos, se encuentra en la dignidad humana y sienta sus bases en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en la que se menciona a la salud como un elemento crucial para acceder a un nivel de vida adecuado.

En su calidad de derecho humano, el derecho a la salud, así como los otros derechos, debe ser reconocido y garantizado por los instrumentos jurídicos internacionales y constitucionales para evitar que el poder público o de particulares lo pueda vulnerar o violar (Quintana, 2009, p. 21).

De acuerdo con el PIDESC, el derecho a la salud es el derecho al disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social. Esta definición guarda una estrecha relación con la definición adoptada regionalmente en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", en los siguientes términos:

Artículo 10 Derecho a la salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y, particularmente, a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.

b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.

c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.

d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.

e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (Organización de Estados Americanos, 2017).

El artículo 2° del PIDESC (ONU, 1966) impone el deber a todos los Estados parte de

adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que

disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos.

Por tanto, el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud (ACNUDH, 2011).

En reconocimiento a la naturaleza irrenunciable de este derecho, el Estado mexicano ha ratificado una serie de tratados internacionales en esta materia, los cuales se muestran en el cuadro 1.

Cuadro 1. Principales instrumentos internacionales que reconocen el derecho a la salud y de los cuales México es parte

INSTRUMENTO	FECHA DE ADHESIÓN, DE RATIFICACIÓN Y ADOPCIÓN POR MÉXICO
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su protocolo facultativo	Adhesión al Pacto el 23 de marzo de 1981; el protocolo facultativo está abierto a firmas desde 2009, pero México no lo ha ratificado
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y protocolo facultativo	Ratificación de la Convención el 23 de marzo de 1961; ratificación del protocolo el 15 de marzo de 2002
Convención sobre los Derechos de los Niños	Ratificación el 21 de septiembre de 1990
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	Ratificación el 20 de marzo de 1975

INSTRUMENTO	FECHA DE ADHESIÓN, DE RATIFICACIÓN Y ADOPCIÓN POR MÉXICO
Convenios de la Organización Internacional del Trabajo <ul style="list-style-type: none"> • Convenio sobre las enfermedades profesionales • Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo • Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo • Convenio sobre seguridad y salud en la construcción • Convenios sobre examen médico a menores –industria y trabajos no industriales • Convenio sobre prestaciones en accidentes del trabajo y enfermedades profesionales • Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad • Convenio sobre seguridad y salud en las minas • Convenio sobre la protección de la maternidad • Convenio sobre la seguridad y la salud en la agricultura • Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo 	Sí, 20 de marzo de 1937 Sí, 1 de febrero de 1984 Sí, 17 de febrero de 1987 Sí, 5 de octubre de 1990 No ratificado No ratificado No ratificado No ratificado No ratificado No ratificado No ratificado
Convención sobre el Estatuto de Refugiados de 1951 y su protocolo de 1967	Adhesión a la Convención y al protocolo el 7 de junio del 2000
Convención sobre el Estatuto de los Apátridas de 1954	Adhesión el 7 de junio del 2000
Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José"	Adhesión el 24 de marzo de 1981
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Belem Do Para"	Ratificado el 12 de noviembre de 1998
Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad	Ratificada el 25 de enero de 2001
Convención Internacional sobre la Protección de Todos los Trabajadores Migrantes y sus Familiares	Ratificación el 8 de marzo de 1999
Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas	México votó a favor de la resolución 61/295 de la Asamblea General mediante la que se aprobó la Declaración

INSTRUMENTO	FECHA DE ADHESIÓN, DE RATIFICACIÓN Y ADOPCIÓN POR MÉXICO
Directrices y pautas de la Organización Panamericana de la Salud: <ul style="list-style-type: none"> • Código Sanitario Panamericano 1929 • Protocolo anexo al Código Sanitario Panamericano 1954 • Acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana en México 1985 	Código Sanitario Panamericano, ratificado en 1929 Protocolo anexo al Código Sanitario Panamericano, ratificado en 1954 Adopción en 1984 y se publicó en el Diario Oficial de la Federación en 1985

Fuente: Elaboración propia.

Una vez firmados y ratificados los instrumentos internacionales, el Estado se compromete a la realización gradual del derecho, lo que implica que debe adoptar medidas para su satisfacción conforme al principio de progresividad, es decir, tienen la obligación de avanzar lo más expedita y eficazmente posible, tanto por sí mismo como con la asistencia y cooperación internacional, hasta el máximo de los recursos de que disponga (ACNUDH, 2011).

Este compromiso se ha reflejado en la incorporación del derecho a la salud en los diferentes instrumentos normativos del Estado mexicano, y se estableció de forma primordial como un derecho constitucional en 1983, cuya naturaleza jurídica se actualizó a derecho humano tras la reforma constitucional de 2011 (Lugo, 2015), y en la Ley General de Desarrollo Social en 2004, que cita: "Son derechos para el desarrollo social [...] la salud...".

A raíz de la incorporación del derecho a la salud en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la cual se menciona: "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", se expide la Ley General de Salud,³ reglamentaria del derecho a la protección de la salud que define las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. La citada ley (1984) señala que "se entiende por salud un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", al retomar la definición propuesta por la OMS.

03 ³Publicada en 1984.



La Ley General de Salud prescribe que el derecho a la protección de la salud debe permitir:

- Alcanzar el bienestar físico y mental de las y los mexicanos.
- La protección y la estimulación de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- Alargar y mejorar la calidad de vida de las y los mexicanos poniendo énfasis en los sectores más vulnerables.
- Promover servicios de salud y asistencia social adecuados y aptos para satisfacer las necesidades de salud de la población.
- Dar a conocer e impulsar el aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- Estimular la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (ACNUDH, 2011).

El derecho a la protección de la salud se concreta por medio de servicios básicos en esta materia dirigidos a dos tipos de destinatarios: las personas y las colectividades. Así, la Ley General de Salud (1984), en su numeral 27, determina que habrá de considerarse como servicios básicos de salud los referentes a la educación para la salud; la prevención y el control de enfermedades transmisibles y la atención médica integral; la atención materno-infantil; la planificación familiar; la salud mental; la promoción y el mejoramiento de la nutrición; la prevención y el control de enfermedades bucodentales; la disponibilidad de medicamentos e insumos esenciales; la promoción de estilos de vida saludables; la de asistencia social de los grupos en condiciones de desventaja; y la atención médica a los adultos mayores.

En la misma línea, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha clasificado el derecho a la salud como un derecho público subjetivo,⁴ Respecto de la finalidad del derecho a la protección de la salud y de la definición de servicios de salud, el Pleno de la Suprema Corte ha resuelto lo siguiente:

... el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; [...] por servicios de salud se entiende las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; [...] los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; [...] son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuarse un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud (ACNUDH, 2011).

Lo anterior refleja un marco jurídico que establece las finalidades del derecho y las acciones que el Estado está obligado a ejecutar para garantizar la prestación de servicios de atención médica una vez que se ha producido un daño a la salud, y también de todas aquellas acciones necesarias para prevenir estos daños, así como de las necesarias para la promoción

de la salud. De esta forma, la Suprema Corte de Justicia de la Nación reconoce que la protección del derecho a la salud depende de la forma en que son reguladas las condiciones de acceso a los servicios de atención sanitaria, además de todas las reglas que influyen en la calidad de estos (ACNUDH, 2011).

En consecuencia, y derivado de la enorme complejidad que conlleva el acotar los factores que intervienen en la protección de la salud, surge un denso entramado de leyes y normas que buscan garantizar el derecho a la salud de distintos sectores de la población, ya sea a través de las obligaciones de instituciones o de normas que regulan la oferta de servicios de salud, entre ellas las siguientes:

- Ley del IMSS
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Ley Federal del Trabajo
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
- Ley de Asistencia Social
- Ley de Desarrollo Rural Sustentable
- Código Penal Federal (ACNUDH, 2011)

⁰⁴ "Son las facultades de que son titulares cada una de las partes de la relación-jurídico administrativa y en virtud de las cuales una parte está obligada a realizar una determinada prestación a la otra" (*Enciclopedia Jurídica*, 2014).

Con la finalidad de extender el alcance de los servicios de salud a los grupos de población menos favorecidos y en mayores condiciones de rezago y que, con frecuencia, se encontraban desprotegidos en materia de acceso a su derecho, se crearon programas que incluyen acciones para acercar los servicios de salud a estos grupos, entre estos los más destacados son el Programa IMSS-Prospera y el Programa de Inclusión Social Prospera.

Es de mención especial la reforma de 2003 a la Ley General de Salud para la inclusión del Sistema de Protección Social en Salud, debido a que, a pesar de lo previsto en 1984, no se había logrado la cobertura financiera que incluyera a la población que no contaba con servicios provenientes de una institución de seguridad social o privada, por lo cual se operaría por medio del Seguro Popular. La finalidad del Sistema

de Protección Social en Salud era lograr la cobertura universal, al soportarla en un instrumento financiero de aseguramiento que limitaría las intervenciones, insumos y medicamentos a los incluidos en catálogos de servicios que estarían sujetos a revisión y actualizaciones periódicas.

Además de los mecanismos mencionados, el Estado dispone de otros instrumentos que son de observancia obligatoria del Sistema Nacional de Salud y están dirigidos a regular y conducir las actividades en los temas considerados de mayor relevancia en el país en cuanto a la salud, y contribuyen a la garantía del ejercicio del derecho con criterios mínimos de calidad. Estos instrumentos son las normas oficiales mexicanas y reglamentos en materia de salud.

LA DEFINICIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud es un concepto de amplia envergadura; por lo tanto, es conveniente contar con una definición operativa, entendida como una "conceptualización objetiva y práctica del derecho que permita establecer criterios para el análisis de la situación del mismo" (CONEVAL, 2017a).

La definición del derecho a la salud no está exenta de limitaciones; se ha llegado a reconocer que el término "derecho a la salud" puede resultar confuso, ya que, en realidad, no existe

un derecho humano a estar sano, dado que esto depende de factores de naturaleza muy diversa, como la genética, las conductas, accidentes, entre otros (López, 2011).

Aquí se vuelve un recurso valioso rescatar el concepto de salud-enfermedad como proceso, en el que estos conceptos no constituyen dos estados en oposición, sino diferentes momentos de un proceso continuo. La categoría salud-enfermedad instaura el concepto de proceso como lo contrario a lo estático, a lo

inmóvil, a lo no modificable y, además, indica relación-multifactorialidad-interdependencia. En consecuencia, el concepto de salud se sitúa mucho más allá de una apropiación biológica e implica una conceptualización sanitaria, de responsabilidad social, de apropiación de recursos físicos, económicos y humanos, es decir, un acuerdo social acerca de cuáles son los recursos que el Estado y la sociedad deben destinar al propósito de garantizar a los ciudadanos condiciones de salud que, acompañadas de otros elementos como la vivienda, el trabajo y la educación, resulten en condiciones de vida digna (Vélez, 2007).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 incluye la noción del derecho a la salud (aunque no lo define) en su artículo 25:

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; 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.

El PIDESC (ONU, 1966) define en su artículo 12 el derecho a la salud como el derecho al disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social. El utilizar esta definición permitió tomar como referente la Observación General 14, documento que profundiza en la explicación de los elementos que deben considerarse en la definición de este derecho; por ello, para saber cómo entender universalmente el derecho al disfrute

del nivel más alto de salud física, mental y social o derecho a la salud, se examina el contenido normativo de este derecho en el numeral 1 de la citada observación:

- El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano.
- Es un derecho que entraña libertades y otros derechos.
- Tiene en cuenta las condiciones biológicas y socioeconómicas de la persona; es un derecho inclusivo que considera la atención a la salud y los principales factores determinantes de la salud.
- Debe entenderse como un derecho al disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.
- Establece como elementos necesarios la accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad, y conceptualiza y define cada uno de estos elementos.

La definición del derecho a la salud del PIDESC se considera como la más amplia y acabada por tres razones. En primer lugar, por su amplitud; mejora el concepto del derecho a la salud expuesto en la constitución de la OMS (1946) y por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), y se aprecia una gradualidad en el alcance del derecho y, además, se determinan sus partes.

En segundo lugar, porque la definición proporcionada por el PIDESC es un concepto dinámico que permite incorporar los nuevos retos globales. Esto queda establecido en el

numeral 10 de la observación general 14, la cual menciona que, desde la firma de los dos pactos internacionales de las Naciones Unidas, la situación en el mundo respecto a la salud de la población se ha modificado de forma importante, por lo que el concepto de salud ha cambiado también en cuanto a su contenido y alcance. Advierte la necesidad de tomar en cuenta los elementos determinantes de la salud, como la distribución de recursos y la perspectiva de género, así como cuestiones de carácter social que incluyen la violencia y los conflictos armados. De igual forma, considera las enfermedades antes desconocidas o poco estudiadas, pero que presentan en la actualidad retos de salud mundial, como es el caso del VIH/sida y el cáncer (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

La tercera razón, central para el objetivo de diagnosticar el cumplimiento de las obligaciones del Estado mexicano referente al derecho

a la salud, radica en que la definición citada es vinculante jurídicamente. A diferencia de la OMS, en la que México tiene estatus de Estado o miembro, en el PIDESC, el país suscribió compromisos como Estado parte, lo cual, por el derecho de los tratados⁵ y con base en el principio *pacta sunt servanda*,⁶ obliga al Estado mexicano a cumplir estas responsabilidades y obligaciones adquiridas.⁷

En ese sentido, la definición del PIDESC, junto con la observación general 14, en la cual se aclara la naturaleza y el contenido de este derecho, se reconoce como la interpretación más acabada y operativa del derecho a la salud (OMS, 2017a). Por las razones mencionadas, se consideró la definición del derecho a la salud proporcionada por el citado pacto como el punto de partida para el estudio diagnóstico del derecho a la salud.

INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DEL DERECHO

En 2002 se acordó establecer la Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos cuya

primera tarea fue realizar un diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en el país, siguiendo las directrices metodológicas

05 Este derecho se sostiene en cuatro principios, ya que su suscripción no se somete a una autoridad superior porque se trata de Estados soberanos, pero sí se somete a mecanismos vinculantes cuya resolución puede ser coercitiva, como el arbitraje o el recurso al arreglo judicial (Secretaría de Gobernación, 2013).

06 Se suscribe con toda responsabilidad y buena fe, tanto en sus términos como en el propósito de cumplirlos.

07 Además, existe el principio de oponibilidad del artículo 27 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969, el que especifica que los Estados no pueden invocar las disposiciones de su derecho interno como elemento para justificar el incumplimiento de un tratado (ONU, 1969).

delineadas por las observaciones generales de distintos tratados. El objetivo del diagnóstico era ubicar los obstáculos estructurales y apuntar las prioridades de acción para el plan nacional de derechos humanos a considerar en cada país. El diagnóstico se llevó a cabo en 2003 e incluyó la recomendación instrumental de crear un grupo de expertos que elaboraran un informe independiente y un índice nacional de cumplimiento de los derechos humanos en México, a nivel federal y estatal (ACNUDH, 2003). El documento contiene varios apartados relacionados con el derecho a la salud: un subcapítulo acerca del derecho al disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social; un capítulo dedicado a los derechos humanos de las mujeres que toca en específico los derechos sexuales y reproductivos; y un capítulo relativo a grupos en situación de vulnerabilidad y discriminación, entre los cuales están, por ejemplo, quienes viven violencia familiar, usuarios de los servicios de salud, personas que viven con enfermedad mental, personas con discapacidad y personas que viven con VIH/sida.

La demanda de indicadores adecuados ha sido uno de los principales retos en la tarea que no responde únicamente a la necesidad de vigilar el cumplimiento de los instrumentos de derechos humanos por los Estados parte, sino también a la necesidad de contar con instrumentos útiles para reforzar la rendición de cuentas, articular y presentar reclamaciones

sobre las entidades encargadas, y formular las políticas y los programas públicos necesarios. En este intento se incluye el entendimiento de que es preciso abandonar el uso de estadísticas generales, cuya pertinencia para estas tareas suele ser indirecta y poco clara, y utilizar indicadores específicos que, al estar incorporados en el correspondiente marco normativo de derechos humanos, pueden ser aplicados e interpretados con facilidad por los usuarios potenciales. Para que los indicadores cuantitativos⁸ sean instrumentos eficaces en la vigilancia de la realización de los derechos humanos, deben ser afianzados en un marco conceptual que tenga en cuenta las preocupaciones y los objetivos de ese proceso (ONU, 2006).

En su esfuerzo por abordar los retos que tienen que ver con la medición del derecho a la salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la OMS, el relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, las organizaciones de la sociedad civil, académicos, entre otros, han desarrollado una propuesta para analizar el derecho con miras a facilitar su comprensión y aplicación práctica a políticas, programas y proyectos relacionados con la salud. Este marco analítico propone diez elementos centrales que incluyen, entre otros, a los determinantes sociales subyacentes de la salud, que pueden ser resumidos en lo siguiente:

08 La metodología, finalmente, incorpora tanto indicadores cualitativos como cuantitativos; por ejemplo, los números, los porcentajes o los índices, como el Índice de Desarrollo Humano. También se encuentra un amplio uso de "listas de control" o series de preguntas en calidad de indicadores, que a veces tienen por objeto complementar o elaborar información numérica.

(a) Identificación de las leyes, normas y estándares del derecho internacional de los derechos humanos relevantes;

(b) Reconocimiento de que el derecho a la salud está sujeto a limitaciones de recursos y a una realización progresiva, requiriendo la identificación de indicadores y puntos de referencia para medir el progreso (o la falta de éste) a través del tiempo;

(c) No obstante, el reconocimiento de que algunas obligaciones que surgen del derecho a la salud no están sujetas a limitaciones de recursos y a una realización progresiva, sino que tienen efecto inmediato, por ejemplo, la obligación de no discriminación de jure y de facto;

(d) Reconocimiento de que el derecho a la salud incluye libertades (por ejemplo, la libertad de no recibir tratamientos no consentidos y no participar en pruebas clínicas no consentidas) y derechos (por ejemplo, a un servicio de cuidado y protección de la salud). En general, las libertades no tienen implicancias presupuestarias, mientras que los derechos sí;

(e) Todos los servicios, bienes e instalaciones de salud, tienen que estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de buena calidad;

(f) Los Estados tienen obligaciones de respetar, proteger y satisfacer el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud;

(g) Debido a su gran importancia, el marco analítico requiere que se le preste especial atención a cuestiones de no-discriminación, igualdad y vulnerabilidad;

(h) El derecho a la salud requiere que exista oportunidad para la participación activa e informada de individuos y comunidades en la toma de decisiones sobre su salud;

(i) Los países en desarrollo tienen la responsabilidad de buscar asistencia y cooperación, mientras que los países desarrollados tienen algunas responsabilidades respecto de la realización del derecho a la salud en países en desarrollo; y

(j) El derecho a la salud requiere que existan mecanismos de monitoreo y control eficaces, transparentes y accesibles, disponibles a nivel nacional e internacional (Hunt y Khosla, 2008).

Este marco exige que los indicadores a seleccionar, además de estar relacionados con las normas, reflejen su carácter intersectorial⁹ y midan el esfuerzo de la entidad responsable para cumplir sus obligaciones, deben ser definidos explícitamente y con precisión sobre la base de una metodología aceptable de recopilación y presentación de datos, que sean recolectados de forma periódica, y adecuados al contexto, que contribuyan a la definición del contenido del derecho humano en cuestión y ayuden a reforzar sus aspectos operativos.

Una primera lista de indicadores ilustrativos se puso a consideración de la Quinta Reunión de los Comités para cuatro derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, la cual fue precisada para la vigésima reunión de presidentes de órganos de tratados de derechos humanos celebrada en 2008 una vez que la metodología fue validada y probada mediante un ensayo experimental por los comités correspondientes.

De este modo, se consolidó la aspiración mundial de disponer de un método estructurado y coherente con una base conceptual

adecuada, que evitara reducirse a una mera lista de posibles opciones y en la cual sustentar el enfoque global y común de tener tres grupos

de indicadores: estructurales, de proceso y de resultados, lo que se denominó cesta de indicadores (ver cuadro 2) (ONU, 2006).

Cuadro 2. Indicadores de derechos humanos

Estructurales. Reflejan la ratificación y adopción de instrumentos jurídicos y la existencia de mecanismos institucionales básicos que se consideran necesarios para facilitar la realización de un derecho humano. Refleja el compromiso o la intención del Estado de adoptar medidas para hacer efectivo el derecho.

Procesos. Relacionan los instrumentos de política de los Estados con hitos u objetivos intermedios que acumulados se convierten en indicadores de resultados, los cuales a su vez pueden relacionarse de forma más directa con la realización de los derechos humanos.

Resultados. Describen los logros, individuales y colectivos, que reflejan el grado de realización de un derecho humano en un determinado contexto. Refleja los efectos acumulados de diversos procesos subyacentes (que pueden ser descritos por uno o más indicadores de proceso), un indicador de resultados suele ser un indicador lento, menos sensible a las variaciones transitorias que un indicador de proceso (ONU, 2008).

DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES DEL DERECHO

Para la elaboración de la propuesta de medición del derecho, como ya se mencionó, se partió de la definición del concepto de salud del PIDESC, en su artículo 12, y del contenido normativo de este derecho que se deriva de la observación general 14, que establece que el derecho a la salud en todas sus formas y en todos los niveles debe abarcar los siguientes elementos como esenciales e interrelacionados, que constituyen en sí mismos dimensiones de análisis: disponibilidad, accesibilidad y calidad.

En la teoría de los derechos humanos y sociales también hay otras dimensiones de análisis, como la de aceptabilidad, que guarda relación con la información que permita identificar principios de acceso a la población situada en condiciones menos favorables, como localidades rurales, deciles de ingreso más bajo, marginación (de acuerdo con el Consejo Nacional de Población [Conapo]) o rezago social (CONEVAL). Además, incluye la información que es representativa de los aspectos culturales que deben considerarse en los

⁹Relativo a los principios de igualdad y no discriminación, indivisibilidad, rendición de cuentas. La participación y la potenciación.

servicios y bienes públicos. En este documento, esa dimensión se examinará de manera indirecta a través de las otras, en particular a partir de la identificación de brechas entre diversos grupos poblacionales.

En atención al objetivo general de este estudio: "Contar con un diagnóstico en materia del derecho a la salud que permita entender el grado de avance en el cumplimiento pleno del derecho social de los individuos en términos de la obligación del Estado de garantizar el disfrute...", y en el contexto del artículo 12 del PIDESC, a continuación se proponen aproximaciones conceptuales para las dimensiones y subdimensiones asociadas al cumplimiento del derecho a la salud.

- Accesibilidad (A) se refiere a la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender (CONEVAL, 2014).
- La disponibilidad (D) se entiende como la suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población (CDHDF, 2011, p. 48).
- La calidad (C) es el grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual (Kelley y Hurst, 2006).

Acerca de estas bases conceptuales, se realizó un análisis que permitió reconocer contenidos diferenciados al interior de cada dimensión y facilitó la identificación de subdimensiones específicas.

Para la dimensión de accesibilidad

Se identifican tres conceptos centrales: el relacionado con las condiciones físicas; el referido a aspectos económicos; y el inherente a la información que permita a la población el ejercicio del derecho a la salud.

A.1 Accesibilidad física

Conjunto de características que considere la localización geográfica de acceso razonable o por medio de tecnología moderna a los servicios de salud.

A.2 Accesibilidad económica

Conjunto de características relativas a la capacidad de pago de las personas y sus hogares para obtener los bienes y servicios de salud, así como los medios para conseguirlos, públicos o privados, de tal forma que los distintos costos no sean prohibitivos para gozar de los beneficios provistos por el sistema o impedimento para mantener la continuidad de los tratamientos con la misma oportunidad, suficiencia y calidad entre todas las regiones, y sin estar vinculadas a una condición laboral.

A.3 Acceso a la información

Conjunto de medios que facilitan la adquisición de información relevante sobre acciones

de prevención, promoción y condición de salud de una persona o conjunto de personas.

Para la dimensión de disponibilidad

En la definición se identifican al menos dos condiciones esenciales de esta dimensión: aquellas relacionadas con los recursos mínimos indispensables para el otorgamiento de los bienes y servicios que el Sistema de Salud tiene por obligación proveer a la población; y las relacionadas con los servicios básicos que impactan el entorno en el cual se desenvuelven las personas y que pueden contribuir a la preservación de la salud o a su deterioro.

D.1 Recursos

Estos se componen de dos elementos indispensables para que el Sistema Nacional de Salud pueda cumplir con sus funciones de manera efectiva:

D.1.1 Aquellos relacionados con la suficiencia de recursos humanos, capacitados y competentes, que vuelvan operables los servicios para la población.

D.1.2 Lo referente a la infraestructura física, equipamiento, materiales e insumos que faciliten el otorgamiento de los servicios de atención a la salud.

D.2 Servicios básicos

En estos se tomaron en cuenta aquellos factores que determinan un ambiente favorable para preservar las condiciones de salud de las

personas, como los servicios de agua potable, drenaje y otras condiciones sanitarias que contribuyen a crear un medio ambiente salubre.

Para la dimensión de calidad

Debido a la diversidad de definiciones y aproximaciones teóricas al concepto de la calidad de los servicios de salud, se optó por adherirse al marco teórico-conceptual propuesto por la OCDE (2006) y definido en el *Health Care Quality Indicators Project*, que identifica una serie de subdimensiones que, en concordancia con el Institute of Medicine, serían las mínimas indispensables para asegurar la calidad de estos.¹⁰

C.1 Seguridad

Este concepto se refiere a "evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención que pretende ayudarles" y a que el paciente reciba la atención necesaria en el momento oportuno cuando es afectado por alguna condición que ponga en riesgo su vida.

C.2 Efectividad

Es "prestar servicios basados en conocimientos científicos a todos aquellos que se puedan beneficiar y abstenerse de ofrecerlos a las personas que tienen pocas probabilidades de recibir un beneficio".

C.3 Atención centrada en la persona

Dar prioridad a las personas durante todo el proceso de la atención médica; hace alusión a

¹⁰ El documento revisa y plantea algunas otras dimensiones relacionadas con la calidad; con la finalidad de fortalecer el contenido de las subdimensiones seleccionadas, se decidió incluir algunas de las otras propuestas dentro del análisis de estas como información complementaria.

la recepción de la atención cuando es requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, con una secuencia lógica y sin interrupciones de acuerdo con las necesidades del paciente/usuario.

Con base en el marco teórico-conceptual antes presentado, y algunos otros documentos metodológicos y orientadores de la política en

materia de salud de carácter internacional, se definieron indicadores para cada subdimensión o componente de las subdimensiones para conformar el apartado de análisis de indicadores cuantitativos que da sustento al diagnóstico del derecho a la salud. El cuadro 3 presenta el esquema analítico de las dimensiones y subdimensiones propuestas.

Cuadro 3. Esquema analítico

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	SUBDIMENSIÓN		DEFINICIÓN
Accesibilidad	No existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender (CONEVAL, 2014).	A1	Física	Conjunto de características que considere la localización geográfica de acceso razonable o por medio de tecnología moderna a los servicios de salud.
		A2	Económica	Conjunto de características relativas a la capacidad de pago de las personas y sus hogares para obtener los bienes y servicios de salud, así como de los medios para conseguirlos, públicos o privados, de tal forma que los distintos costos no sean prohibitivos para gozar de los beneficios provistos por el sistema o impedimento para mantener la continuidad de los tratamientos con la misma oportunidad, suficiencia y calidad entre todas las regiones, y sin estar vinculadas a una condición laboral.
		A3	A la información	Conjunto de medios que facilitan la adquisición de información relevante sobre acciones de prevención, promoción y condición de salud de una persona o conjunto de personas.

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	SUBDIMENSIÓN		DEFINICIÓN
Disponibilidad	Suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población (CDHDF, 2011, p. 48).	D1	Recursos humanos Infraestructura física y servicios médicos	Refiere al personal sanitario, formado y competente Disponibilidad de infraestructura o establecimientos, bienes y servicios para la atención a la salud suficientes.
		D2	Servicios básicos determinantes de la salud	Conjunto de factores que determinan un entorno favorable para la salud de las personas, como son los servicios básicos de agua potable, drenaje y servicio sanitario, entre otras condiciones sanitarias adecuadas para la salud, como el medio ambiente sano.
Calidad	Grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual (Institute of Medicine, 1990; OECD, 2004).	C1	Seguridad	"Evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención que pretende ayudarles" y a que el paciente reciba la atención necesaria en el momento oportuno cuando es afectado por alguna condición que ponga en riesgo su vida.
		C2	Efectividad	"Prestar servicios basados en conocimientos científicos a todos aquellos que se puedan beneficiar y abstenerse de ofrecerlos a las personas que tienen pocas probabilidades de recibir un beneficio".
		C3	Atención centrada en la persona	"Dar prioridad a las personas" durante todo el proceso de la atención médica; hace referencia a la recepción de la atención cuando es requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, con una secuencia lógica y sin interrupciones, de acuerdo con las necesidades del paciente/usuario. continuidad en la atención).

Fuente: Elaboración propia.

En el desarrollo del estudio se utilizó una metodología como la propuesta por la ACNUDH (2011), que comprende los siguientes mecanismos de medición en materia de derechos humanos: en primer lugar, el compromiso del Estado para dar cumplimiento a las normas de derechos humanos; en segundo, los esfuerzos emprendidos por el Estado para llevar a efecto estas obligaciones; y por último, los resultados de las iniciativas ejecutadas por el Estado.

El punto de partida fue la propuesta de indicadores estructurales de la ACNUDH, fundamentalmente cualitativos, que muestran la ratificación y adopción de instrumentos jurídicos y la existencia de mecanismos institucionales básicos que se consideran necesarios para facilitar la realización de un derecho humano. Estos indicadores se centran ante todo en la naturaleza de las leyes nacionales aplicables al derecho de que se trate; es decir, indican si han incorporado las normas internacionales y los mecanismos institucionales que promueven y protegen las normas. Los indicadores estructurales también expresan las políticas y estrategias del Estado pertinentes para dar cumplimiento al derecho (ACNUDH, 2011). Para aplicar este análisis de corte cualitativo, se realizó una revisión de los instrumentos internacionales suscritos por México en materia del derecho a la salud y el marco normativo-institucional vigente, que es la estructura que vuelve operativo el ejercicio por parte del sujeto de derecho.

Una vez analizados los indicadores estructurales, se procedió a la selección de indicadores de tipo cuantitativo que reflejaran las medidas que el Estado está adoptando para materializar su intención o su compromiso de alcanzar los resultados que corresponden a la realización del derecho. Para este análisis, se elaboró una matriz con los indicadores que se consideraron más idóneos para examinar las dimensiones y subdimensiones antes descritas (ver anexo I). Además de los indicadores seleccionados para cada subdimensión, se integraron otros indicadores relevantes desde una perspectiva del componente social de la salud y sociomédico que pudieran contribuir a la explicación de los hallazgos en cada subdimensión; para lo anterior, se tomó en cuenta bibliografía especializada y recomendaciones de los organismos internacionales especializados en el tema.

Las tres dimensiones analíticas propuestas (accesibilidad, disponibilidad y calidad) y el conjunto de indicadores del componente social de la salud y sociomédicos ayudaron a identificar las diversas aristas en la implementación del derecho a la salud. Con base en ellos, se estableció una valoración sobre si los medios con los que se materializa este derecho están al alcance de todas las personas, en cantidad suficiente y con atributos que se consideran aceptables. Las definiciones mostradas de estas tres dimensiones y sus respectivas subdimensiones incluyen los atributos que

permitieron su operacionalización, a partir de la cual se efectuó la medición del ejercicio del derecho a la salud en México.

Para finalizar, es importante aclarar que las categorías antes descritas (dimensiones y subdimensiones) corresponden a un marco conceptual que orienta el análisis de diferentes

problemas relacionados con el derecho a la salud; sin embargo, la salud y su preservación es un fenómeno holístico en el que todas las categorías de análisis intervienen y se interrelacionan para su explicación, lo que da como resultado el estado de salud de la población y su acceso al disfrute del derecho.

LIMITANTES DE INFORMACIÓN PARA EL DESARROLLO METODOLÓGICO Y REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

El proceso de recuperación, análisis y comparación de la información presentó problemas que limitaron el desarrollo metodológico y las actividades llevadas a cabo para el diagnóstico de la garantía del derecho a la salud en México. Estos problemas se reflejaron también en la búsqueda de información para identificar líneas base y parámetros de comparación para los indicadores asociados a cada una de las subdimensiones. En general, esta situación muestra una imagen completa sobre el estado actual de la información relevante para evaluar el nivel de cumplimiento de la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud en México.

Las limitantes de información se dividen en tres categorías: accesibilidad, disponibilidad y calidad de los datos. La primera hace referencia a los problemas encontrados que

restringen el acceso a la información; incluye la dispersión de información en diferentes plataformas e instituciones, los requisitos tecnológicos especiales para poder acceder a ella (como características del equipo, navegadores y aplicaciones especiales) y la persistencia de información cuya naturaleza no es de dominio público. La segunda tiene que ver con la existencia de la información, parcial o total, para la consulta de indicadores, metas y parámetros de comparación, y la tercera, con la calidad de los datos; es decir, si los indicadores son comparables y compatibles con otras fuentes de información que proveen estándares internacionales; considera también la existencia de diversos métodos de cálculo, uso de bases poblacionales distintas, procesamiento de la información con métodos no estandarizados y replicables, etcétera.



CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO

En este capítulo se presenta el panorama nacional del estado que gozan las personas en el disfrute de su derecho a la salud. Los resultados aquí descritos se desprenden del análisis de las dimensiones y subdimensiones presentadas en el capítulo anterior. Para algunos indicadores fue posible encontrar información diferenciada por grupos etarios, sexo, entidad federativa, tipo de localidad, entre otros, que permitieron identificar grupos en condiciones de desventaja para el ejercicio de su derecho y, por tanto, brechas en el cumplimiento del derecho.

MARCO INSTITUCIONAL

Para cumplir con su obligación de garantizar el derecho a la salud, el Estado cuenta con el Sistema Nacional de Salud, un entramado de instituciones públicas y privadas cuya complejidad no es menor. En la prestación de servicios de salud en México participan dos sectores (Gómez, 2011) (ver figura 1):

- El sector público comprende: los seguros sociales (IMSS, ISSSTE, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas [ISSFAM] y Petróleos Mexicanos [Pémex]), que

prestan servicios a los trabajadores con una relación de subordinación y a estudiantes, y las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, a través de las instituciones de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud y del Programa IMSS-Prospera, primordialmente.

- El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago y a funcionarios públicos y empleados del sector privado que gocen de esta prestación. Comprende a las

compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorio, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

En cuanto a su financiamiento, este varía ampliamente de acuerdo con el régimen al que refiere:

- El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, Pémex e ISSFAM es el mismo gobierno), y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan los servicios en sus instalaciones y con su propio personal.
- Las instituciones de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA) se financian con recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales. Además, en algunos casos, de pequeñas contribuciones que pagan los usuarios al recibir algún servicio (cuotas de recuperación). La población se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal.
- El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se financia con recursos del gobierno federal, de los gobiernos estatales y de cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la Secretaría de Salud y

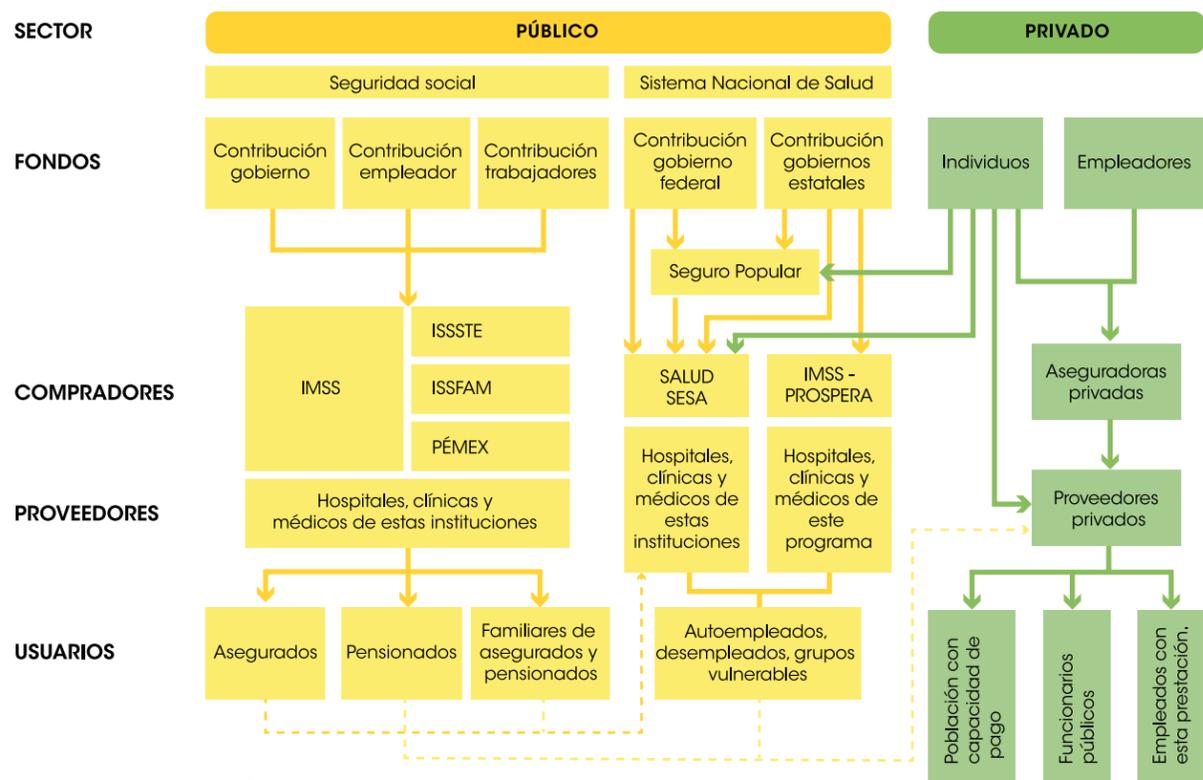
a los SESA (y, en algunas ocasiones, al IMSS o proveedores privados a través de convenios de colaboración).

- El ISSFAM se financia con recursos del gobierno federal y de primas familiares.
- El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

Por lo que toca a los beneficiarios de las instituciones de salud, se distinguen tres grupos:

- Los asegurados (trabajadores asalariados y estudiantes, principalmente), los pensionados y sus familias, que son beneficiarios de los seguros sociales.
- Los autoempleados, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, que recurren a los servicios provistos por las instituciones de la Secretaría de Salud, de los SESA y del Programa IMSS-Prospera.
- La población con capacidad de pago, funcionarios públicos y empleados del sector privado con la prestación de servicios médicos privados, que hace uso de los servicios del sector privado, a través de pagos de bolsillo o planes privados de seguro, en su caso.

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud en México



Fuente: Adaptado de Gómez et. al. (2011).

Otra manera de analizar los servicios de salud es a través de su organización en instrumentos contributivos, como los seguros sociales, y no contributivos,¹¹ que corresponde al conjunto de programas sociales que brindan servicios a la población que, por su condición laboral, queda fuera de los sistemas contributivos propios de la seguridad social.

Las principales diferencias entre estos instrumentos pueden resumirse en lo siguiente:

- Fuente de financiamiento. La seguridad social se financia principalmente con aportaciones tripartitas: trabajador o trabajadora, empleador y gobierno, sobre todo de los dos primeros. Los programas sociales son llamados no contributivos por financiarse mediante impuestos generales u otras fuentes de recursos públicos que no son impuestos laborales a cargo de la población beneficiaria de la seguridad social.

¹¹ Los instrumentos contributivos son los financiados principalmente por sus propios beneficiados, mientras que los no contributivos son los financiados con impuestos generales y otros ingresos públicos no tributarios, y tienen propósitos redistributivos.

- Cobertura de riesgos y población. La seguridad social incluye un paquete indivisible de beneficios que cubre múltiples riesgos (salud, vejez, invalidez y vida, riesgos de trabajo y guarderías) de forma obligatoria para todas y todos los trabajadores con una relación laboral subordinada.¹² En cambio, los programas no contributivos cubren riesgos específicos en forma separada, son voluntarios y están dirigidos tanto a población que no tiene que afiliarse formalmente al IMSS como a las y los trabajadores no afiliados que por ley deberían estarlo (mercado no regulado de trabajo). En general, el alcance de la cobertura para cada riesgo es mayor en los sistemas contributivos (CONEVAL, 2018a).

Como se ha mostrado, el Sistema Nacional de Salud en México tiene una configuración fragmentada y desarticulada que se caracteriza por un conjunto de subsistemas, en el cual cada uno ofrece coberturas diferenciadas a grupos específicos, con costos disímiles y a precios diversos (OCDE, 2016). Esta fragmentación, en sus ámbitos de financiamiento, administración y prestación de servicios, genera importantes distorsiones en el mercado, lo que hace que el modelo con el que opera el sistema propicie inequidades en diferentes niveles (financiamiento, acceso a servicios, cobertura, etcétera) e ineficiencia en el uso de los recursos (Ares-Parga, 2011).

CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Este apartado presenta un bosquejo general de las características demográficas y socioeconómicas más relevantes de la población mexicana. Todas estas características influyen en la manera en que la población experimenta el proceso salud-enfermedad-atención y accede

a su derecho al disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social.

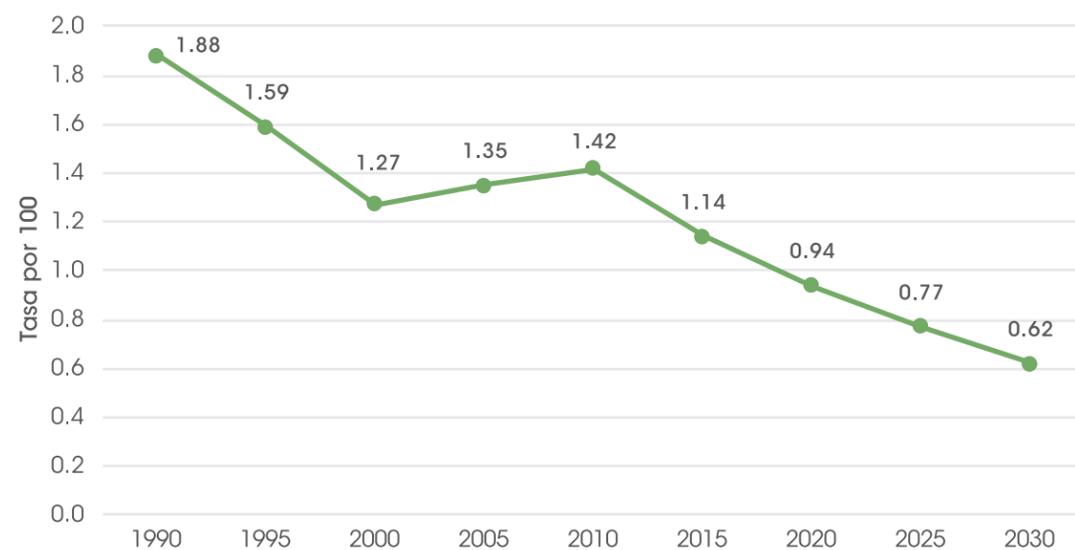
En 2018, México cuenta con una población total de 125,327,797 de habitantes de acuerdo con las proyecciones del Conapo (2018). Las entidades con mayor número de habitantes en este año son el Estado de México, con

¹² "El IMSS cubre las contingencias y proporciona servicios mediante prestaciones en especie y en dinero..." (artículo 7°) para cinco seguros (artículo 11) financiados a través de contribuciones en su mayoría del trabajador y el empleador y, minoritariamente, del Estado: riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y guarderías y prestaciones sociales. La seguridad social protege la seguridad económica de los trabajadores y de sus familias en cuatro formas principales: con atención médica gratuita; con prestaciones económicas temporales o permanentes cuando los trabajadores no pueden obtener ingreso por sí mismos, ya sea por maternidad, enfermedad, accidente, vejez o muerte; con guarderías para que las mujeres puedan participar en el mercado laboral; y en menor medida, con ayudas económicas en caso de que el trabajador o pensionado requiera asistencia de otra persona (Levy, 2008).

17,056,666, seguido de Ciudad de México, con 9,041,395, Veracruz, con 8,434,163 y Jalisco, con 8,238,991; juntos concentran el 34.1% de los residentes del país (Conapo, 2018). En cuanto a la distribución de la población por tipo de localidad, en 2015, el 62% de la población residía en localidades de 15,000 o más habitantes, lo cual convierte al país en predominantemente urbano (INEGI, 2015c).

La tasa de crecimiento anual promedio de la población ha venido en descenso y se espera que esta tendencia continúe en los próximos años (ver gráfica 1) (Conapo, 2018). De 1990 a 2000, el crecimiento promedio fue del 1.6%, ascendió 0.15 puntos porcentuales de 2000 a 2010 y volvió a caer a partir de este año; se proyecta que, en 2030, el crecimiento poblacional no alcance el 1% (Conapo, 2018).

Gráfica 1. Tasa de crecimiento poblacional, 1990-2030



Fuente: Elaboración propia con datos del Conapo (2018).

Al analizar la población por sexo, en 2018, se observa que el 49% de los habitantes son hombres (61,368,864) y el 51% mujeres (63,958,933); en este año, hay 96 hombres por cada 100 mujeres (Conapo, 2018).

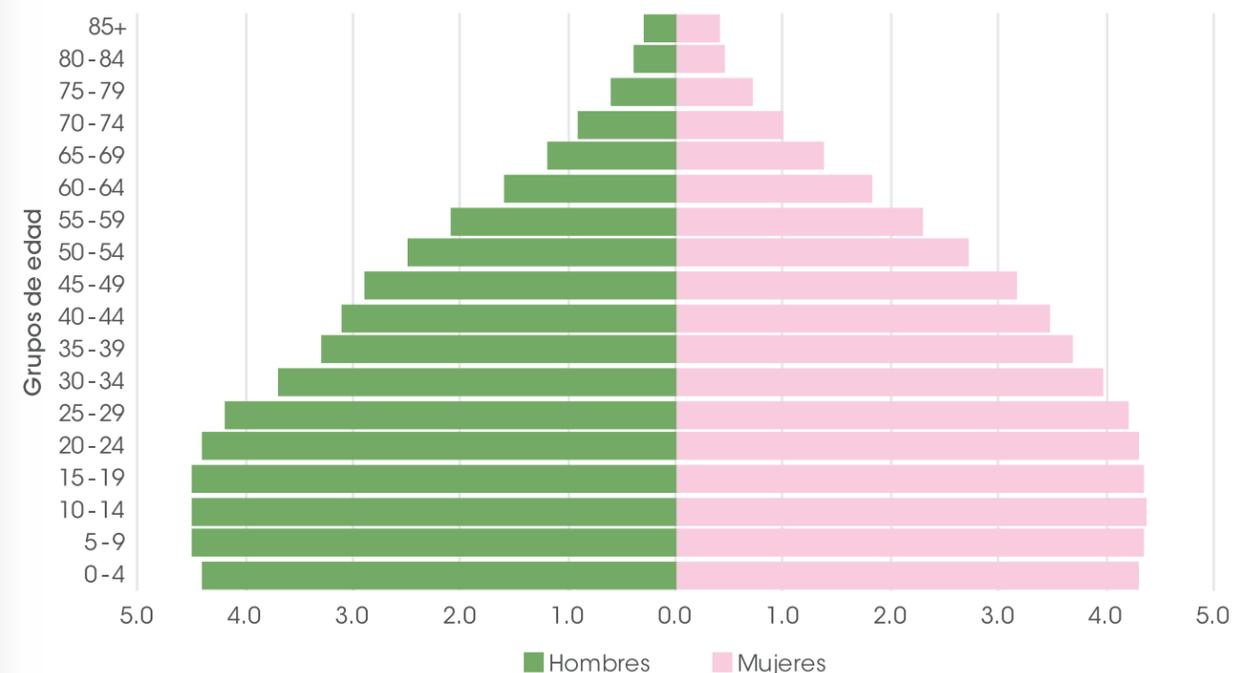
En cuanto a la distribución por grupos etarios, la pirámide poblacional refleja la dinámica demográfica al reportar los volúmenes pobla-

cionales por cada grupo de edad e involucra la interacción entre natalidad, mortalidad y los movimientos migratorios en una población dada. La pirámide de 2018 se ensancha en el centro y se reduce en la base, lo que significa que la proporción de niños ha disminuido, en tanto que se registra un incremento en la proporción de adolescentes y adultos jóvenes (ver

gráfica 2). En 2018, la población menor de 15 años representa el 26.3% de la población total, mientras que el grupo de 15 a 64 años constituye el 66.3% y la población de 65 años y más, el 7.4% (Conapo, 2018). Los efectos en la disminución de la mortalidad y consecuente aumento de la

esperanza de vida al nacimiento en los estratos superiores de la pirámide (75 años promedio), en combinación con un descenso en la fecundidad, muestran un efecto de envejecimiento paulatino de la población.

Gráfica 2. Estructura de la población según edad y sexo, 2015



Fuente: Elaboración propia con datos del Conapo (2018).

La transición demográfica se refiere al cambio de altos niveles de mortalidad y fecundidad a la reducción de la intensidad de estos fenómenos hasta, en algunos casos, observar que la magnitud de la fecundidad no alcanza

estándares de reemplazo generacional. Debido a ello, las modificaciones en el volumen, estructura y composición de la población también son consecuencia de esa transición;¹³ por ejemplo, la tasa global de fecundidad

¹³ En este punto es importante destacar que la migración ha jugado un papel sustancial en la dinámica demográfica del país en las últimas décadas.

muestra una disminución constante, al pasar de 6.6 hijos por mujer en 1970 a 2.1 hijos en 2018 (Conapo, 2018).

Otro indicador que aporta mayor detalle a este análisis es la tasa de fecundidad por grupo de edad específico, la cual, de 2000 a 2018, ha experimentado una reducción considerable y mantiene una tendencia a la baja en todos los grupos de edad analizados de acuerdo con proyecciones del Conapo (2018), en gran medida atribuible al uso cada vez más extendido de métodos anticonceptivos (ver cuadro 4). Los datos también permiten identificar que la mayor caída en el indicador se registra en el grupo de 20 a 29 años, el cual presenta la mayor intensidad de fecundidad.

Cuadro 4. Tasa de fecundidad por grupo de edad específico (por cada 1,000 mujeres), 2000-2018

GRUPO DE EDAD	TASAS DE FECUNDIDAD POR GRUPO DE EDAD ESPECÍFICO	
	2000	2018
15-19	77.9	70.5
20-24	149.7	119.4
25-29	137.6	105.3
30-34	96.9	75.9
35-39	51.4	38.2
40-44	17.2	10.4
45-49	2.7	1.0

Fuente: Elaboración propia con datos del Conapo (2018).

Por último, la esperanza de vida al nacer refleja las características de la mortalidad en una población; su cálculo involucra información sobre la mortalidad total, así como del patrón por edades de esta, lo que redundará en un estimador resumen de la experiencia de mortalidad de la población y, con ello, de las condiciones de desarrollo de la sociedad (Cárdenas, 2014b).

En el país se ha registrado un aumento considerable de este indicador en las últimas décadas, ya que pasó de un promedio de 34 años en 1930 a 75 años en 2016 (INEGI, s.f.); aun así, la esperanza de vida al nacimiento es una de las más bajas entre los países miembros de la OCDE, la cual se ubica alrededor de los 80 años (ver gráfica 3). Las mujeres viven en promedio más años que los hombres. En 2010, este indicador se ubicaba en 77 años para mujeres y 71 para los hombres, mientras que, en 2016, se ubicó en casi 78 años para las mujeres y en casi 73 años para los hombres (INEGI, s.f.).

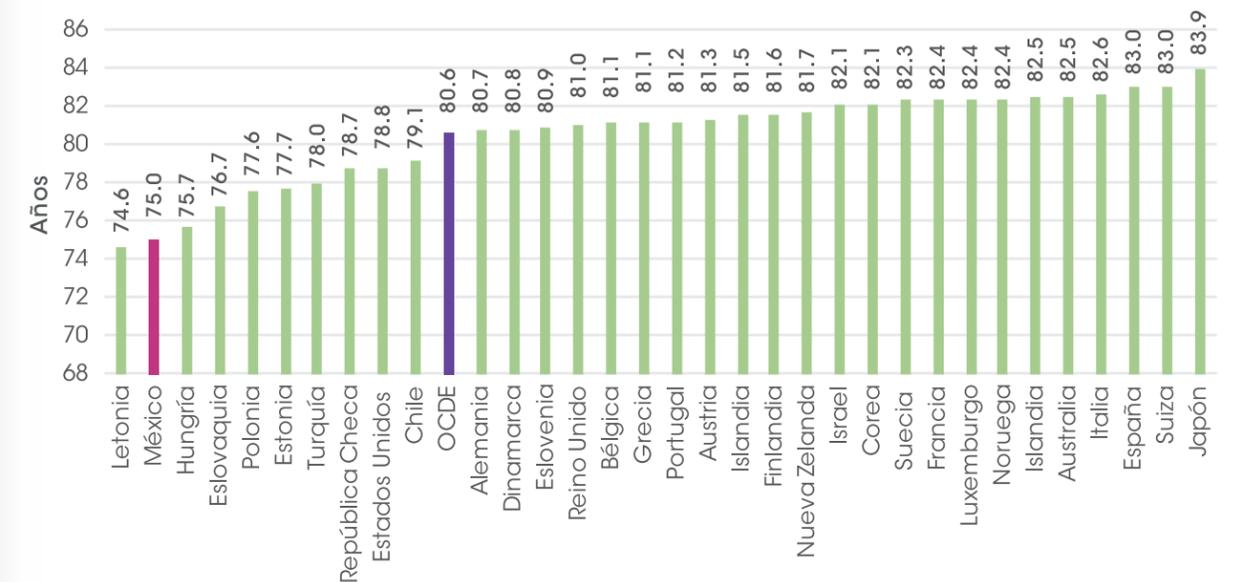
El estancamiento en la ganancia de años de esperanza de vida al nacimiento en el grupo de los hombres se ha reportado desde mediados de la década pasada y ha seguido mostrando esta pérdida de dinamismo hasta años recientes, lo que significa que, lejos de haberse logrado reducir la mortalidad durante los últimos años, la situación de mortalidad para los hombres en México ha empeorado (Cárdenas, 2014b).

Una esperanza de vida más alta, por lo general, se relaciona con un mayor gasto en

atención a la salud por persona, aunque esto no siempre es así, dado que en este intervienen muchos otros factores, como las condiciones y los estilos de vida, la educación, el medio ambiente, entre otros. Un ejemplo de lo

anterior es Estados Unidos, que presenta niveles de gasto en salud de los más altos entre los países de la OCDE; sin embargo, su esperanza de vida al nacimiento se registra por debajo del promedio entre este grupo de países.

Gráfica 3. Esperanza de vida al nacimiento en diferentes países de la OCDE en 2015



Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2017a).

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

Como se mencionó, el concepto de salud es dinámico y, en general, es entendido como un proceso cíclico entre estados de salud y enfermedad; en este proceso dinámico interviene una gran cantidad de factores, algunos intrínsecos del individuo, como su carga genética, hábitos y conductas, y otros relacionados con el medio donde se desarrolla. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, las circunstancias en que las personas nacen,

crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen en las condiciones de la vida cotidiana, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2017), influyen en los resultados que los individuos y las colectividades puedan tener respecto a su estado de salud. De este modo, se considera relevante retomar algunos indicadores que reflejen las condiciones socioeconómicas del país que se traducen en condiciones de vida de sus habitantes.

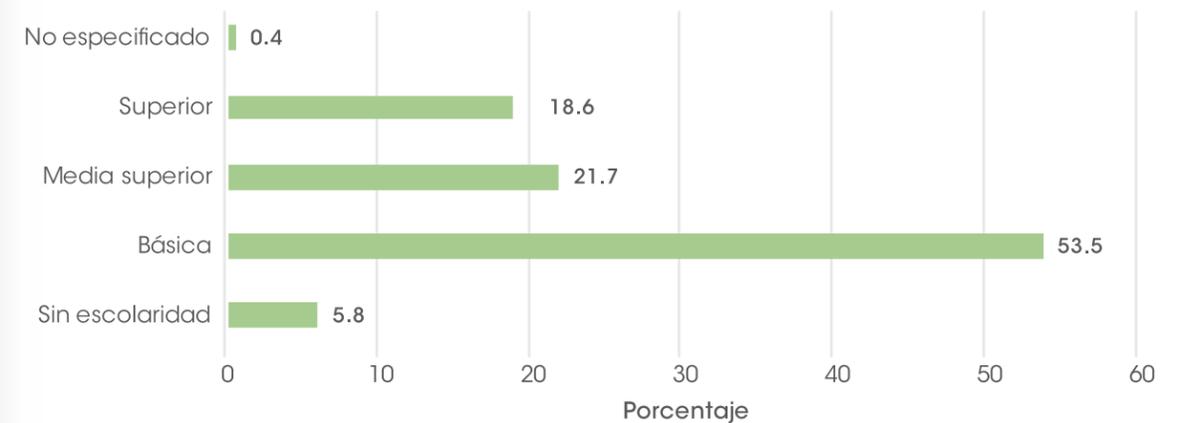
México tuvo un producto interno bruto nominal a precios de mercado de 20,603,885 millones de pesos corrientes (20.604 billones de pesos) en el primer trimestre de 2017 (INEGI, 2017), lo cual lo coloca entre una de las 20 economías más grandes del mundo. El Producto Interno Bruto (PIB) per cápita promedio en 2016 fue de 8,500 dólares (paridad del poder adquisitivo o PPA corriente). Sin embargo, es un país de profundas desigualdades; por ejemplo, en 2014, 10% de población más rica concentraba 64.4% del total de la riqueza del país, mientras que la *Standardized World Income Inequality Database* lo ubicaba entre el 25% de los países más desiguales en el mundo (Esquivel, 2015). En 2016, 53.4 millones de mexicanos se encontraban en situación de pobreza, es decir, 43.6% de la población nacional, mientras que el porcentaje de población a nivel nacional con ingreso laboral inferior al valor de la canasta alimentaria pasó de 40 a 41% del cuarto trimestre de 2016 al cuarto trimestre de 2017 (CONEVAL, 2018a).

En 2017, la población económicamente activa fue de 54,696,638, que equivale al 44% de la población. En ese mismo año, el 57% de la población ocupada se encontraba en empleos informales, lo cual significa que carecían de acceso a la seguridad social y a los servicios de atención médica y prestaciones derivadas de estos (CONEVAL, 2018a).

En cuanto a educación, la escolaridad promedio para la población de 15 años y más es de 9.2 años, equivalente a la conclusión del nivel secundaria, si no hubiera repetición de grado escolar. De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2015c), 4 de cada 100 hombres y 6 de cada 100 mujeres de 15 años y más no saben leer ni escribir (CONEVAL, 2018a); esto limita la capacidad de estas personas para tomar decisiones benéficas para su salud basada en información de libre acceso y la efectividad de estrategias como el etiquetado nutricional de los productos procesados.

En 2015, 53.5% de la población mayor de 15 años solo contaba con escolaridad básica (ver gráfica 4) (INEGI, 2015c). Al respecto, un estudio realizado en población mexicana sugiere una relación positiva entre la escolaridad y la percepción de bienestar en salud, de tal forma que, a mayor nivel de escolaridad reportado existe una mayor tendencia a percibirse como más saludable, independientemente de su situación económica, lugar de residencia, edad y sexo, lo que coincide con estudios como el de la OCDE, *Education at a glance* de 2010, que describe la misma relación observada en otros países (Hernández, 2013).

Gráfica 4. Población de 15 años y más según nivel de escolaridad, 2015

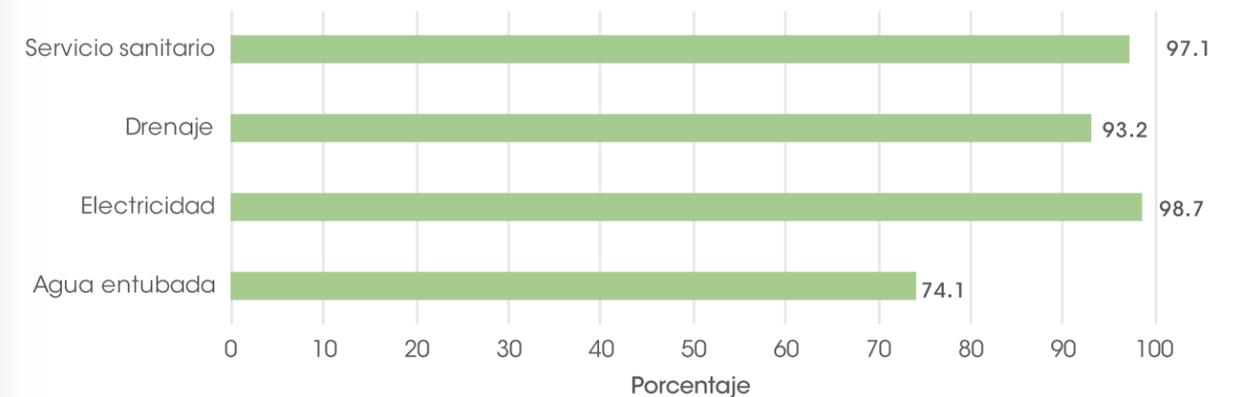


Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2015c).

Con relación a las condiciones de los hogares y el entorno, en 2015, una alta proporción de la población contaba con servicios básicos en su vivienda; sin embargo, solo el 74% de ella disponía de agua entubada en su propiedad

(ver gráfica 5) (INEGI, 2015c). La cobertura de agua entubada en las localidades urbanas asciende a 97.2%, mientras que en las rurales es de 85%.

Gráfica 5. Servicios básicos en el hogar, 2015



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2015c).

Una característica que determina en México de forma importante el nivel de acceso que una persona tiene a los servicios de atención médica es la afiliación o derechohabencia a alguna institución de salud. En el periodo 2008-2016, la carencia por acceso a servicios de salud (medida únicamente como afiliación) se redujo 22.9 puntos porcentuales, al pasar de 38.4% en 2008 al 15.5% en 2016, es decir, 19

millones de personas reportaron no contar con acceso a servicios médicos (CONEVAL, 2018a). La disminución presentada en este indicador se debió ante todo al avance en la afiliación al Seguro Popular (CONEVAL, 2014). Por su parte, la población que reportó contar con alguna forma de afiliación (84.5%) se encontraba distribuida como se muestra en el cuadro 5.¹⁴

Cuadro 5. Distribución de la población con acceso a servicios de salud en 2016 (millones de personas).

SECTOR	PÚBLICO					PRIVADO
	INSTITUCIÓN	SEGURIDAD SOCIAL		SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS ESTATALES DE SALUD		
Pagadores y proveedores	Pemex Secretaría de la Defensa Nacional Secretaría de Marina	ISSSTE	IMSS	IMSS-Prospera	Seguro Popular	Aseguradoras privadas
Población afiliada (millones de personas)	1.0	6.9 (federal) 1.7 (estatal)	43.4	1.3	55.6	1.0

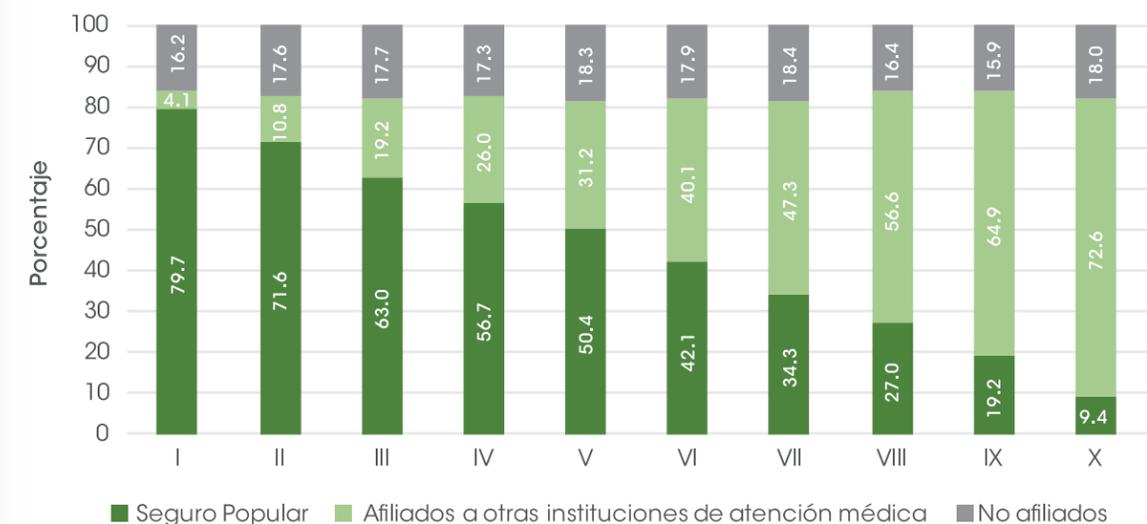
Fuente: Elaboración propia con base Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016 (INEGI, 2016).
 Notas: Cabe señalar que una persona puede estar afiliada a más de una institución. El Seguro Popular no es proveedor de los servicios; estos se brindan a través de la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y los servicios médicos de IMSS-Prospera. Algunas cifras pueden variar por cuestiones de redondeo.

Como se observa, el Seguro Popular concentra la mayor cantidad de afiliados debido a su origen como un mecanismo de protección financiera para todas las personas que, por no pertenecer al sector formal de la economía, quedaban excluidas de la cobertura de la seguridad social y de sus servicios.

El efecto del Seguro Popular en cuanto al acceso a servicios de salud es en especial

significativo en la población con menores ingresos; en la gráfica 6 se advierte cómo la población en los deciles más bajos de ingreso está mayormente afiliada al Seguro Popular, mientras que, al aumentar el nivel de ingreso, también se incrementa la afiliación a otras instituciones de atención médica (CONEVAL, 2018b).

Gráfica 6. Composición de la afiliación por derechohabencia al Seguro Popular o a la Seguridad Social por decil de ingreso, 2016.



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016 (INEGI, 2016a).

Aun cuando se han dado avances significativos en cuanto a la reducción de la carencia por acceso a los servicios de salud, es importante destacar que la afiliación a un sistema,

institución o programa no garantiza, *de facto*, el acceso efectivo¹⁵ a esos servicios. Además, aun cuando algunos programas, como el Seguro Popular, han resultado ser exitosos en términos

¹⁴ En 2010, la Auditoría Superior de la Federación determinó un porcentaje de duplicidad en la afiliación del 14.2%, pues 4.4 millones de beneficiarios del Seguro Popular estaban registrados en los padrones de las instituciones de seguridad social. También, en el primer semestre de 2013, un análisis basado en el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (Secretaría de la Función Pública) reveló 6.1 millones de traslapes de personas que aparecían tanto en el padrón de Seguro Popular como en el del IMSS (Flamad y Sánchez, 2013).

¹⁵ En este sentido, se entiende como acceso efectivo el hecho de que, ante una necesidad de atención percibida, se tenga la posibilidad de acudir sin barreras (financieras o de acceso) a los servicios, y que estos tengan la capacidad resolutoria y calidad requeridas (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015).

de afiliación, el cumplimiento de las metas operativas de los servicios o programas no garantiza el mejoramiento de las condiciones de salud (García-Peña y González-González, 2011).

ANÁLISIS POR DIMENSIONES

A partir de la definición de las dimensiones y subdimensiones de análisis presentadas en el capítulo anterior, este apartado presenta el estado actual en el ejercicio del derecho a la salud en el país a través del análisis de indicadores seleccionados para cada subdimensión. De forma adicional, se identificarán los posibles retos que enfrenta el Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud y algunas brechas que existen entre diferentes grupos sociales.

ACCESIBILIDAD

Como ya se mencionó, la dimensión de accesibilidad refiere a la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender. Esta dimensión considera tres subdimensiones o aspectos relacionados con diferentes modalidades del mismo concepto: física, económica y de información.

A continuación se describen algunos elementos que participan en la operacionalización del derecho a la salud, a través del análisis de las dimensiones seleccionadas para ese fin.

Accesibilidad física

Uno de los aspectos fundamentales para el ejercicio de este derecho es que las personas que demanden una necesidad de salud puedan tener a su alcance los establecimientos que ofrecen los bienes y servicios de atención que requieren. En este aspecto inciden varios factores; uno de ellos son las barreras geográficas, que se relacionan con condiciones espaciales, como la distancia de los establecimientos o las del terreno que las personas tienen que transitar para llegar a ellos, características de la infraestructura vial y de los mecanismos de transporte, horarios de atención de los servicios, entre otros.

La observación general 14 (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000), derivada del artículo 12 del PIDESC, relativo al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, especifica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las persona con VIH/sida.

En este sentido, el Programa Sectorial de Salud (Prosesa) 2013-2018 (SS, 2013) reconoce que un tema de preocupación es el crecimiento desordenado observado en cuanto a infraestructura, en particular en los servicios para la población sin seguridad social. Esta situación ha generado, por un lado, la concentración de unidades pertenecientes a diferentes instituciones en las mismas áreas geográficas y, por otro, la subutilización de algunas unidades ya sea por falta de recursos humanos o equipamiento o por falta de recursos para garantizar su operación.

Como una medida para aproximar el nivel de accesibilidad física que exhiben las personas de acuerdo con el tipo localidad y grado de aislamiento en el que habitan en relación

con su proximidad referente a los servicios de salud, el cuadro 6 muestra que, en 2018, el 7.5% de las localidades, que concentran el 82.6% de la población total del país, tienen un muy alto grado de accesibilidad física a los servicios, el 19.6% de las localidades, con el 6.6% de la población, exhibieron un nivel de acceso alto, mientras que 2.5 y 3.9% de la población distribuida en 10.3 y 23.5% de localidades, un nivel medio y bajo de accesibilidad, respectivamente. En el límite inferior se encuentran 8.3% de las localidades donde habita el 1.6% de la población con un nivel de accesibilidad muy bajo y el 2.8%, equivalente a 3,137,271 de personas, que residen en el 30.9% de las localidades del país sin acceso físico alguno a los servicios de salud.

Cuadro 6. Grado de accesibilidad física a los servicios de salud

TIPO DE LOCALIDAD		TOTAL*	MUY ALTO ¹	ALTO ²	MEDIO ³	BAJO ⁴	MUY BAJO ⁵	SIN ACCESO ⁶
LOCALIDADES								
Urbanas	Ciudad	630	606	24	-	-	-	-
	Centro de población	3,021	2,567	454	-	-	-	-
Rurales	Cercana a ciudad	25,899	704	25,195	-	-	-	-
	Cercana de Centros de población	12,196	283	11,913	-	-	-	-
	Cercana a carretera	71,385	6,372	-	19,782	45,231	-	-
	Aisladas	79,114	3,812	-	-	-	15,983	59,317
Total		192,245	14,344	37,586	19,782	45,231	15,983	59,317
Porcentaje		100.0	7.5	19.6	10.3	23.5	8.3	30.9

TIPO DE LOCALIDAD	TOTAL*	MUY ALTO ¹	ALTO ²	MEDIO ³	BAJO ⁴	MUY BAJO ⁵	SIN ACCESO ⁶
POBLACIÓN							
Urbanas	Ciudad	70,179,777	69,466,794	712,983	-	-	-
	Centro de población	16,107,633	13,970,177	2,137,456	-	-	-
Rurales	Cercana a ciudad	4,086,228	815,344	3,270,884	-	-	-
	Cercana a centros de población	1,633,238	326,032	1,307,206	-	-	-
	Cercana a carretera	13,339,412	6,090,971	-	2,830,606	4,417,835	-
	Aisladas	6,990,250	2,073,123	-	-	-	1,779,856
Total	112,336,538	92,742,441	7,428,529	2,830,606	4,417,835	1,779,856	3,137,271
Porcentaje	100	82.6	6.6	2.5	3.9	1.6	2.8

Fuente: Elaboración propia con información del Conapo (2010), La Condición de Ubicación de las Localidades en México 2010, consultado el 08/11/2018, disponible en <http://bit.ly/2RIH3kL>; del Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la Secretaría de Salud, disponible en <http://bit.ly/2RJBkif>; e información proporcionada al CONEVAL por la Coordinación de IMSS-Prospera.

Notas:

¹ Localidad con centro de salud o unidad de hospitalización en la localidad de acuerdo con la información del Conapo y el Catálogo CLUES.

² Localidad cercana a localidades urbanas con servicios médicos de acuerdo con la información del Conapo y el Catálogo CLUES.

³ Localidad cercana a carretera sin acceso a servicios de salud en su localidad y cuya distancia al centro de salud más cercano es menor de 2.5 kilómetros con información del Conapo, el Catálogo CLUES y la Coordinación de IMSS-Prospera.

⁴ Localidad cercana a carretera sin acceso a servicios de salud en su localidad y cuya distancia al centro de salud más cercano es mayor de 2.5 kilómetros con información del Conapo, el Catálogo CLUES y la Coordinación de IMSS-Prospera.

⁵ Localidad aislada sin acceso a servicios de salud en su localidad y cuya distancia al centro de salud más cercano es menor de 2.5 kilómetros con información del Conapo, el Catálogo CLUES y la Coordinación de IMSS-Prospera.

⁶ Localidad aislada sin acceso a servicios de salud en su localidad y cuya distancia al centro de salud más cercano es mayor de 2.5 kilómetros con información del Conapo y la Coordinación de IMSS-Prospera.

⁷ Se clasifican como ciudad a aquellas localidades con más de 15,000 habitantes y como centro de población a aquellas con más de 2,500 habitantes, pero con menos de 14,999 con información del Conapo y la Coordinación de IMSS-Prospera.

*Se identificaron 121 localidades y 147,834 personas que, a pesar de ser clasificadas como urbanas por el Conapo y el INEGI, por ser cabeceras municipales, en esta estimación se incluyeron en las categorías "rurales" y "cercana a ciudad" por registrar menos de 2,500 habitantes.

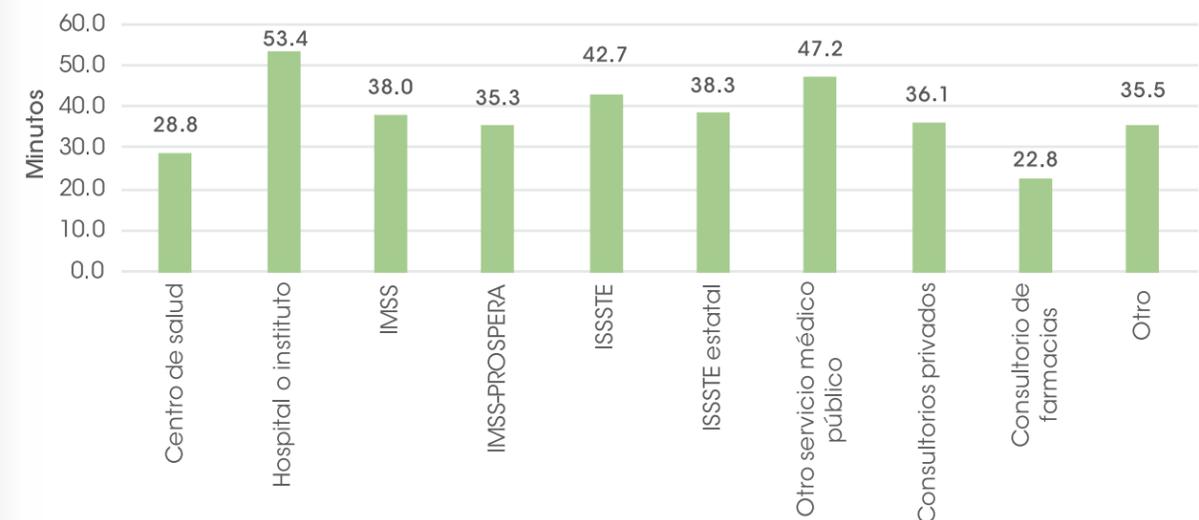
De manera complementaria, se analiza el tiempo que tardan las personas en trasladarse al lugar donde reciben los servicios de atención médica en caso de necesitarlos; al respecto, el indicador de acceso oportuno a la atención

médica ha mostrado una reducción entre 2010 y 2016, al pasar de 3.7 a 2.1 el porcentaje de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia (CONEVAL, 2017b); en tanto,

el tiempo promedio de traslado reportado al lugar donde se atendió la última vez que se demandó un servicio fue de 35.4 minutos este último año (INEGI, 2016a). Cuando se disgrega esta información por el tipo de establecimiento

en el cual se buscó atención, se pueden identificar brechas importantes respecto al tiempo promedio de traslado entre diferentes servicios de atención médica (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Tiempo de traslado al lugar donde se atendió debido a problemas de salud, 2016



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016 (INEGI, 2016a).

Por ejemplo, se observa que los lugares reportados con menor tiempo de traslado son los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF) (22.8 minutos), seguidos de los centros de salud (28.8 minutos). Este indicador sugiere cuáles son los servicios que se encuentran en mayor proximidad geográfica o cuentan con mayores factores facilitadores para su acceso (medios de transporte, infraestructura carretera, urbanización, entre otras).

Un fenómeno en el que vale la pena profundizar es el de los CAF, debido a su rápida expansión a partir del acuerdo que regula la

venta de antibióticos en 2010; entre 2010 y 2014, los CAF crecieron cerca del 340% (Lezana, 2016). En 2016, según la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, existían en México 28,000 farmacias, de las cuales 15,000 operaban con modelo de CAF (Fernández, 2016). La importancia de este fenómeno, y como lo muestran los datos, es que los CAF pueden estar llenando un vacío en la demanda de atención médica que no está siendo satisfecha, por diversas razones, por el sistema público de salud.

En el caso de las personas que viven en comunidades distantes o de difícil acceso geográfico, los servicios de telemedicina o telesalud se utilizan para acercar los servicios mediante establecimientos de atención ambulatoria; en particular, la telesalud posibilita el intercambio de información médica por medios electrónicos. Además de acercar la atención a los pacientes, su implementación tiene ventajas adicionales, como ampliar el alcance de la atención especializada; aumentar la eficacia y el desempeño de los hospitales en lugares remotos, ampliar los servicios ambulatorios y de coordinación entre establecimientos de salud como parte de una red asistencial efectiva (SS, 2015a).

En 2015, el servicio de telesalud operaba en 606 centros de salud en 21 entidades del país y se calcula un alcance para brindar servicios virtuales a distancia de aproximadamente 3,322,645 personas. La atención en esta modalidad ha ido en aumento; en 2013 se impartieron 12,126 consultas médicas; en 2014 se incrementó a 25,051 y en 2015, a 106,978 (SS, 2015b). Este servicio, sin embargo, tiene las limitantes de conectividad que persisten en muchas comunidades rurales.

Otra estrategia para acercar los servicios de salud a la población que habita en zonas marginadas, con alta dispersión y difícil acceso por su ubicación geográfica, es a través del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica

(antes unidades médicas móviles). En 2017 se otorgaron, a través de este, 2.5 millones de consultas; los principales servicios proporcionados son: servicios de control nutricional, atención de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en menores de cinco años, detección y tratamiento de *diabetes mellitus*, hipertensión arterial sistémica, obesidad, entre otros. Entre sus acciones, destaca: 67% de detecciones oportunas de cáncer cérvico-uterino; 35.4% de detecciones de virus de papiloma humano; 32.9% de detecciones por exploración para cáncer de mama, entre otras (SS, 2017d).

Siguiendo con el mismo programa, en 2018 se contó con 2,078¹⁶ unidades pertenecientes a la Secretaría de Salud y ocho a los Servicios Estatales; de estas, 48.2% operaban en comunidades rurales y 29.8%, en localidades urbanas. Del total de unidades contabilizadas, 85.6% estaban en estatus sin acreditación y únicamente 14.4% contaban con esta para brindar atención a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud (SS, 2018b). Aunado a lo anterior, las deficiencias en la definición, cuantificación y metodología de focalización identificadas en algunas evaluaciones, así como la carencia de un padrón de beneficiarios, afectan la medición de la cobertura, limitan la interpretación de los datos y no permiten hacer inferencias sobre la efectividad de la cobertura para la población en necesidad de estos servicios (CONEVAL, 2015a; INSP, 2017).

¹⁶ Se consideraron únicamente las unidades cuyo estatus, a mayo de 2018, fuera en operación.

El análisis detallado de los elementos que componen esta subdimensión evidenció limitaciones relacionadas con el acceso a la información pública y confiable necesaria para la profundización en los problemas referentes a la accesibilidad física. Aun con estas restricciones, existen otros indicadores que pueden aproximar de forma indirecta a este fenómeno, como las razones expuestas para la no búsqueda de atención en la ENIGH de 2016, en la que la lejanía de la unidad médica fue la octava más frecuente (0.62%) (INEGI, 2016a).

En lo concerniente a la distribución de las unidades de atención médica, si bien a partir del acuerdo de descentralización de los servicios de salud¹⁷ es responsabilidad de los estados determinar el número y la ubicación de los centros de salud y centros de salud con servicios ampliados que conforman la red de prestadores de los servicios estatales, en función de variables demográficas, epidemiológicas, condiciones orográficas, disponibilidad de medios de comunicación y transporte, recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en cada unidad, el modelo de atención integral de salud de la Secretaría de Salud considera el intercambio planificado de servicios entre distintas instituciones prestadoras, tanto públicas como privadas, con el propósito de romper las barreras geográficas y organizacionales que limitan el acceso a los servicios de salud (SS, 2015a). Sin embargo, hace falta corroborar los efectos de esta estrategia en el logro de sus objetivos.

Accesibilidad económica

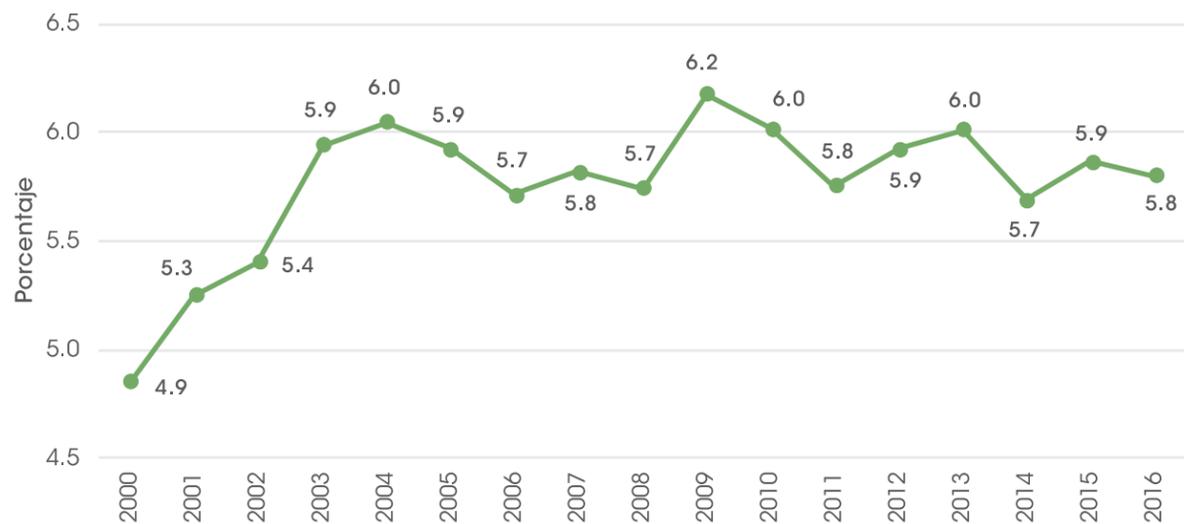
Esta subdimensión se relaciona con el conjunto de características relativas a la capacidad de pago de las personas y sus hogares para obtener los bienes y servicios de salud, así como de los medios para conseguirlos, públicos o privados, de tal forma que los distintos costos no sean prohibitivos para gozar de los beneficios provistos por el sistema de salud o impedimento para mantener la continuidad de los tratamientos con la misma oportunidad, suficiencia y calidad entre todas las regiones del país, y sin estar vinculadas a una condición laboral.

El gasto público en salud es un indicador que permite medir la obligación que el Estado tiene con la implementación del derecho a la salud; constituye una herramienta esencial para la redistribución equitativa de los recursos públicos desde un enfoque basado en derechos humanos (Miranda, 2016).

Uno de los indicadores de gasto más importante es el gasto total en salud como porcentaje del PIB. En 2016, un estimado de 5.8% del total del PIB del país se reportó como gasto en salud; como se observa en la gráfica 8, este indicador experimentó su mayor crecimiento entre 2000 y 2003, un total de un punto porcentual del PIB en este periodo; a partir de este, la tendencia se ha mostrado volátil, aunque la diferencia en el gasto entre el inicio y el final de la serie fue de un incremento de 0.9 puntos porcentuales (OCDE, 2018a).

¹⁷ Para más información consultar el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 de septiembre de 1996.

Gráfica 8. Gasto total en salud como porcentaje del PIB, 2000-2016



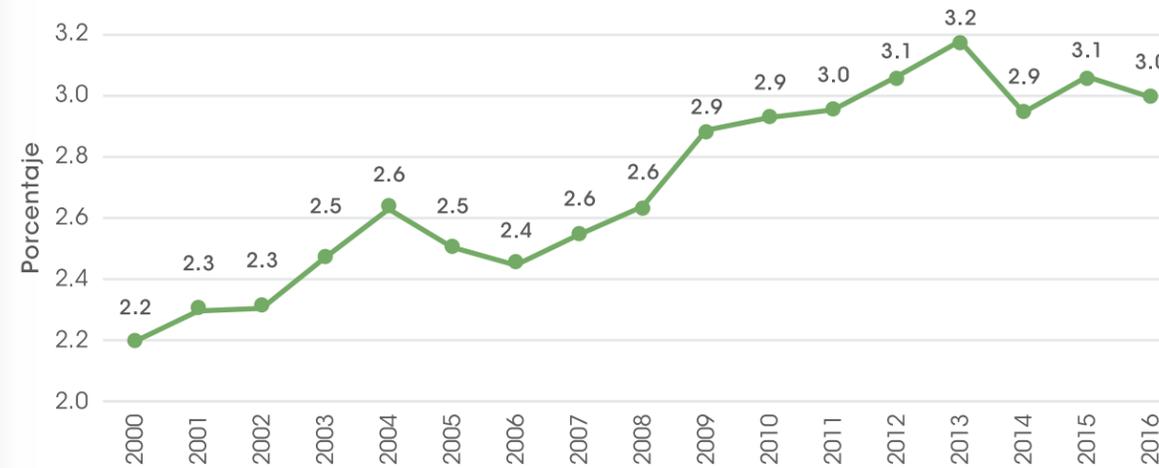
Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2018a).

México es el tercer lugar entre los países miembros de la OCDE que menos recursos asigna para la salud, 5.8 frente al 9% del promedio en 2016, respectivamente. Además, la evidencia sugiere que los recursos disponibles no siempre se usan de la forma más eficiente para lograr beneficios en salud. Una de las razones que contribuyen a este problema es la fragmentación del sistema de salud, ya que cada uno de los esquemas de aseguramiento cuenta con su propia estructura de gobierno y rendición de cuentas, y solo ofrece acceso a sus afiliados a través de redes independientes de prestadores de servicios que son financiados con esquemas distintos. Como resultado, existe una coordinación limitada para recaudar ingresos adicionales y garantizar que los recursos se asignen de manera equitativa entre las distintas instituciones (OCDE, 2016).

En 2016, el gasto de bolsillo en el país fue el más alto entre los países de la OCDE; de forma adicional, una parte significativa del gasto en salud se compone de las aportaciones obrero-patronales a la seguridad social y los esquemas privados de aseguramiento. En 2015, el gasto de bolsillo de los hogares y las cuotas obrero-patronales del IMSS financiaron el 65% del gasto total en salud (CONEVAL, 2018b).

El gasto público en salud expresado como porcentaje del PIB ha experimentado una tendencia creciente, aunque de forma errática en el periodo de análisis (2000-2016). En 2016, el gasto público se situaba en 3% del PIB, una diferencia en términos reales de 1.8 puntos porcentuales entre el inicio (2.2% en 2000) y fin del periodo (ver gráfica 9).

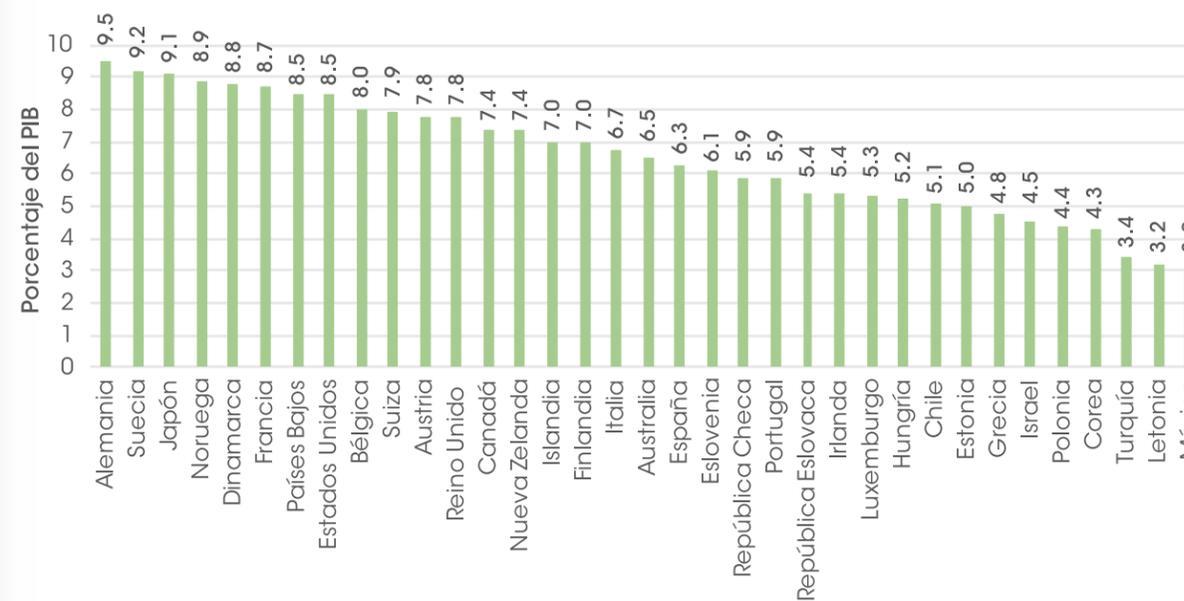
Gráfica 9. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2000-2016



Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2018a).

Como se presentó en el caso del gasto total en salud como porcentaje del PIB, el gasto público en salud fue el más bajo entre los países de la OCDE en 2016 (ver gráfica 10).

Gráfica 10. Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE, 2016



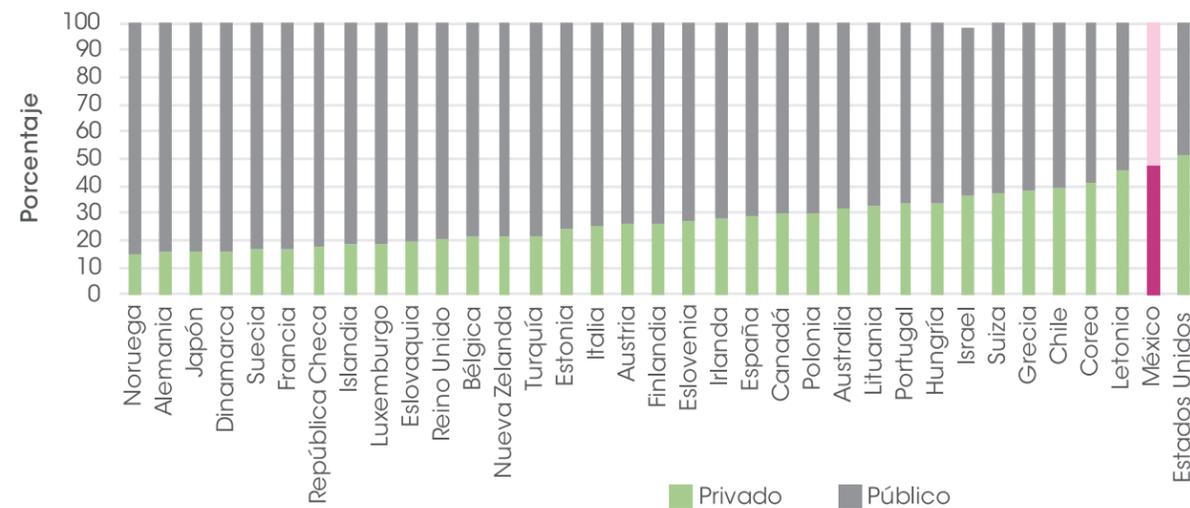
Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2018a).

Uno de los resultados posibles de la falta de financiamiento público del sistema de salud es el excesivo gasto de bolsillo de la población mexicana para cubrir sus necesidades de salud en el sector privado (OCDE, 2016). Del total del gasto en salud en 2016, el 41.4% correspondió a erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo y el 6.5% al aseguramiento privado, lo cual representó el 2.8% del PIB de ese año.

El gasto de bolsillo de las personas en atención de salud revela, en cierta medida, una

acotada capacidad de respuesta del sistema de salud para proporcionar cobertura efectiva, servicios percibidos como de alta calidad, o ambos. Asimismo, puede ser fuente de desigualdad en el acceso a la atención de la salud, ya que se excluye a la población más pobre por falta de capacidad de pago (OCDE, 2016). En 2016, el gasto privado (compuesto por la suma del gasto de bolsillo y el gasto en aseguramiento privado) fue el segundo más alto entre los países de la OCDE, justo debajo del de Estados Unidos (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Estructura porcentual del gasto total en salud en países de la OCDE, 2016



Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2018a).

Otro aspecto relevante es el crecimiento que ha tenido el gasto per cápita en salud en la población sin seguridad social. Entre 2000 y 2014, en términos reales, ese gasto casi se triplicó, al pasar de cerca de 77,000 a poco más

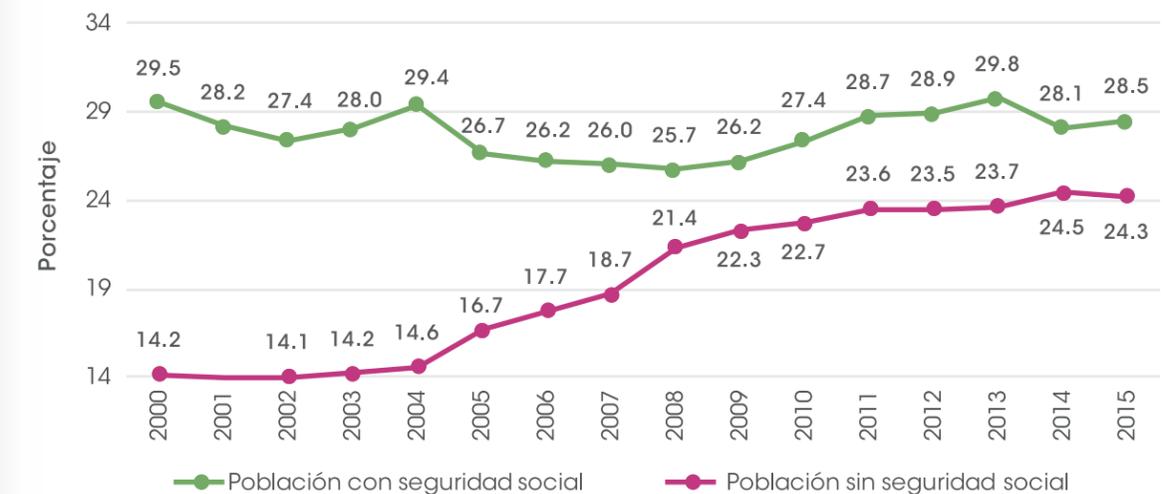
de 225,000 millones de pesos, aunque en los últimos cuatro años del periodo el crecimiento prácticamente se estancó (SS, 2016a). Este crecimiento puede atribuirse a la creación del Sistema de Protección Social en Salud y al

incremento en la afiliación de su brazo operativo: el Seguro Popular, lo que ha inyectado recursos adicionales a los Sistemas Estatales de Salud, ya que por cada persona afiliada se asocia una *cápita* para prever su atención.

Aun con esto persisten desigualdades en la cantidad de recursos que se asignan entre los diferentes esquemas de aseguramiento. En 2015, el gasto per cápita total de las personas

que no cuentan con seguridad social fue de 3,954.9 pesos, en comparación con 5,644.7 pesos¹⁸ de quienes cuentan con seguridad social (SS, 2018a). En este mismo año, el porcentaje de gasto público en las personas con seguridad social se colocó en 28.5%, mientras que el de las personas sin seguridad social, en 24.3% como porcentaje del gasto total en salud (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Gasto total en salud en población sin seguridad social y con seguridad como porcentaje del gasto total en salud, 2000-2015



Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (SS, 2018a).

Con todo, el universo de personas encuestadas que contestaron no haber buscado o recibido atención la última vez que percibieron una necesidad de salud por causa de "no tener dinero" disminuyó 68.5% entre los años

2012-2016, ya que de 13.2% pasó a 4.1%, respectivamente (INEGI, 2012; INEGI, 2016a).

Por último, es importante remarcar que un mayor gasto no implica, necesariamente, una mejora en la condición de salud de la

18 A precios constantes de 2015.

población o en la efectividad del Estado en proveer acceso al derecho; una condición indispensable para ello es la eficiencia en el uso de los recursos y su correcta asignación; por ejemplo, en 2015, los gastos administrativos del Sistema Nacional de Salud representaron el 5.2% del gasto total en salud, el tercero más alto de la OCDE (OCDE, 2018a).

Accesibilidad a la información

Este concepto se refiere al conjunto de medios que facilitan la adquisición de información relevante sobre acciones de prevención, promoción y condición de salud de una persona o conjunto de personas. En esta subdimensión se mide el acceso de las personas a información relacionada con la salud como un elemento esencial para el cumplimiento del derecho. Esto comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con su 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.

La importancia de esta subdimensión radica en que, si una persona no tiene acceso a información relevante y oportuna, podría no participar activamente en el autocuidado de su salud; desconocer factores de riesgo asociados a la aparición y complicaciones de las enfermedades por una atención no oportuna; desconocer la existencia de unidades de salud y los servicios que ofrece; desconocer sus derechos y no exigirlos; y no ser consciente de

la existencia de programas preventivos, entre otros aspectos.

Partiendo de lo anterior, se considera que el primer paso para saber el estado del acceso a la información en salud de la población es su conocimiento sobre el derecho. Al respecto, una encuesta realizada por la Cámara de Diputados en 2016 mostró que 51.4% de la población no había escuchado hablar sobre los derechos sociales; esta proporción es más alta en los estratos socioeconómicos más bajos. Entre la población que sí ha escuchado hablar sobre ellos (48.6%), el segundo lugar lo ocupa el derecho a la salud, con 19.5%; el primer lugar, el derecho a la educación, con 28.9%. Otro aspecto importante es que la población se mostró escéptica en cuanto al cumplimiento de los derechos sociales para la mayoría en el país; la principal causa mencionada es la mala gestión del gobierno (39.1%). Los programas con mayor cantidad de beneficiarios de acuerdo con el autoreporte de los encuestados fueron Prospera y el Seguro Popular (Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, 2016). En general, la encuesta mostró un escepticismo en el actuar del Estado y las instituciones respecto a la garantía de sus derechos.

Por otro lado, dada la relevancia que tiene el autocuidado y las conductas de riesgo de las personas en su propia condición de salud, el Estado tiene como obligación promover no solo un medio propicio para el desarrollo de los individuos, sino también proveerles de la información necesaria para tomar decisiones que favorezcan su bienestar físico, mental

y social. Como parte del cumplimiento de esta obligación, el Estado mexicano desarrolla diferentes campañas de prevención y promoción de la salud, así como material didáctico disponible a través de páginas de acceso público.¹⁹ Sin embargo, aun cuando se dispone de tal información, es difícil estimar el grado de acceso y el efecto que generan en la población.

A este respecto, se analizaron algunas estrategias públicas cuya finalidad es promover estilos de vida saludables y buenos hábitos en materia de salud. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 incluye un ejercicio de medición sobre el conocimiento de la campaña Chécate, Mídete, Muévete. Entre sus resultados se encontró que 57.4% de la población mexicana dijo conocer la campaña. Al analizar la información por diferentes grupos y poblaciones, se observó que las mujeres respondieron de manera afirmativa en mayor proporción (61%), así como los adultos entre 20 y 39 años (63.7%), los habitantes de zonas urbanas (61.4%) y en la Ciudad de México (73.6%). Seis de cada diez mexicanos que aseveraron que conocían la campaña identifican que su propósito principal es promover un estilo de vida saludable; de 20.2% que han recibido información directa sobre esta, 44.5% la recibieron en centros de salud y 38.2% en algún servicio del IMSS. Además, 75%

de los encuestados consideraron que este tipo de campañas contribuyen a la prevención del sobrepeso y la obesidad (INSP, 2016).

En 2016 se realizaron 212 campañas a nivel nacional como parte del programa de acción específico sobre alimentación y actividad física, con un alcance estimado de 15,667,470 personas,²⁰ de las cuales 9,490,637 eran mujeres y 6,176,833, hombres. En 2017, este mismo programa emprendió 103 campañas nacionales, con un alcance estimado de 22,361,492 personas: 11,177,387 mujeres y 11,184,105 hombres. Como se observa, en 2017, el número total de campañas a nivel nacional cayó 51.5%; sin embargo, la población estimada alcanzada fue sustancialmente mayor (6,694,022 personas) (SS, 2018e).

Otro ejemplo de campañas dirigidas a la población para mejorar su estado de salud es la campaña digital Cambiar es tu Decisión, cuyo objetivo es "crear conciencia en la población de 20 a 35 años de edad, jóvenes y padres de familia que puedan tener influencia en los hábitos alimentarios de niños y adolescentes, partiendo de reflexionar sobre el efecto negativo que tiene el consumo excesivo de alimentos con mucha grasa, azúcar y sal", la cual se difundió en 2015 a través de diferentes redes sociales (Facebook, Twitter, YouTube e Instagram) y de la página web²¹ con un alcance estimado

¹⁹ Disponible en <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/index.html> y <https://www.gob.mx/salud/documentos/dgps-materiales-educativos-y-de-comunicacion-de-riesgos-12231>.

²⁰ No se reporta la metodología utilizada para estimar el alcance para ninguna de las campañas.

²¹ <http://cambiarestudecision.org/>



de 30,309,519 personas. Para este programa, se reportaron 1,338,851 reproducciones de las cápsulas informativas. Otra campaña digital fue Da Leche Materna, cuyo objetivo es “fomentar la lactancia materna de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los bebés, así como resaltar los beneficios de lactancia materna y aclarar mitos”. La estrategia digital se difundió en redes sociales como las mencionadas y en la página de internet.²² Los resultados para esta campaña, en 2016,

fueron de un alcance estimado de 27,576,700 personas, un total de 2,162,342 reproducciones de las cápsulas informativas y 8,180²³ descargas de la aplicación electrónica) (SS, 2018e).

Otro elemento esencial para proporcionar a la población la información relevante sobre su salud es el involucramiento de la comunidad en los temas sustantivos en este ámbito (OMS, 2004). El programa Comunidades Saludables²⁴ proveía apoyo técnico, capacitación, asesoría y financiamiento para el desarrollo de proyectos

municipales de salud que ofrecieran servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades y que fomentaran la responsabilidad compartida de la comunidad en localidades con un bajo Índice de Desarrollo Humano o indígenas. Estas actividades ahora se llevan a cabo a través de uno de los componentes del Programa de Prevención y Control de Enfermedades.²⁵

El desempeño del programa Comunidades Saludables fue irregular durante el tiempo que funcionó, 2002-2016, y presentó cambios constantes en su propósito, problemas de focalización (de los 145 municipios reportados como atendidos en 2015, la mitad de las localidades

estaban fuera de su población objetivo) y definición de su cobertura (CONEVAL, 2015b). Finalmente, debido a estos y otros problemas no es posible estimar si este programa tuvo alguna contribución en la mejora del acceso a la información de manera efectiva en cuanto a prevención y promoción de la salud, y si esta tuvo algún impacto en mejorar la condición de salud de las comunidades atendidas y certificadas.

Por último, la fuente más directa que provee a las personas de información significativa para su salud proviene del propio personal sanitario. Para conocer si el personal médico en contacto con el paciente cumple con su

²² <http://lechematerna.si/>

²³ Total de descargas de la aplicación web al 11 de agosto de 2016.

²⁴ En 2016 se fusionó con el Programa de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Enfermedades Transmisibles y juntos formaron el Programa de Prevención y Control de Enfermedades.

²⁵ Al ser de nueva creación, el Programa de Prevención y Control de Enfermedades carece de evidencia sobre su desempeño y resultados.

obligación de proporcionar un trato digno y acceso a información completa, oportuna y veraz sobre su estado de salud y su tratamiento, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas) propuso una serie de indicadores que miden la proporción de pacientes a los que el médico les explica su condición de salud, el tratamiento que deben seguir y la percepción de la claridad con la que el médico le proporcionó la información.

En el tercer cuatrimestre de 2017, los tres indicadores mostraron un desempeño sobresaliente de acuerdo con los estándares propuestos por el mismo Indicas (superior al 85%); los resultados fueron: porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre su estado de salud, 99.1%; porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre el tratamiento que deben seguir, 99.1%; porcentaje de usuarios que consideraron clara la información que les proporcionó el médico de consulta externa en primer nivel, 97.9%. Estos resultados pueden parecer prometedores; sin embargo, hay que considerar que, en un contexto donde una gran proporción de la población desconoce que tiene derecho a la salud y, por ende, derecho al acceso a los servicios, estas valoraciones pueden estar altamente determinadas por el desconocimiento del derecho y su exigibilidad.

Los datos también sugieren otra problemática que puede relacionarse de modo directo con la información en salud y, en especial, con la calidad de esta, y es la referente a la

automedicación. Al respecto, 21% del total de encuestados, en 2016, respondió no haber buscado atención médica la última vez que tuvo una necesidad de salud; la automedicación fue el principal motivo para no buscar atención médica en ese año (54.7%). En 2014, 23% de los encuestados no buscó atención médica, y, de ese total, 47.6% dijo no haberlo hecho porque se automedicó (INEGI, 2014a; 2016a).

Aunque la automedicación puede tener múltiples explicaciones, el aumento en la disponibilidad y el acceso a la información relacionada con fármacos y enfermedades a través de plataformas digitales y en medios de comunicación masivos son factores relevantes para el incremento de esta práctica y, con ello, un problema mayor en el tema de salud, ya que puede elevar el riesgo de complicaciones a consecuencia de la evolución de una enfermedad no tratada de manera adecuada y ocasionar daños al organismo por su mal uso.

DISPONIBILIDAD

Como se mencionó, la disponibilidad se entiende como la suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población.

La disponibilidad y la naturaleza de estos elementos dependerá, entre otros aspectos, del nivel de renta de cada país y los principios que dicten su política sanitaria entre otros. Los servicios disponibles deben incluir los factores determinantes básicos de la salud, como agua

potable, servicios sanitarios y unidades de salud adecuadas que brinden atención en distintos niveles. Además, resulta importante contar con personal médico y profesional capacitado y que tenga buena remuneración, así como medicamentos esenciales disponibles y suficientes (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). Todos estos elementos, en conjunto, contribuyen a que la población cuente con las condiciones necesarias para recibir atención médica oportuna y de calidad, y facilitan los medios para lograr que la población alcance el máximo nivel de salud posible.

De esta dimensión se desprenden dos subdimensiones: los recursos, tanto humanos como físicos, que se requieren para que el Sistema Nacional de Salud cumpla con sus atribuciones, y los servicios básicos determinantes de la salud, que refieren al conjunto de factores que determinan un entorno favorable para la salud de las personas, como son los servicios básicos de agua potable, drenaje y servicio sanitario, entre otras condiciones sanitarias adecuadas para la salud, como el medio ambiente sano.

Recursos humanos

Los recursos humanos para la salud son un componente fundamental para la producción de servicios de cualquier sistema de salud. Se entiende por estos recursos como aquellos individuos que reciben algún entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con la producción de servicios de salud personales y poblacionales, así como los procesos que tienen que ver con esta producción. Esta clase de recursos

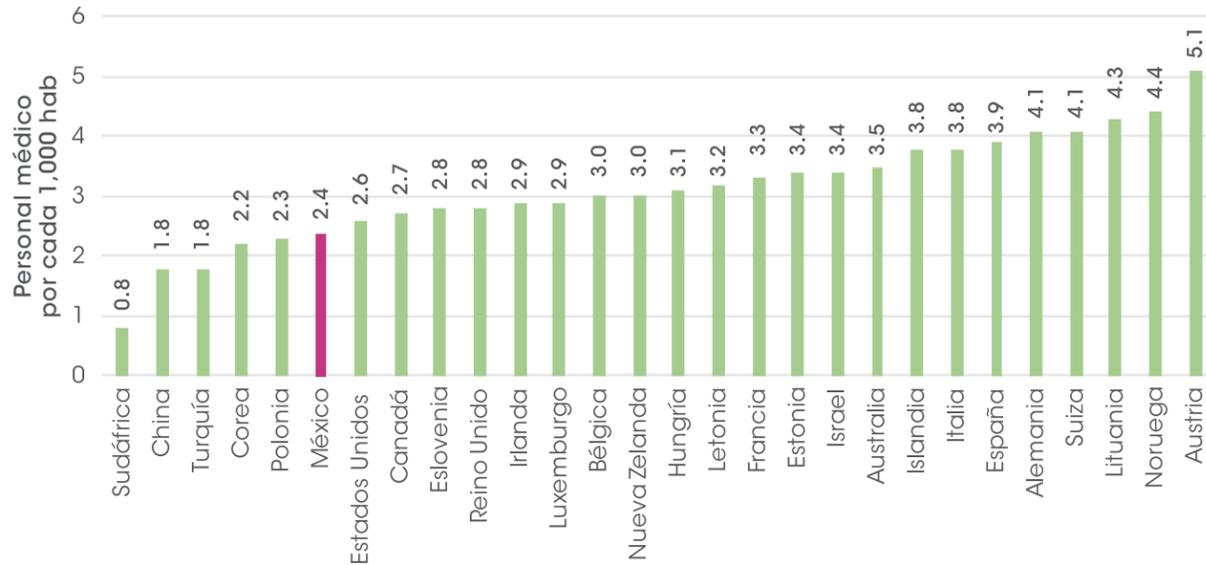
tienen la particularidad de ser los únicos activos con capacidad de decisión y preferencias sobre los procesos de planeación, diseño y ejecución de la política pública (Nigenda, Magaña-Valladares y Ortega-Altamirano, 2013).

Debido a su relevancia para el adecuado funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y tomando en cuenta lo recomendado en la observación general 14 sobre "la importancia de contar con personal médico y profesional capacitado", se seleccionaron indicadores que mostraran la situación de los recursos humanos para la salud en el país como elemento integral de la disponibilidad de los recursos mínimos indispensables para la producción de los servicios de salud; esto, con la finalidad de realizar una aproximación a la capacidad del Estado para garantizar el acceso al derecho a la salud de la población.

Durante el periodo comprendido entre 2005 y 2014, los trabajadores dedicados al cuidado de la salud aumentaron aproximadamente en 215,000 y llegaron a poco más de 762,000 en 2014. Cada año se incorporaron alrededor de 24,000 trabajadores de la salud, lo cual representa un crecimiento de 3.7% en promedio en todo el periodo (SS, 2016a).

En 2015 se contaba en el país con 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes, una de las cifras más bajas reportadas en países de la OCDE (promedio 3.4) (ver gráfica 13). Este número creció 33.3% al pasar en 2005 de 1.8 a las cifras que se observan en la actualidad, un crecimiento muy modesto en un periodo de diez años (OCDE, 2018a).

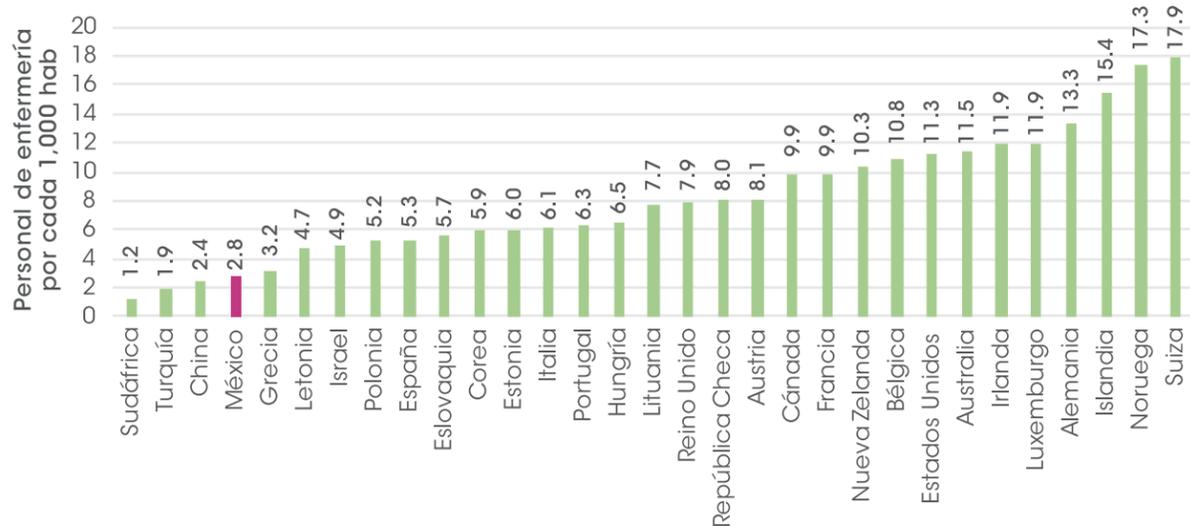
Gráfica 13. Personal médico por cada 1,000 habitantes en países de la OCDE, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2018a).

En la gráfica 14 se observa una situación similar en el caso del personal de enfermería. En 2015, en el país se contaba con 2.8 de estos por cada 1,000 habitantes, mientras que el promedio de los países de la OCDE era de nueve (OCDE, 2018a).

Gráfica 14. Personal de enfermería por cada 1,000 habitantes en países de la OCDE, 2015

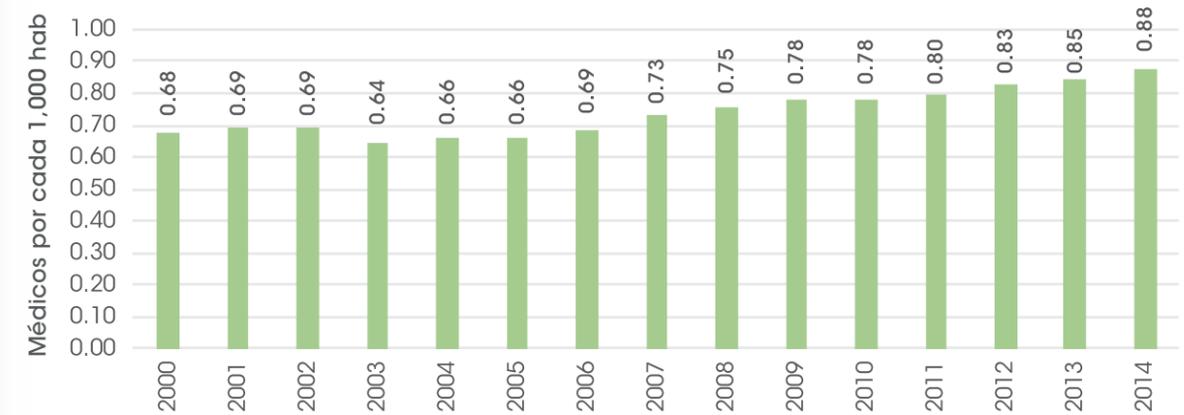


Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2018a).

La razón de médicos generales y familiares por cada 1,000 habitantes da cuenta de la capacidad de respuesta del sistema de salud ante las necesidades de atención médica de la población; en el periodo 2000-2014 se observa un leve crecimiento en el número de estos; al inicio

(año 2000) se contaba con 0.68 de estos profesionales de la salud por cada 1,000 habitantes, mientras que al final (2014) la cifra llegó a 0.88, un crecimiento de 29.6% en 14 años (SS, 2016b) (ver gráfica 15).

Gráfica 15. Médicos generales y familiares por 1,000 habitantes, 2000-2014



Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2016b).

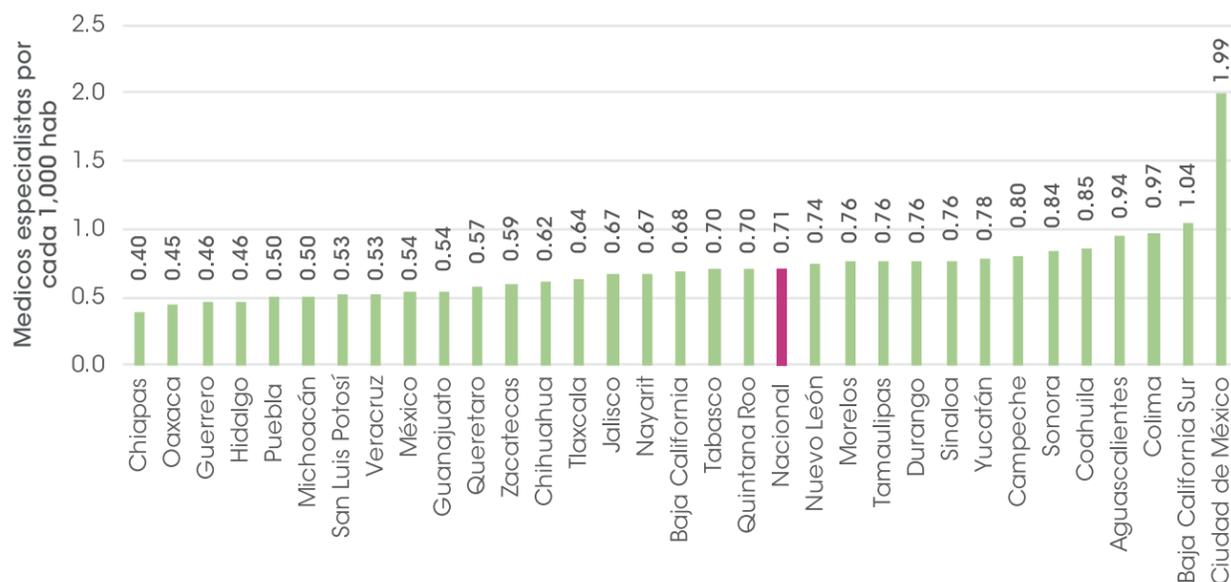
Otro de los retos fundamentales que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, además de la baja generación de recursos humanos para ese sector, es su distribución. Existe una tendencia a la concentración de los recursos humanos en las zonas urbanas, que se debe, en parte, a la falta de incentivos adecuados para promover el establecimiento del personal de salud en sitios de difícil acceso. Una consecuencia de esto es que la atención brindada en los centros de salud rurales suele depender de los médicos en formación que realizan su

servicio social; esto, de acuerdo con el Prosesa 2013-2018 (SS, 2013).

Al observar la distribución de médicos especialistas²⁶ en contacto con el paciente por entidad federativa, se advierte que, en 2014, el promedio nacional de estos era de 0.71 por cada 1,000 habitantes; más de la mitad de las entidades del país se encontraban por debajo del promedio, mientras que Ciudad de México concentraba casi cinco veces la cantidad de especialistas en relación con Chiapas (ver gráfica 16).

²⁶ Incluye a todos los médicos especialistas que cuentan con estudios de especialización en una rama de la medicina para la atención a la salud o de padecimientos referidos a un órgano, aparato o sistema, ubicados en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención de las instituciones públicas del sector salud, que están en contacto con el paciente, excluyendo a los odontólogos.

Gráfica 16. Médicos especialistas por 1,000 habitantes por entidad federativa, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2016b).

A la par, se ha documentado que, en el caso particular de los médicos especialistas, su concentración en el sector privado es de poco más del 44%, cifra similar a la suma de la Secretaría de Salud y del IMSS (45.6%). Este fenómeno podría contribuir a explicar la saturación de ambas instituciones para brindar consultas de especialidad y, como resultado de esto, elevar el tiempo de espera para que los pacientes sean atendidos en el segundo nivel (SS, 2016a).

Al respecto, en 2012, la principal razón mencionada para no recibir atención médica fue porque había que esperar mucho tiempo para ser atendido (13.7%), y en 2016, la falta de tiempo y el lapso de espera alto se ubicaron como la cuarta y quinta razones para no

buscar atención médica (1.9% y 1.2% respectivamente) (INEGI, 2012; 2016a).

En general, se observa que la mayor disponibilidad de personal médico y de enfermería está relacionada con menores tasas de mortalidad. Sin embargo, es discutible que un aumento en la generación de recursos humanos pueda proveer de los resultados esperados por sí solo, sin considerar una distribución más eficiente de este, no solo en lo que respecta a la excesiva concentración del recurso en las zonas urbanas, sino también en cuanto a su asignación por nivel de atención.

Considerando lo anterior, sería necesario transitar del discurso del fortalecimiento de la atención primaria a la práctica, ya que se ha reportado que en el país el subsistema público

de atención no ha alcanzado 40% del personal sugerido por la Organización Panamericana de la Salud en el primer nivel de atención; se continúa, así, con la inercia de asignación de personal a unidades hospitalarias y de zonas urbanas, mientras que la atención en las unidades rurales sigue dependiendo, en gran medida, del personal de la salud en formación (Nigenda *et al.*, 2016).

La falta de personal sanitario capacitado y su ineficiente distribución llevan a que la fuerza laboral en salud se sobreutilice y esto origine situaciones de sobreexplotación y al fenómeno de *burn out*;²⁷ por ejemplo, los médicos residentes que trabajan periodos recurrentes de 24 horas consecutivas cometen 36% más errores graves que aquellos que trabajan 16 horas consecutivas; además, presentan el doble de fallas en el trabajo nocturno por problemas de atención, sufren 61% más accidentes con material punzocortante y tienen el doble de riesgo de sufrir un accidente vehicular cuando conducen a casa después de 24 horas de trabajo (Villanueva, Lezana y Meljem, 2015).

La planificación en salud es una responsabilidad que recae, fundamentalmente, en la capacidad rectora del Estado a través de las instituciones públicas, la cual, en el caso de los recursos humanos para la salud, debe ser asumida junto con todas aquellas instituciones que participan en su formación, empleo y regulación. No es posible ordenar el campo de esta clase de recursos sin planificación. La

formación de nuevos recursos requiere periodos largos: para un técnico, pueden ser dos años y para un médico especialista, hasta doce años.

La atención de este problema no es cosa sencilla; por un lado, involucra elementos como las preferencias de las personas por una determinada carrera sobre otra, las oportunidades que brinda la oferta académica para ingreso y permanencia; por otro, están los elementos atribuibles a los mercados y a la demanda de servicios, que no siempre reflejan las necesidades más apremiantes en materia de salud de las colectividades. Aun con esto, es indispensable avanzar hacia derroteros en donde sea posible garantizar que las escuelas formen al personal que requieren la población y las instituciones de salud, a través de mecanismos como incentivos y subsidios para, de esta forma, ajustar los desbalances entre la oferta y la demanda.

Finalmente, es indispensable señalar que un incremento en la disponibilidad de recursos humanos por sí solo es insuficiente para atender la creciente demanda de servicios de atención médica; para ello, es necesario aumentar, a su vez, la productividad y eficiencia de los servicios. Como ejemplo, se ha observado que, al analizar la productividad de consultas por la tasa de médicos disponibles por cada 10,000 habitantes, una mayor disponibilidad de médicos en una entidad estaba relacionada con una menor productividad en cuanto a número de consultas otorgadas (Nigenda *et al.*, 2016).

²⁷ El desgaste profesional o *burn out* se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado, principalmente, por un agotamiento físico y emocional que se desarrolla de manera progresiva y afecta las relaciones que se establecen entre los integrantes de la organización y sus usuarios.

Infraestructura física y servicios médicos

La infraestructura o recursos materiales de los que dispone el Sistema Nacional de Salud son fundamentales para su correcto funcionamiento y capacidad resolutoria; estos, junto con el recurso humano, determinan el volumen de servicios que el sistema puede proveer a la población. De acuerdo con los pactos internacionales que México ha suscrito, cada Estado parte debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención a la salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

La disponibilidad de recursos para la salud en el país es baja en comparación con los estándares de la OCDE; al mismo tiempo que existe infraestructura deteriorada que requiere conservación y mantenimiento periódico (SS, 2013).

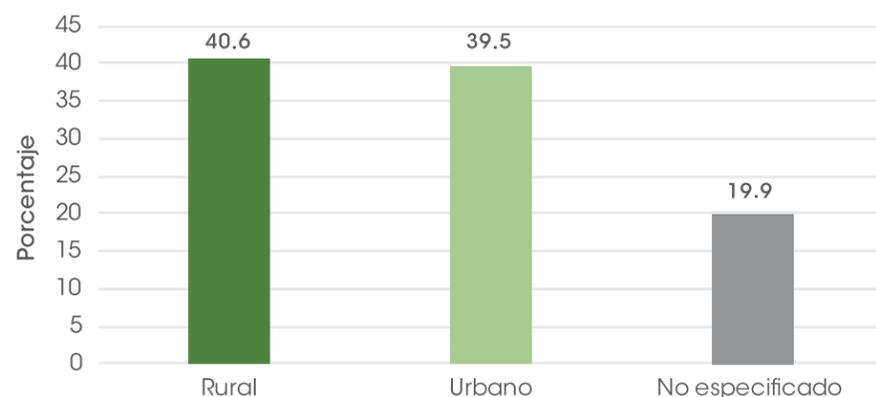
Un indicador relevante para este tema es el de unidades médicas de consulta externa, puesto que, en general, son el primer punto de contacto entre la población y el sistema de atención médica; en ellas se concentran las actividades preventivas y curativas que se ofrecen

a la población para resolver la mayoría de sus necesidades de atención en salud.

Las unidades para consulta externa incluyen consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con servicio ampliado, consultorio delegacional, unidad de ministerio público, casa de salud, brigada móvil, unidad móvil, clínica de especialidades, centro de salud con hospitalización (unidad híbrida) y unidad de especialidades médicas. Su distribución y suficiencia es fundamental para otorgar estos servicios a la población (CONEVAL, 2014).

Al analizar la información pública disponible y tomando en cuenta únicamente las unidades cuyo estatus aparecía como en operación, para abril de 2018 se tenían 27,689 unidades de consulta externa en el sector público en todo el país. Al mostrar su distribución por tipo de localidad (ver gráfica 17), se observa que esta es muy similar entre localidades rurales y urbanas, aunque existe un alto porcentaje de unidades que no especifican el tipo de localidad donde se asientan (19.9%) (SS, 2018b).

Gráfica 17. Unidades de consulta externa por tipo de localidad (rural y urbano), 2018

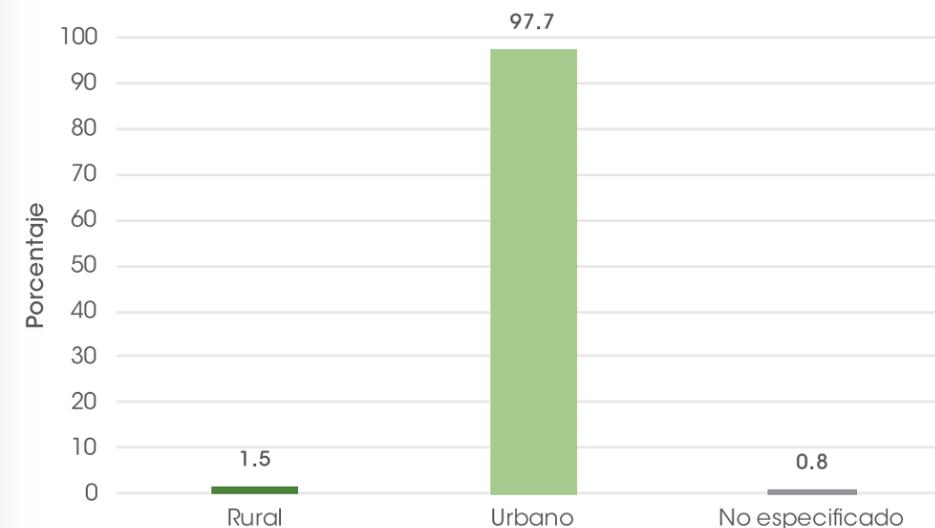


Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2018b).
Nota: Los datos corresponden a abril de 2018.

Otro indicador relacionado con la infraestructura es la disponibilidad de unidades de hospitalización, el cual brinda información pertinente sobre la prestación de servicios a pacientes que requieren ser internados para recibir atención médica o paramédica sin tomar en cuenta el tiempo de estancia en la unidad (SS, 2016a). Para mayo de 2018, estas

sumaban un total de 4,571 en el sector público en todo el país (SS, 2018b), un poco menos de cuatro por cada 100,000 habitantes; también se identifica una alta concentración urbana, lo que podría generar desigualdades de disponibilidad entre localidades y regiones del país (ver gráfica 18).

Gráfica 18. Unidades de hospitalización por tipo de localidad (rural y urbano), 2018



Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2018b).
Nota: Los datos corresponden a mayo de 2018.

En conjunto, las unidades de consulta externa y de hospitalización presentaron un crecimiento constante de 2010 a 2015, al pasar de 26,277 a 28,366 en total, lo que significó un aumento de 2,089 unidades en ese periodo (8%) (SS, 2016c). Sin embargo, ante la falta de información sobre la demanda probable de servicios ambulatorios y de hospitalización y la carencia de un estándar o meta nacional para la planeación estratégica de infraestructura en salud, es difícil

determinar si este crecimiento es suficiente para cubrir las necesidades de la población.

Respecto a la capacidad instalada dentro de las unidades de salud, esta puede medirse a través del número de camas censables, lo que permite, a su vez, obtener una visión acerca del potencial productivo de los servicios. Las camas censables son recursos utilizados para brindar atención diagnóstica, tratamiento y cuidado por parte del profesional

de la salud en padecimientos que requieren internamiento para su manejo médico.

En este sentido, la información sobre la cantidad de camas censables disponibles en las instituciones públicas de salud es indispensable para valorar aspectos relacionados con la capacidad y cobertura de atención médica. La cama censable es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días de estancia.

Las unidades de hospitalización pueden dividirse por su capacidad instalada en unidades de menos de 30 camas y con más de 30 camas. El porcentaje de hospitales con menos de 30 camas censables en el sector público pasó del 39.7 en 2000 al 41.3 en 2013, que significa un incremento del 4% en ese periodo. El mayor aumento se observó en el periodo 2001-2002, con el 19.1%, y el mayor decremento se registró entre 2002-2003, y fue del 14.4% (ver gráfica 19) (SS, 2016b).

Gráfica 19. Hospitales con menos de 30 camas censables, 2000-2014

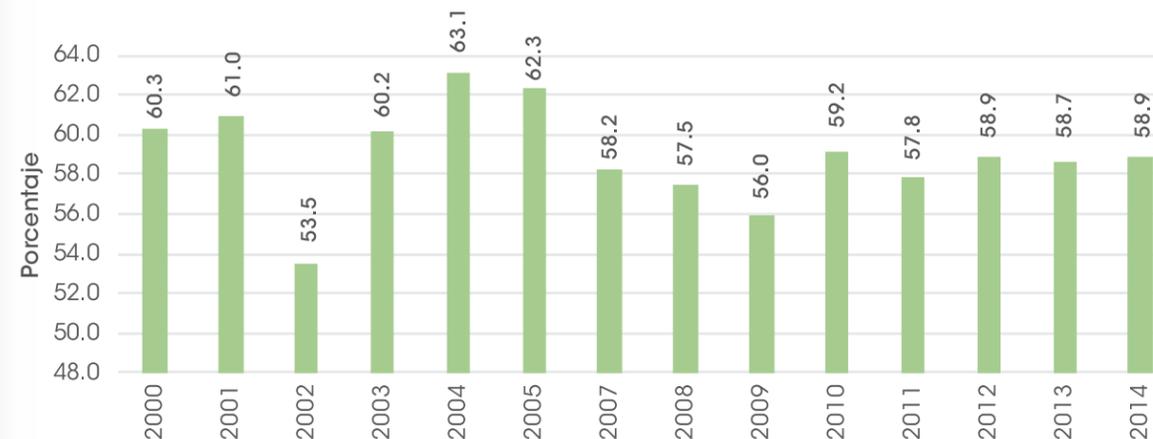


Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2016b).

El porcentaje de hospitales con 30 camas censables o más en el sector público observa un decremento de 2.3% en el periodo de análisis: de 60.3% en 2000 a 58.7% en 2013. En 2002-2003 es el de mayor incremento, con 12.5%. En

los periodos 2001-2002, 2004-2009 y 2010-2013 se reportaron decrementos y la mayor caída de este indicador sucedió en 2001-2002, con una disminución de 12.2% (ver gráfica 20) (SS, 2016b).

Gráfica 20. Hospitales con más de 30 camas censables, 2000-2014



Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2016b).

Al comparar ambos indicadores (unidades de hospitalización con más y menos de 30 camas), se observa que, en los últimos años, el sector público ha favorecido el crecimiento de unidades de menor tamaño; esto puede deberse a una estrategia de cobertura para llevar unidades de hospitalización a sitios de difícil acceso geográfico; sin embargo, como se presentó antes, los hospitales siguen concentrándose de forma casi exclusiva en las localidades urbanas del país, lo que obliga a las personas que habitan en comunidades rurales a desplazarse a los centros urbanos y hacer gastos adicionales de transporte, alojamiento y alimentación en caso de hospitalización de algún dependiente.

En este contexto, es importante destacar la tendencia mundial creciente hacia el fortalecimiento de la atención primaria de salud, surgida en la Declaración de Alma-Ata,²⁸ que hace mayor hincapié en la atención centrada en las necesidades de las personas y en su contexto, con la mayor equidad y solidaridad posible, a través de estrategias de empoderamiento de las personas respecto a la mejora de su salud; disminución de la dependencia de los sistemas de salud en la atención hospitalaria y correctiva para favorecer la prevención y resolución de los problemas de salud de los pacientes desde el primer nivel de atención; y poniendo a su alcance unidades de servicio de atención médica de menor tamaño y

²⁸ La Conferencia internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expuso la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo, así como de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo (OMS, s.f.).

más cercanos a la gente mediante la conformación de redes integradas de servicios que atiendan de manera integral las necesidades de salud de las personas y las comunidades (OMS, 2008b).

La infraestructura de los diferentes subsistemas de salud varía tanto en números absolutos como en relación con el número de afiliados, lo que impacta de forma directa la oportunidad y calidad de la atención.

En 2014, el sector privado contó con más de 69% de las unidades hospitalarias, con una población afiliada a seguros privados de tan solo 3.2 millones (aunque estas unidades tienden a ser de menor tamaño); en tanto, el Seguro Popular y el IMSS solo tuvieron 18.3 y 6.3% de las unidades hospitalarias²⁹ para

otorgar atención médica, respectivamente, y son las instituciones que concentraban y siguen concentrando la mayor cantidad de afiliados (55.6 y 43.4 millones, en ese orden, en 2016) (SS, 2016a).

En 2015, el número total de camas de los sectores público y privado fue de 184,112. Entre 2005 y 2015, las camas en el sector público mostraron un comportamiento variable, al registrarse una diferencia de 2,542 camas más en 2015 que en 2005, lo cual representa un crecimiento de 1.8%, mientras que al sector privado se sumaron 2,473 de estas, lo que significó un crecimiento de 5.9% en 2015 respecto de 2005 (ver cuadro 7). En 2015, el sector público concentró 75.8% del total de camas censables y el sector privado, 24.2% (SS, 2016c).

Cuadro 7. Camas totales por sector, 2005-2015

SECTOR PÚBLICO 2003-2015 ^{1/}											
Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CAMAS ^{1,2/}	137,056	131,988	135,418	135,322	133,701	138,234	139,413	140,095	146,449	149,052	139,598
SECTOR PRIVADO 2003-2015 ^{3/}											
Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CAMAS ^{2/}	42,041	41,784	42,639	43,104	43,339	43,773	44,115	43,881	44,391	43,964	44,514

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2016c).

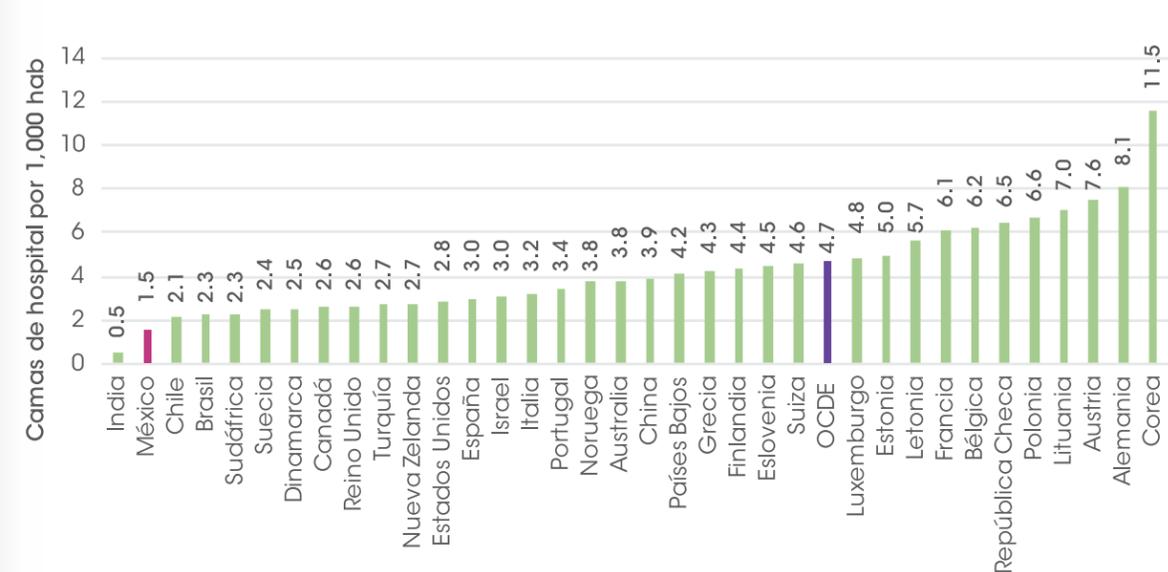
^{1/} Incluye información de las siguientes instituciones: Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades, universitarios, estatales, IMSS, ISSSTE, Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina.

^{2/} Incluye camas del área de hospitalización, de urgencias, cuidados intensivos y otras áreas (censables y no censables).

²⁹ Las demás unidades hospitalarias se encuentran distribuidas en las otras instituciones de provisión de servicios de salud.

A pesar de estos incrementos, en 2015, México fue el segundo país de la OCDE con menor número de camas totales por cada 1,000 habitantes, justo por encima de la India, con un total de 1.5 camas, mientras que el promedio entre estos países fue de 4.7 (ver gráfica 21) (OCDE, 2018a).

Gráfica 21. Camas totales por 1,000 habitantes en países de la OCDE, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2018a).

En el diagnóstico del Programa Nacional de Infraestructura 2014-2018 se menciona que

... la planeación para el desarrollo de la infraestructura en salud se desarrolló de manera precaria y no se generó acorde con los requerimientos de recursos humanos, equipamiento, conservación y mantenimiento, por lo que en algunos casos, el sector salud enfrenta dificultades para operar de manera eficiente los espacios construidos y en otros se han generado retrasos en los inicios de operación, con la consecuente afectación en la calidad de los servicios y con insuficiencia de recursos para sufragar estos gastos (Presidencia de la República, 2014).

En el mismo diagnóstico se reconoce que "... se han presentado debilidades en la planeación integral del desarrollo de la infraestructura, lo que ha ocasionado problemas para financiar la operación, con carencias en el equipamiento, recursos humanos, gastos de operación y mantenimiento de unidades médicas" (Presidencia de la República, 2014).

Las intervenciones quirúrgicas son procedimientos que, por lo general, se realizan en unidades de hospitalización y en unidades híbridas, como parte de los servicios de atención médica; el indicador relativo (intervenciones quirúrgicas por 1,000 habitantes) permite

establecer el número de procedimientos quirúrgicos que se realizan per cápita y aporta información sobre la productividad de las unidades vista como oferta de servicios quirúrgicos para atender a una población que, potencialmente, pudiera hacer uso de ese servicio en un periodo determinado.

La razón de intervenciones quirúrgicas por 1,000 habitantes en el sector público pasó de 27.8 en 2000 a 31 en 2014; un incremento de 11.5% durante el periodo. Se observa el mayor incremento entre 2007 y 2008, con 4.7%; el decremento mayor (1.0%) se registra en el periodo 2001-2002. Cabe señalar que el aumento en la proporción de cirugía puede deberse, por una parte, al deterioro y las complicaciones del estado de salud de las personas (SS, 2016a) y, por el otro, a la demanda generada por la expansión de la cobertura del Seguro Popular, y no necesariamente a un crecimiento en la capacidad productiva de atención de los servicios de salud.

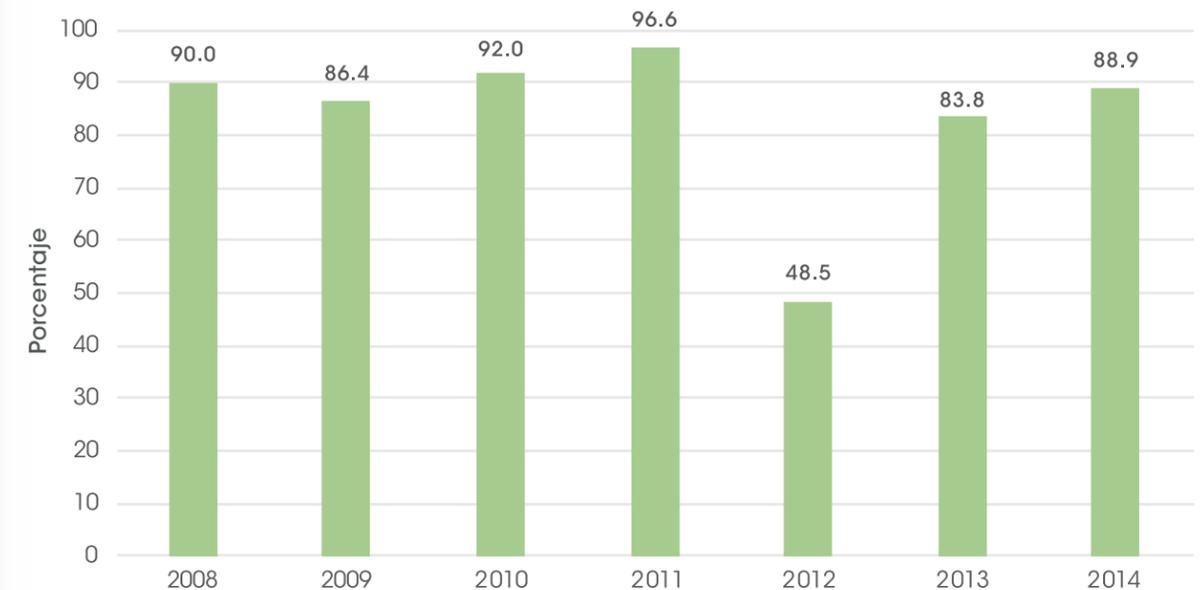
También es frecuente el uso del indicador de porcentaje de partos atendidos en unidades médicas para conocer, de manera indirecta, la disponibilidad de los servicios, la cobertura y la existencia de desigualdades en materia de capacidad de respuesta de los servicios de atención materno-infantil. Al respecto, entre 2000 y 2014 se registró un incremento de 17.8% en este indicador: de 83.5 en 2000 a 98.4% en 2014; una variación promedio anual de 1.2%. El mayor aumento se observó en el periodo 2010-2011, con un 11.3% (SS, 2016b).

A partir de 2011, México se colocó por arriba de la meta mundial planteada por la OMS a

cumplirse en 2015 (90% de partos atendidos en unidades médicas); lo anterior podría significar que la disponibilidad de servicios para la atención materno-infantil ha tenido un comportamiento progresivo en cuanto al cumplimiento del derecho a la salud para el binomio madre-hijo. Sin embargo, aún es necesario precisar la información que se tiene para los contextos rural y urbano, así como para grupos indígenas en cada entidad federativa, con la finalidad de identificar posibles brechas y grupos en situación de exclusión (OMS, 2014), además de conocer las prácticas sociales determinantes para preferir ser atendidos en unidades médicas.

Por otro lado, la cobertura de vacunación es un indicador muy utilizado para aportar evidencia sobre diferentes aspectos de la actuación y el compromiso de los Estados con la salud de la población, en especial de aquella en mayor situación de vulnerabilidad como, por ejemplo, la población infantil. En México opera uno de los esquemas gratuitos de vacunación más completo a nivel internacional, lo que lo convierte en un factor relevante de igualdad social (SS, 2018d). Al respecto, el indicador de esquema completo de vacunación en niños menores de un año en 2014 fue de 88.9%, y la cobertura promedio anual entre 2008 y 2014, de 83.7%; sin embargo, el comportamiento del indicador presenta una caída drástica entre los años 2011 y 2012 de 49.8% en 2013 se recupera y alcanza 83.3% hasta colocarse, en 2014, con las cifras presentadas (SS, 2016b) (ver gráfica 22).

Gráfica 22. Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de un año, 2008-2014



Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2016b).

El indicador de cobertura de vacunación en niños menores de un año es uno de los indicadores sectoriales establecidos en el Prosesa 2013-2018 (SS, 2013), cuya meta para 2018 era de 90% de cobertura nacional, la cual coincide con el referente de la OMS para 2010 ($\geq 90\%$). De acuerdo con cifras preliminares de 2017 presentadas por la Secretaría de Salud, la cobertura del esquema completo de vacunación con fecha de corte a septiembre de 2018 en niños menores de un año fue de 79.4%, porcentaje por debajo de las metas señaladas. Una de las razones expuestas para la caída en los indicadores de cobertura de vacunación es el problema de desabasto de biológicos a nivel internacional; las vacunas con problemas de abasto entre 2013 y 2017 fueron: vacuna

pentavalente acelular, DPT, SRP, SR y hepatitis B para niños y adultos (SS, 2018d).

Dada la configuración actual del escenario epidemiológico nacional y del modelo de servicios de salud centrado en la atención correctiva que aún prevalece en el Sistema Nacional de Salud, se consideró relevante incluir el indicador de número promedio de consultas de medicina de especialidad por cada 1,000 habitantes, debido a la alta demanda de servicios que provoca la prevalencia desproporcionada de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como las comorbilidades y complicaciones asociadas a estas. Al respecto, el indicador permite valorar aspectos de cobertura poblacional, acceso a los servicios de especialidad y capacidad de respuesta de

los establecimientos donde se proporcionan este tipo de consultas.

Dicho indicador presenta un comportamiento ascendente en cuanto al promedio de consultas otorgadas durante el periodo 2000-2014; 358.3 y 433.6, respectivamente; el 2012 fue el año de mayor productividad, con 449.2 consultas promedio por cada 1,000 habitantes (SS, 2016b).

Al desagregar la información por entidad federativa se observa que, en 2014, los tres estados con menor cantidad de consultas registradas fueron: Chiapas (170.5), Oaxaca (257.1) y Estado de México (282.4) (SS, 2016b). Como se vio antes, el caso de Chiapas y Oaxaca se corresponde con información presentada

sobre la proporción de médicos especialistas por cada 1,000 habitantes; estos dos estados cuentan con la menor cantidad de profesionales formados con grado de especialidad (ver gráfica 16), lo cual contribuye a explicar la baja producción de estos servicios en ambas entidades. Sin embargo, el caso del Estado de México plantea una discrepancia: cuenta con mayor cantidad de recursos humanos que Guerrero, Veracruz y Michoacán y, aun así, reporta una menor producción de servicios; esto refuerza lo antes mencionado: por sí mismo, el aumento en el número de estos no es suficiente para aumentar la disponibilidad de los servicios (ver gráfica 23.)

Gráfica 23. Consultas de medicina de especialidad por 1,000 habitantes por entidad federativa, 2014

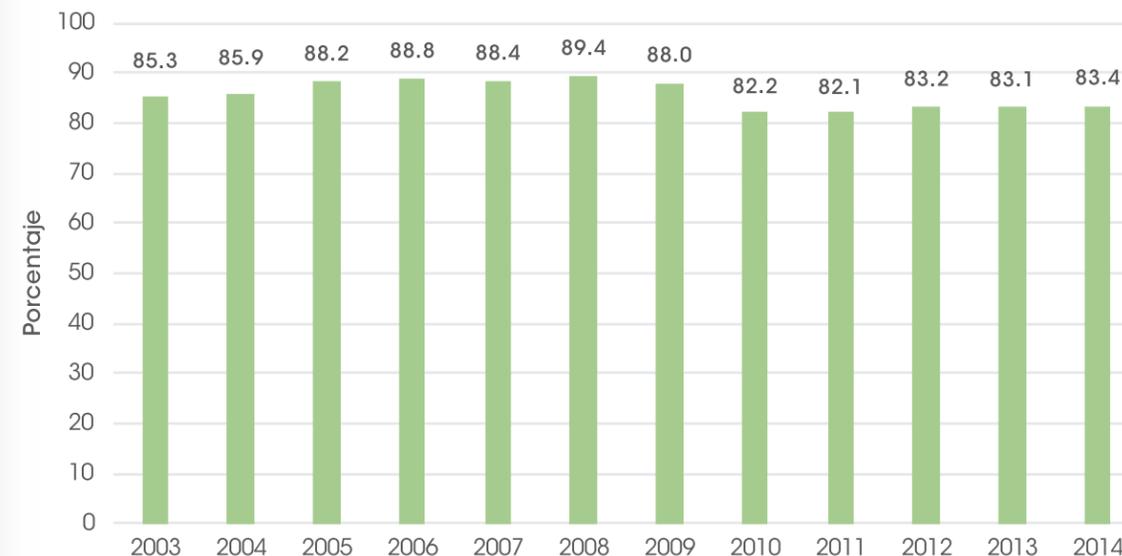


Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2016b).

El porcentaje de pacientes con recetas surtidas en forma completa en el primer nivel de atención es un indicador que muestra evidencia de la suficiencia de uno de los insumos más importantes para la atención y su continuidad. A este respecto, entre 2009 y 2010 sucedió la caída más abrupta del indicador de porcentaje de surtimiento completo de recetas al

pasar de una cobertura de 88 a una de 82.2 por ciento (alrededor de seis puntos porcentuales); a partir de 2014 se presenta una recuperación del indicador, pero sin lograr llegar a los niveles de cobertura de 2008, cuando se dio la mayor cobertura del periodo (89.4%) (ver gráfica 24) (SS, 2016b).

Gráfica 24. Porcentaje de pacientes con recetas surtidas en forma completa en el primer nivel de atención, 2003-2014



Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2016b).

Como información complementaria, se presentan algunos datos recolectados con base en la ENIGH de 2012, 2014 y 2016 que tienen que ver con las preguntas que conciernen a la "no atención"; en 2014 y en 2016, el 0.7% señaló que la causa para no buscar atención fue que, al asistir a consulta, no le daban

los medicamentos completos (de un total de 23 y 21% de los encuestados que respondieron no haber buscado atención la última vez que percibieron una necesidad de salud, respectivamente).

El surtimiento incompleto de recetas significa un peligro para la continuidad del tratamiento

y la resolución de la necesidad de salud de las personas, en especial para aquellas de menores ingresos que no cuentan con recursos para comprar el medicamento, aunado a que cualquier gasto imprevisto, como en este caso la enfermedad, puede significar un empobrecimiento aún mayor (gasto catastrófico).

Otra respuesta posible para la "no atención" fue porque la unidad médica no estuvo abierta (2012) o estaba cerrada (2014 y 2016); en este caso, en 2012, el porcentaje de encuestados que señaló este motivo fue de 1.3, mientras que, en 2014, fue de 0.5 y, en 2016, de 0.3. La proporción de personas que respondieron que no había médico en las unidades también se redujo en el periodo 2012-2016, al pasar de 1.8% en 2012 a 0.4 en 2016 (INEGI, 2012; 2014; 2016).

Los datos antes presentados revelan los retos en cuanto al incremento en la disponibilidad de infraestructura y recursos humanos para salud. Al analizar los resultados obtenidos en esta dimensión a la luz de los mostrados en la subdimensión de accesibilidad económica, se puede inferir que la escasez de los recursos tanto humanos como materiales se relaciona, entre otros factores, con la baja inversión en salud e ineficiencias en la asignación del gasto.

Servicios básicos como determinantes de la salud

La segunda subdimensión de este apartado refiere el conjunto de factores que determinan un entorno favorable para la salud de las personas, como son los servicios básicos de agua

potable, drenaje y servicio sanitario, entre otras condiciones sanitarias adecuadas para la salud, como el medio ambiente sano.

La OMS establece que los "determinantes sociales de la salud" son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (OMS, 2008a) y que tienen efectos directos en el estado de salud a nivel individual y colectivo.

Así, la OMS, a través de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (establecida en 2015), indica que, para mejorar las condiciones de vida cotidianas, se deben generar entornos saludables que incidan de manera importante en la equidad sanitaria: acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento (OMS, 2008a).

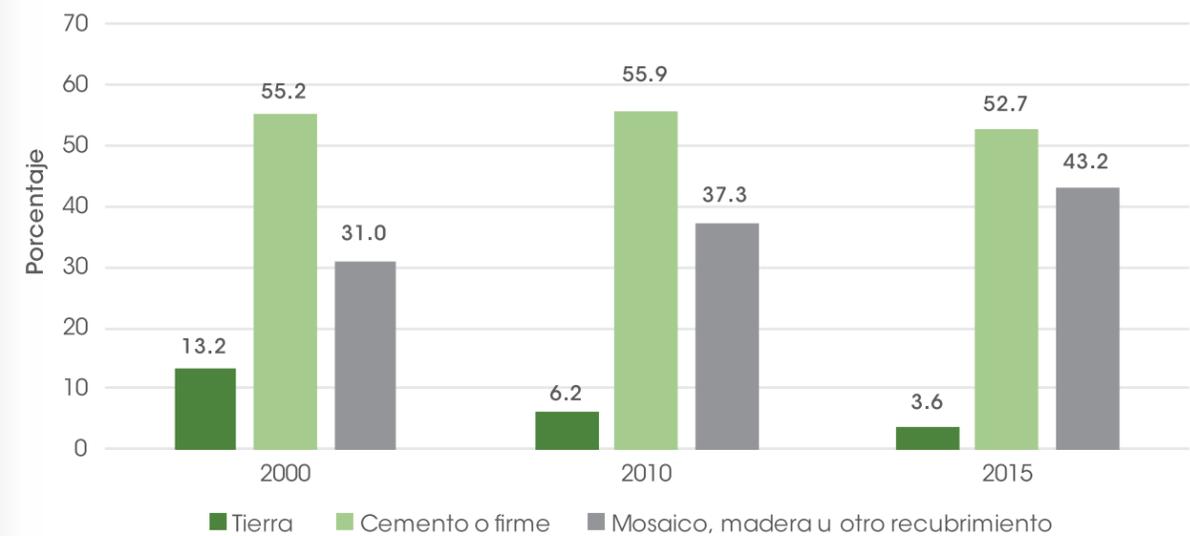
La infraestructura sanitaria adecuada es uno de los elementos clave para mejorar el estado de salud de la población; tener piso diferente de tierra y disponer de agua potable y drenaje, en gran medida, eliminan las enfermedades diarreicas y parasitarias que, en décadas pasadas, eran principales causas de morbilidad y mortalidad (García-Peña y González-González, 2011). Para esta subdimensión, se seleccionaron indicadores relacionados con el entorno donde viven y se desarrollan las personas y que son considerados de relevancia para la preservación de la salud.

En 2016, 23.7 millones de personas (19.3% de la población total) no disponían de servicios básicos de la vivienda, es decir, alrededor de una de cada cinco personas en el país (CONEVAL, 2017a).

El material del piso se asocia directamente con condiciones de salud y bienestar. En México, de 2000 a 2015, el número de viviendas con piso de tierra descendió 9.6 puntos porcentuales,

y se observó un mayor número de pisos de cemento u otro tipo de material, lo que refleja una mejora considerable en la calidad de vida de los ocupantes (ver gráfica 25).

Gráfica 25. Distribución porcentual de las viviendas según material predominante en pisos, 2000, 2010 y 2015



Fuente: Elaboración propia con base en los principales resultados del censo de población y vivienda 2010 y la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2010; 2015c).
Nota: La distribución porcentual no suma 100% porque no se incluyó el valor del no especificado.

De la misma manera, el material de las paredes y los techos es un elemento importante en la calidad de la vivienda. En 2015, 10.7% de las viviendas tenían techos elaborados de material de desecho, lámina de cartón, asbesto o metálica, carrizo, bambú o palma, madera o adobe. Algunos de estos materiales se asocian a riesgos para la salud, como el asbesto, mientras que otros pueden afectar las condiciones de saneamiento al interior del hogar, en especial los materiales de desecho no

sanitizado, que pueden servir de repositorios de diversos microorganismos capaces de producir enfermedades.

Un servicio fundamental para la población es el abastecimiento de agua potable de la red pública. El tener acceso al agua entubada disminuye en forma considerable los riesgos de contraer enfermedades relacionadas con el consumo de agua no adecuada para su ingesta, y permite, entre otras cosas, contar con un ambiente más apropiado para la

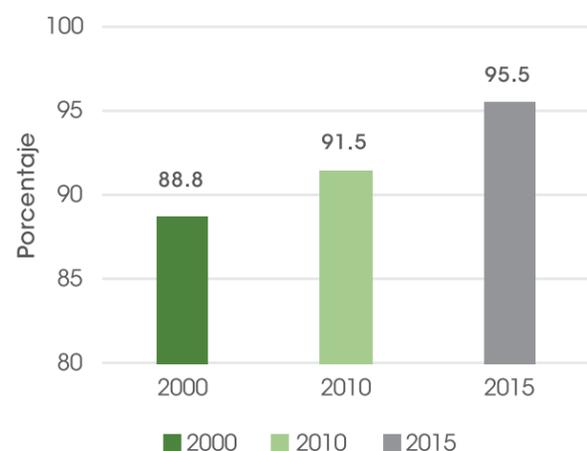


preparación de alimentos de manera segura y una fuente de suministro continuo.

En México, la mayoría de los cuadros diarréicos son de naturaleza infecciosa y predominantemente viral; los factores predisponentes más importantes son aquellos de carácter sanitario, socioeconómico y cultural. En este sentido, la morbilidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias ha disminuido de manera sostenida desde los años cincuenta a consecuencia de una mejora generalizada de las condiciones de vida de la población, en particular la ampliación del servicio de agua intradomiciliaria y el aumento en los niveles educativos de las madres (Perdigón-Villaseñor y Fernández-Cantón, 2008).

Entre 2000 y 2015, el porcentaje de viviendas habitadas con este servicio pasó de 88.8 a 95.5%, lo que representa un incremento de casi siete puntos porcentuales (ver gráfica 26).

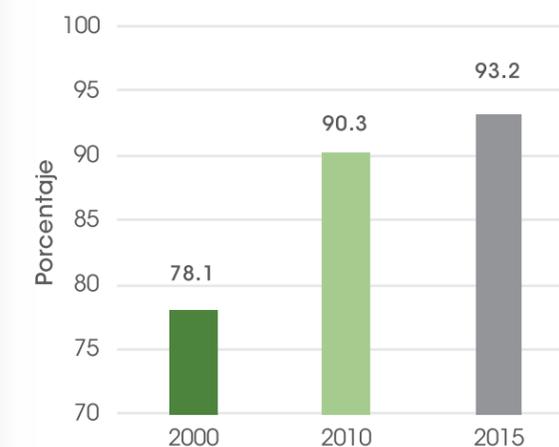
Gráfica 26. Porcentaje de viviendas que disponen de agua entubada, 2000, 2010 y 2015



Fuente: Elaboración propia con base en los principales resultados del censo de población y vivienda 2010 y la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2010; 2015c).

Otro servicio fundamental para sustentar condiciones sanitarias adecuadas en las viviendas es el drenaje. Del 2000 a 2010, la proporción de viviendas que disponían de este se incrementó en poco más de 12 puntos porcentuales, hasta llegar a 93.2% en 2015 (ver gráfica 27).

Gráfica 27. Porcentaje de viviendas que disponen de drenaje, 2000, 2010 y 2015



Fuente: Elaboración propia con base en los principales resultados del censo de población y vivienda 2010 y la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2010; 2015c).

En cuanto a la exposición a factores de riesgo producto de la utilización de combustibles a base de carbón para la calefacción y elaboración de alimentos, se observa que, en las zonas rurales, la contaminación del aire interior es en especial peligrosa para la salud por la proximidad entre la fuente de contaminación y las personas (hasta 100 veces mayor a las normas de acuerdo con la OMS). En 2016, 7.6% del total de viviendas no indígenas cocinaban con leña o carbón y no tenían

chimenea, en tanto que 42.5% de las viviendas indígenas usaron leña o carbón para cocinar y no contaban con chimenea (INEGI, 2016a).

Sin importar el grado de marginación del estado, en casi todos los casos la población indígena siempre está más expuesta a respirar los contaminantes derivados de la quema de leña o carbón en sitios cerrados. Solo 1.8 millones de personas indígenas habitan en viviendas con chimenea, que corresponden a 15.3% de la población indígena (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2017).

En 2016 se registraron 6,460 muertes por riesgo atribuible a la contaminación interior de los hogares, esto es, 1% del total de muertes registradas ese año (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).

Por último, en lo referente a los mecanismos utilizados para la eliminación de basura por parte de la población, en 2015, cerca de 80% de las viviendas desecharon sus desperdicios a través de la recolección a domicilio. El quemar o enterrar la basura disminuyó notablemente, al pasar de 23 a 12.3% de 2000 a 2015 (INEGI, 2015c), lo cual contribuye a la mejora en las condiciones de saneamiento en los hogares y a un medio ambiente más sano.

CALIDAD

Este es un concepto complejo que admite múltiples interpretaciones; en el tema de salud, se considera que un servicio médico es de calidad cuando se hace lo correcto en el momento

correcto, a la persona indicada y en el lugar adecuado (SS, 2009).

En general, se puede afirmar que

[...] calidad es hacer las cosas bien con el uso adecuado de los recursos, respetando la dignidad y autonomía de las personas e intentando satisfacer aspectos relacionados con sus requerimientos subjetivos; es ser justos y equitativos con el uso de los recursos en salud; y es hacer más confiable al sistema al cumplir con la promesa de que el derecho a la salud es posible, real y palpable (Artaza, 2015: 230).

Desde la perspectiva del EBD, la calidad puede ser evaluada tomando como premisas el grado de compromiso en la política pública, los servicios ofertados de los elementos legales y reglamentarios, y las competencias demostradas al brindar el servicio por parte del prestador privado o público, y comparar estos con el grado de satisfacción manifestado por los usuarios (con base en el instrumento de medición de la satisfacción) y, en su caso, con auditorías tanto contables como administrativas. Hablar de calidad en los servicios de atención médica es identificar a la política pública como el requisito que, sin duda, deberá garantizar los derechos humanos de los usuarios (Hernández y Alcántara, 2015).

Debido a la diversidad de definiciones y aproximaciones teóricas al concepto de la calidad de los servicios de salud, se optó por adherirse al marco teórico/conceptual propuesto por la OCDE (2006) y definido en el Health Care Quality Indicators Project, que identifica una serie

de subdimensiones que, en concordancia con el Institute Of Medicine de la National Academies for Science-based, serían las mínimas indispensables para asegurar la calidad de estos; a saber: seguridad, efectividad y atención centrada en la persona.

Seguridad

Esta subdimensión se refiere a "evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención que pretende ayudarles" y a que el paciente reciba la atención necesaria en el momento oportuno cuando es afectado por alguna condición que ponga en riesgo su vida. En ese sentido, la evaluación de la calidad de la atención gira en torno a la seguridad de los pacientes; esto implica el establecimiento de sistemas y procesos que minimicen la probabilidad de cometer errores en la atención médica.

Uno de los indicadores clave para analizar la seguridad en el proceso de atención médica es la tasa de infecciones nosocomiales, las cuales son contraídas por el paciente durante una estadía en el hospital y no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación al momento del ingreso del paciente. Las infecciones que ocurren en más de 48 horas después del internamiento suelen considerarse nosocomiales (OMS, 2003).

Este tipo de infecciones es la complicación hospitalaria más frecuente y un factor agravante de la discapacidad funcional, la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos que reducen la

calidad de la vida y ocasionar la muerte (OMS, 2003). En México se estima que las infecciones nosocomiales tienen una tasa de incidencia que oscila entre 3.8 y 26 por cada 100 egresos hospitalarios; en instituciones de segundo y tercer nivel de atención, estas se asocian a una mortalidad general de 4.8% (Castañeda-Martínez y Valdespino-Padilla, 2015); de igual forma, cerca de 90% de las defunciones de pacientes quirúrgicos se relacionan con alguna infección nosocomial, las cuales alteran la calidad de vida del paciente al incrementar los años de vida ajustados por discapacidad en la población y pueden reducir hasta en 60% (independientemente del riesgo preoperatorio) la sobrevivencia del paciente a largo plazo; además, este tipo de infecciones promueve la aparición de bacterias multirresistentes a antibióticos (Barrido, De la Torre y Ponce, 2013).

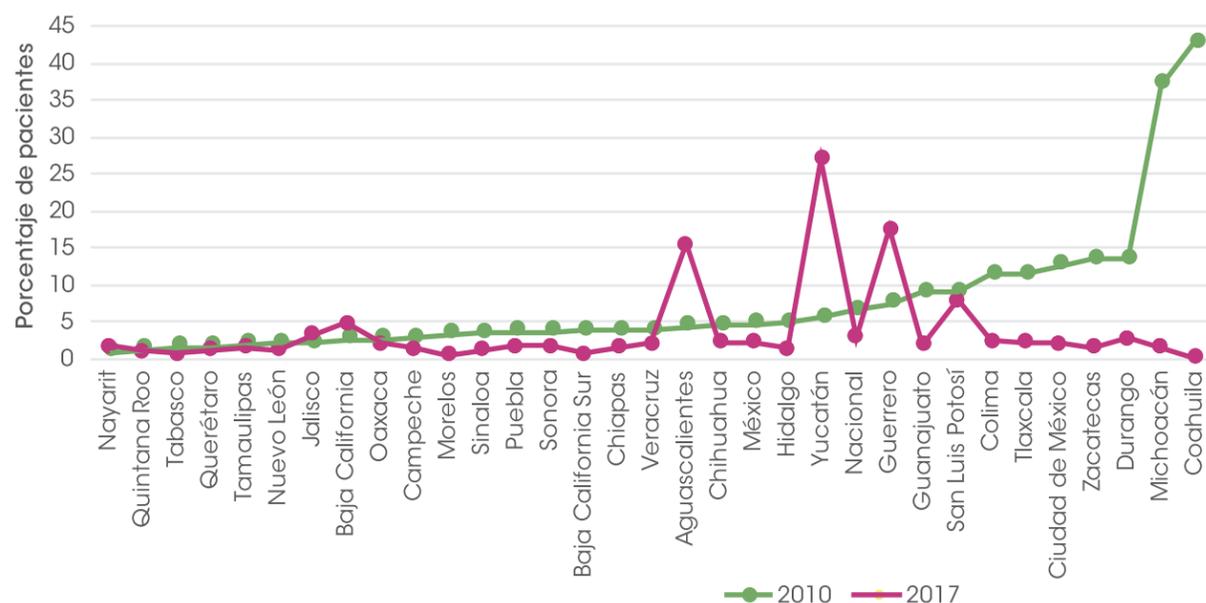
En 2017, la tasa de infección nosocomial en México fue de 16 casos por cada 100 egresos (SS, 2017e). En este año, el número de casos registrados estuvo por debajo del estándar nacional propuesto por el Indicas (25 casos por cada 100); sin embargo, es posible notar que las cifras reportadas se alejan del estándar planteado en el Prosesa 2007-2012,³⁰ el cual propone como objetivo que este tipo de infecciones no debía ser mayor de seis por cada 100 egresos. En este sentido, es aconsejable mantener las tasas de infecciones

nosocomiales en niveles por debajo de las recomendaciones dado el impacto estimado de estas afecciones; por ejemplo, en 2002 se registraron 99,000 muertes atribuibles a estas infecciones y un impacto económico estimado en 6.5 billones de dólares, en 2004, tan solo en los Estados Unidos (OMS, s.f.).

Para complementar lo anterior, se seleccionó el porcentaje de pacientes que desarrollaron alguna infección nosocomial respecto al total de pacientes que egresaron en los años 2010 y 2017. El reporte correspondiente al tercer cuatrimestre de 2010 muestra que el porcentaje de estos pacientes fue de 6.7%; para ese mismo cuatrimestre de 2017, el promedio fue de 3%. Al contrastar el indicador con el estándar planteado en el Prosesa 2007-2012, se advierte que, en 2010, el promedio estuvo ligeramente sobre el estándar propuesto (6%), mientras que, en 2017, se situó por debajo de este; sin embargo, al analizar esta información por entidad federativa, surgen variaciones muy significativas entre estas, como Coahuila, que pasó de 42.8% en 2010 a 0.2% en 2017, y Michoacán, al pasar de 37.1 a 1.7% en estos mismos años. De manera inversa, se observa un incremento en tres entidades federativas de 2010 a 2017: Aguascalientes, Guerrero y Yucatán, que pasaron de 4.3 a 15.5%, de 7.4 a 17.6% y de 5.6 a 27.1%, respectivamente (ver gráfica 28).

³⁰ Se consideró la pertinencia de la meta planteada en el Prosesa de 2007-2012 debido a la falta de una referencia más actual y a la ausencia de una meta orientada a este fin en el Prosesa 20013-2018.

Gráfica 28. Porcentaje de personas que egresaron del hospital y desarrollaron una infección nosocomial con respecto al total de egresos, III cuatrimestre de 2010 y 2017



Fuente: Elaboración propia con base en el Indicas, III cuatrimestre, 2010 y 2017 (SS, 2017e).

En cuanto al comportamiento del indicador por institución de salud, en el tercer cuatrimestre de 2017, el ISSSTE fue la institución que reportó un porcentaje más alto de infecciones nosocomiales en relación con sus egresos (11.3%); a pesar de ello, todas las instituciones, incluido el ISSSTE, estuvieron por debajo del estándar de 15% (SS, 2017e).

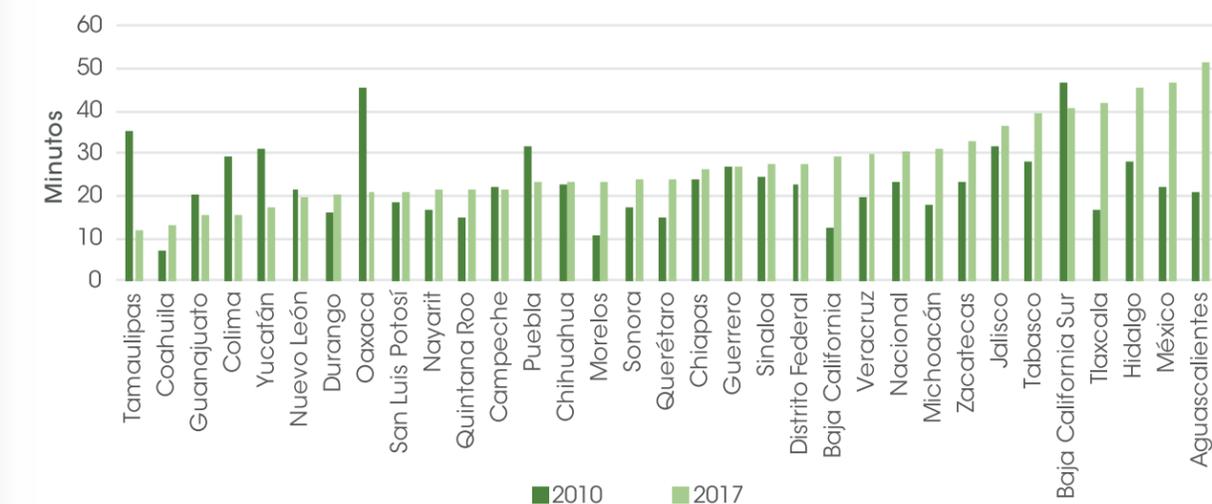
Otro indicador que permite aproximarse a la seguridad del paciente en cuanto a la oportunidad en su atención es el tiempo de espera en sala de urgencias, ya que un retraso en el servicio puede poner incluso en riesgo la vida.³¹ Siguiendo el mismo criterio usado con los indicadores anteriores, se seleccionó el tercer cuatrimestre del 2010 como base y el tercer

cuatrimestre de 2017 para comparar. En 2010, el promedio de tiempo para recibir consulta en la sala de urgencias a nivel nacional fue de 23.4 minutos, y en 2017 se incrementó a 30.2 minutos; en ambos años, el tiempo de espera se posicionó por encima del estándar propuesto por el Indicas (15 minutos).

Al desagregar la información por entidad federativa, surgen diferencias entre estados; por ejemplo, Tlaxcala, Hidalgo, Estado de México y Aguascalientes aumentaron en forma sustancial sus tiempos de espera, mientras que Tamaulipas y Oaxaca registraron una mayor caída en este indicador (ver gráfica 29) (SS, 2017e).

31 Este indicador muestra la rapidez con la que una persona que asiste a un servicio de urgencia recibe atención una vez que llega a este, sin tomar en cuenta la capacidad resolutive o calidad de esta. Igualmente importante es anotar que el reporte del tiempo de espera promedio envuelve factores subjetivos de la persona y puede ser influido por factores diferentes a la propia medida de tiempo.

Gráfica 29. Tiempo promedio en minutos para recibir consulta en urgencias por estados, III cuatrimestre de 2010 y 2017

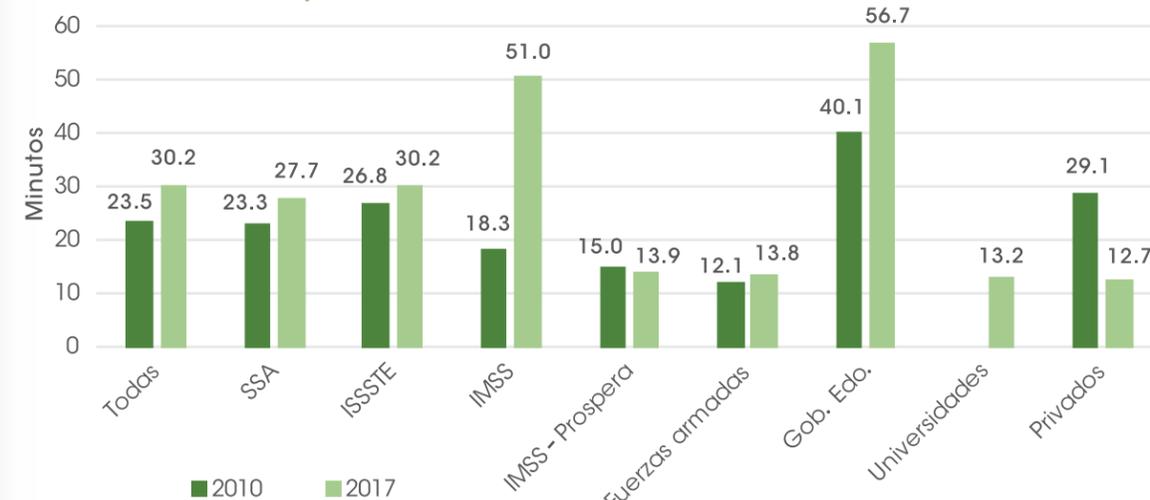


Fuente: Elaboración propia con base en el Indicas, III cuatrimestre, 2010 y 2017 (SS, 2017e).

En cuanto a las instituciones de salud, el IMSS registró el mayor tiempo de espera en 2017 (51 minutos promedio), aunque hay que destacar que prácticamente todas las instituciones públicas, a excepción del IMSS-Prospera,

reportaron incrementos en este indicador; en tanto, el sector privado mejoró sus tiempos, al pasar de 29.07 minutos a 12.7 en el mismo periodo (ver gráfica 30) (SS, 2017e).

Gráfica 30. Tiempo promedio en minutos para recibir consulta en urgencias por institución, III cuatrimestre de 2010 y 2017



Fuente: Elaboración propia con base en el Indicas, III cuatrimestre, 2010 y 2017 (SS, 2017e).
Nota: Pemex no reportó información; universidades no reportó información en 2010.

Otro indicador que permite aproximarse a la calidad en los servicios de salud tanto públicos como privados es el relativo al porcentaje de laudos concluidos con evidencia de mala práctica médica. De 2001 a 2017 hubo un total de 518 laudos concluidos con evidencia de mala práctica, que constituye el 51.6% de los 1,003 laudos concluidos en el periodo. El comportamiento del indicador se mostró muy irregular, con una tendencia casi constante a la baja a partir de 2011; sin embargo, no ha habido una tendencia incremental sostenida ni en las resoluciones de mala práctica ni tampoco en el número de laudos que se concluyen cada año (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2018).

De igual forma, el indicador de porcentaje de laudos emitidos provenientes del sector público según la evaluación del acto médico (evidencia de mala práctica), en relación con el total de laudos en el sector público, distingue evidencia de una tendencia sostenida en el indicador de 2001 a 2017. El total de laudos concluidos en el periodo fue de 440 para el sector público; de estos, 242 fueron resueltos con evidencia de mala práctica, esto es, el 55% de los casos.

En el sector privado, el porcentaje de laudos provenientes de este sector según la evaluación del acto médico, en relación con el total de laudos presentados (563), se encontraron 276 resueltos con evidencia de mala práctica; esto representa el 49% de todos los casos concluidos de 2001 a 2017 (Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2018).

La medición de la calidad de los servicios presenta grandes y diversos retos; entre estos, la cualidad subjetiva de los juicios emitidos por los receptores de los servicios; de ahí la importancia de contar con parámetros que sirvan de indicadores y permitan establecer un horizonte entre lo esperado y lo concedido para medir la brecha y determinar el progreso, o no, más allá de las percepciones relativas de los usuarios.

Efectividad

Este término refiere una cualidad indispensable de todo servicio de atención médica; se entiende que, para ser efectivo, un servicio de salud debe "prestar servicios basados en conocimientos científicos a todos aquellos que se puedan beneficiar y abstenerse de ofrecerlos a las personas que tienen pocas probabilidades de recibir un beneficio". Es el grado en el cual una mejora posible en la condición de salud es, *de facto*, obtenida (OCDE, 2006).

La efectividad de los servicios que presta una institución refleja la influencia general que tiene el servicio o la institución en el desarrollo sanitario y socioeconómico asociado con la salud. La medición de la efectividad "... identifica los cambios necesarios de orientación de los programas de salud, de manera que contribuyan más al desarrollo general del sector de la salud y del socioeconómico" (Hernández y Alcántara, 2015).

Dentro de los criterios de efectividad, se consideran también los efectos negativos, los cuales están íntimamente ligados a los efectos

que producen en la sociedad las acciones o la falta de los servicios de salud.

Para plantear de manera adecuada los retos que el Sistema Nacional de Salud enfrenta en términos de efectividad, es necesario presentar un breve bosquejo del perfil epidemiológico de la población mexicana.

Al respecto, en 2016, las enfermedades isquémicas del corazón y la *diabetes mellitus*

fueron las principales causas de muerte en el país, seguidas de los tumores malignos, que afectan sobre todo a la población de 20 años y más. Al comparar las 10 principales causas de muerte en 2005 y 2016, se observa que las primeras tres causas fueron iguales para ambos años (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Principales causas de mortalidad, 2005 y 2016

2005				2016			
Causa	Lugar	Total de defunciones	Porcentaje de defunciones con respecto del total	Causa	Lugar	Total de defunciones	Porcentaje de defunciones con respecto del total
Enfermedades del corazón	1	81,242	16.4	Enfermedades del corazón	1	136,342	19.9
<i>Diabetes mellitus</i>	2	67,159	13.6	<i>Diabetes mellitus</i>	2	105,572	15.4
Tumores malignos	3	63,128	12.7	Tumores malignos	3	82,502	12.0
Accidentes	4	35,854	7.2	Enfermedades del hígado	4	38,755	5.7
Enfermedades del hígado	5	30,254	6.1	Accidentes	5	37,418	5.5
Enfermedades cerebrovasculares	6	27,398	5.5	Enfermedades cerebrovasculares	6	34,782	5.1
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7	16,450	3.3	Agresiones (homicidios)	7	24,559	3.6
Enfermedades pulmonares obstructivas crónica, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	8	15,465	3.1	Enfermedades pulmonares obstructivas crónica, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	8	23,271	3.4
Neumonía e influenza	9	13,134	2.7	Neumonía e influenza	9	21,572	3.1
Insuficiencia renal	10	10,250	2.1	Insuficiencia renal	10	13,132	1.9

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2018c).
Nota: Clasificación Internacional de Enfermedades 10/2.

Cuando se analiza este indicador desagregado por sexo, resulta que no hay diferencia en las primeras tres causas de muerte entre hombres y mujeres y con la mortalidad general. Sin embargo, para los hombres, la cuarta causa de muerte fueron los accidentes, mientras que,

para las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares; la quinta causa para los hombres fueron las enfermedades del hígado y para las mujeres, las enfermedades pulmonares obstructivas (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Principales causas de mortalidad en hombres y mujeres, 2016

HOMBRES			MUJERES		
Causa	Lugar	Total de defunciones	Causa	Lugar	Total de defunciones
Enfermedades isquémicas del corazón	1	72,314	Enfermedades isquémicas del corazón	1	64,005
Diabetes mellitus	2	51,724	Diabetes mellitus	2	53,847
Tumores malignos	3	40,439	Tumores malignos	3	42,062
Accidentes	4	28,516	Enfermedades cerebrovasculares	4	17,887
Enfermedades del hígado	5	28,232	Enfermedades pulmonares obstructivas crónica, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	5	11,122

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2018c).
Nota: Clasificación Internacional de Enfermedades 10/2.

Cuando se examinan las causas de mortalidad más importantes por diferentes grupos de edad, en 2016, se observa la variabilidad de estas de acuerdo con cada grupo. La principal causa de mortalidad infantil (menores de un año) son las afecciones originadas en el periodo perinatal; los accidentes concentran

la mayoría de los decesos entre el grupo de 1 a 19 años, mientras que las agresiones (homicidios) lo son para el grupo de 20 a 39 años. La diabetes fue la principal causa entre los adultos de 40 a 64 años y las del corazón en las personas de 65 y más años (ver cuadro 10).

Cuadro 10. Principales causas de mortalidad por grupos de edad, 2016

GRUPO DE EDAD	CAUSAS DE MORTALIDAD	TOTAL DE DEFUNCIONES
Menores de 1 año	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	12,641
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,117
	Accidentes	1,063

GRUPO DE EDAD	CAUSAS DE MORTALIDAD	TOTAL DE DEFUNCIONES
1 a 4 años	Accidentes	1,052
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	901
	Neumonía e influenza	500
5 a 9 años	Accidentes	586
	Tumores malignos	506
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	248
10 a 19 años	Accidentes	3,777
	Tumores malignos	1,249
	Agresiones (homicidios)	996
20 a 39 años	Agresiones (homicidios)	13,295
	Accidentes	11,822
	Tumores malignos	5,307
40 a 64 años	Diabetes mellitus	38,338
	Tumores malignos	29,424
	Enfermedades del corazón	26,648
65 años y más	Enfermedades del corazón	103,209
	Diabetes mellitus	64,720
	Tumores malignos	45,535

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2018c).
Nota: Clasificación Internacional de Enfermedades 10/2.

En cuanto a las principales causas de mortalidad general, en el país la tendencia de la mortalidad por isquemia cardiaca continúa siendo de ascenso gradual. Entre 2000 y 2013, la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón aumentó más del 45%, al pasar de 43.5 muertes por 100,000 habitantes en 2000 a 63.3 en 2013 (SS, 2015c).

Para medir la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, la OCDE realiza estandarizaciones por grupos de edad. En 2012, México tenía una tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, estandarizada por grupo de edad para cada 100,000 habitantes de 272.9; se ubicaba por debajo del promedio de la OCDE (2014), que en ese mismo año fue de 296.4.

Aunque México se encuentra por debajo del estándar internacional, la tendencia histórica creciente del indicador requiere ser atendida con prioridad. Esto puede ser una muestra de la falta de continuidad en la atención proporcionada por los servicios de salud en México, atributo indispensable para la atención efectiva. De igual forma, esta tendencia puede revelar una posible falta de corresponsabilidad de la población, al no emprender acciones de prevención primaria o secundaria para el autocuidado de su salud ni acudir a revisiones periódicas con el médico.

Entre los países de la OCDE (2018b), México reporta la mayor tasa de mortalidad 30 días después de un evento cerebrovascular: 19.2 muertes por cada 100 hospitalizaciones en 2015 (8.2 promedio OCDE). La tasa de mortalidad a los 30 días por infarto agudo al miocardio también fue la más alta en este grupo de países (28.2 muertes), casi cuatro veces el promedio de 7.5 por cada 100 ingresos. Las altas tasas de mortalidad en este par de indicadores elevan las señales de alerta, porque entre las causas posibles se encuentran las deficiencias en el proceso de atención, ya sea que el paciente no esté recibiendo el tratamiento más indicado para su condición o no lo

esté recibiendo con la oportunidad necesaria (OCDE, 2018b).

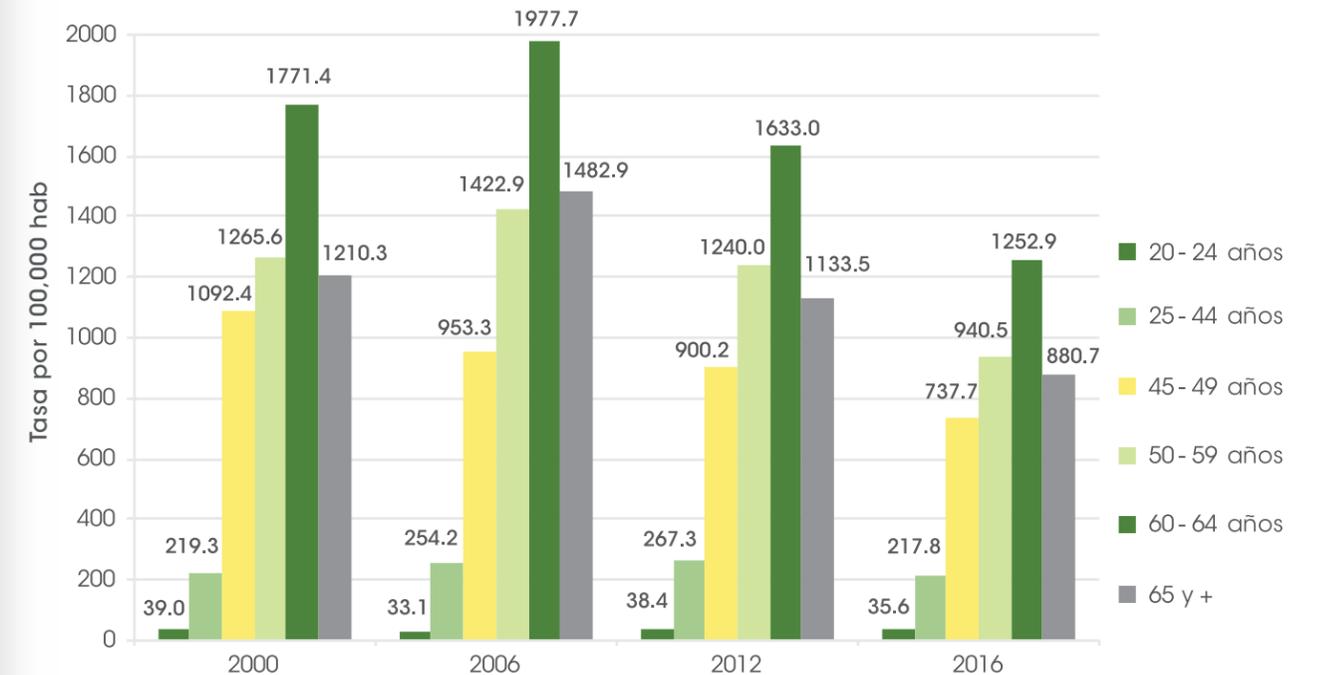
Por su parte, la *diabetes mellitus* representa uno de los principales retos en materia de salud para el país, debido a su magnitud y frecuencia y a su aparición a edades cada vez más tempranas. Si bien la OMS (2017b) estima que la *diabetes mellitus* será la séptima causa de mortalidad a nivel mundial en 2030, en México, como ya se mencionó, es la segunda, solo por debajo de las enfermedades del corazón, así como la principal causa de muerte en el grupo de personas entre los 15 y 64 años (SS, 2018a).

De acuerdo con organismos internacionales como la Federación Internacional de Diabetes y la OMS, la diabetes es una de las principales epidemias en el mundo. Las principales secuelas asociadas a complicaciones producidas por diabetes son ceguera, insuficiencia renal, infarto del miocardio, accidente cerebrovascular o amputación de los miembros inferiores.

En 2016, la aparición de nuevos casos de *diabetes mellitus* tipo II³² se dio sobre todo en el grupo de adultos entre 60 y 64 años, seguido por el de 50 a 59 años y el de 45 a 49 años (ver gráfica 31).

³²Para analizar la evolución de la *diabetes mellitus* tipo II (no insulino dependiente), se revisó información relativa a la tasa de incidencia del Sistema Único de Información para Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, que, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 recibe, en forma obligatoria, datos de todas las unidades médicas que son parte del Sistema Nacional de Salud y de cualquier otro organismo, dependencia o persona que genere información sobre algún padecimiento, evento o situación sujeto a vigilancia epidemiológica. En algunos casos, se usan datos agregados para los dos tipos de *diabetes mellitus* no obstante que aproximadamente el 90% de los casos corresponden al tipo II (Federación Internacional de Diabetes, 2015; OMS, 2017b).

Gráfica 31. Tasa de incidencia de *diabetes mellitus* tipo II, por grupos de edad, 2000-2016



Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2017a).
Nota: Tasa por 100,000 habitantes.

La tasa de incidencia de *diabetes mellitus* tipo II es mayor entre las mujeres que en los hombres (ver cuadro 11).

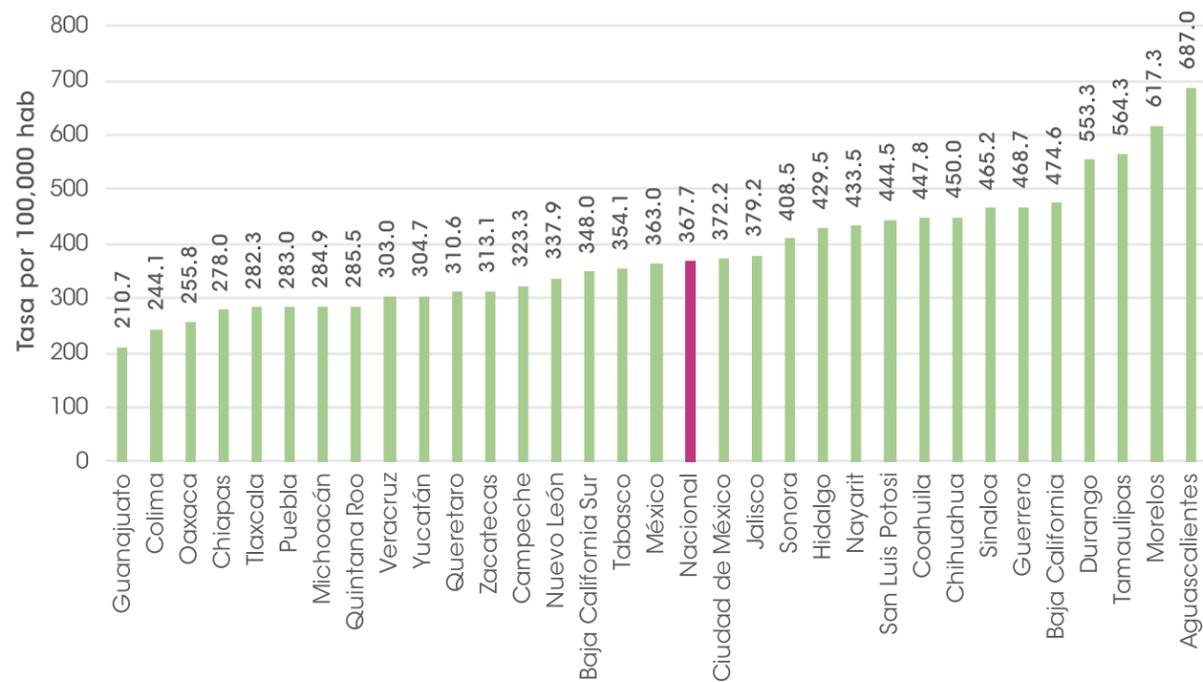
Cuadro 11. Tasa de incidencia de *diabetes mellitus* tipo II, por sexo, 2006-2016

AÑO	HOMBRE	MUJER	TOTAL
2006	285.9	446.6	366.8
2012	304.3	410.9	358.8
2016	318.4	413.7	367.7

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2017a).
Nota: Incidencia por 100,000 habitantes mayores de 10 años.

Por desagregación geográfica, la mayor incidencia de *diabetes mellitus* (por cada 100,000 habitantes) se da en Aguascalientes (687), Morelos (617.3), Tamaulipas (564.3), Durango (553.3) y Baja California (474.6). Por su parte, las menores incidencias se encuentran en Guanajuato (210.7), Colima (244.1), Oaxaca (255.8), Chiapas (278), Tlaxcala (282.3) y Puebla (283), ubicados del centro al sur del país (ver gráfica 32) (SS, 2017a).

Gráfica 32. Tasa de incidencia de *diabetes mellitus* tipo II por entidad federativa, 2016



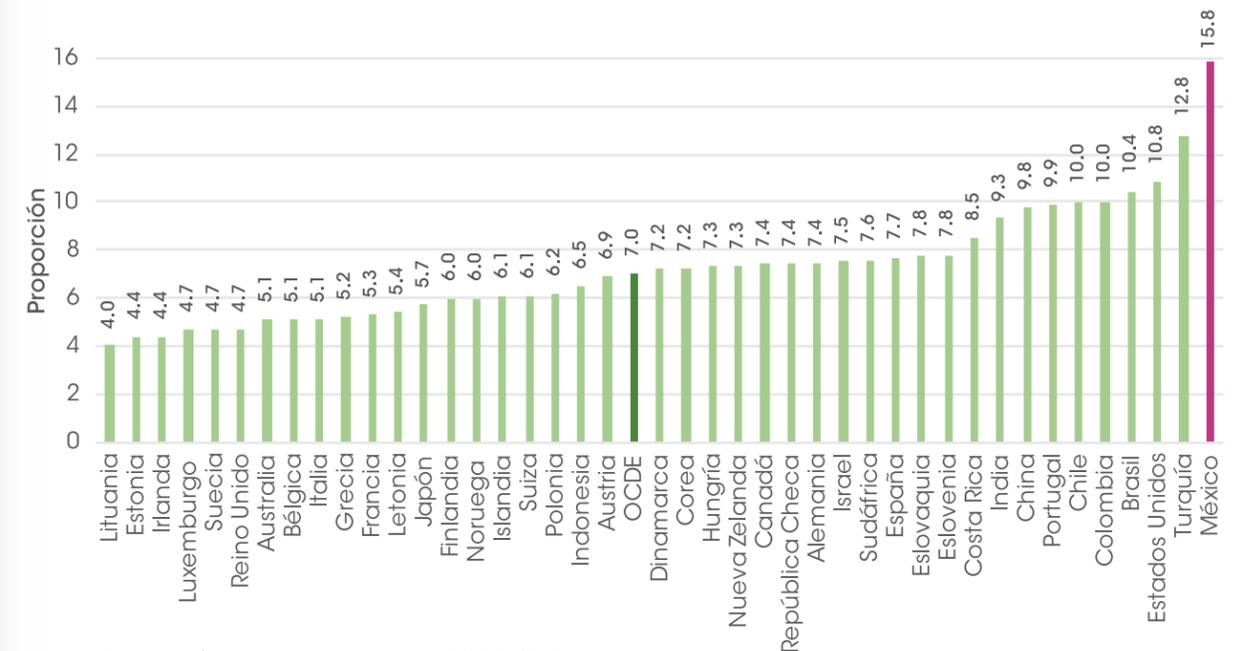
Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2017a).
Nota: Incidencia por 100,000 habitantes mayores de 10 años.

En México, a partir del 2000, la incidencia por cada 100,000 habitantes de *diabetes mellitus* tipo II ha estado por encima de 280 (SS, 2017a). En el caso de la prevalencia de diabetes entre adultos, esta pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016 a nivel nacional (INSP, 2016).

En 2015, México ocupaba el sexto lugar mundial en el número de personas de 20 a 79 años con diabetes (Federación Internacional de Diabetes, 2015) y el primero entre los

países miembros de la OCDE (ver gráfica 33); esto representa un grave problema de salud pública en el país y, a su vez, presiona fuertemente el uso de recursos del sistema de salud. Al respecto, los gastos dedicados al tratamiento de la diabetes y las complicaciones asociadas a esta representaron, en 2015, 12% del total del gasto mundial en servicios de salud (Federación Internacional de Diabetes, 2015).

Gráfica 33. Proporción de adultos con *diabetes mellitus* en países de la OCDE, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2017a).
Nota: Los datos cubren a las personas entre 20 y 79 años diagnosticadas con diabetes tipo 1 o tipo 2.

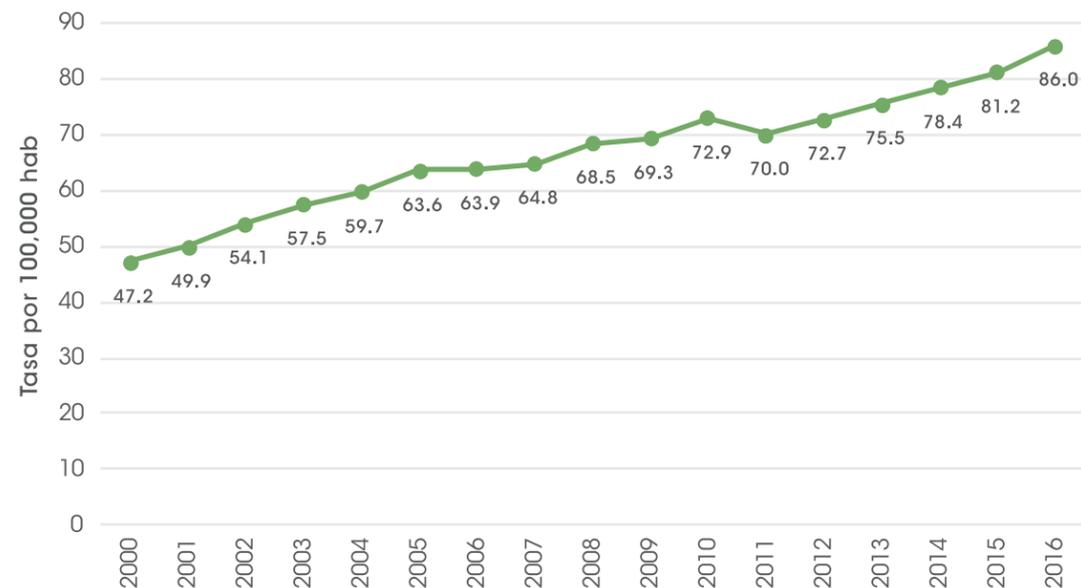
Otro dato que da cuenta de la gravedad de esta situación es la tasa de mortalidad por *diabetes mellitus* tipo II que, en el caso de México, casi se ha duplicado en los últimos 15 años, al pasar de 47.2 muertes por cada 100,000 habitantes en el 2000 a una tasa de 86 en 2016 (ver gráfica 34).

La *diabetes mellitus* fue la principal causa de mortalidad entre las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria en 2014 (47.8%). Las hospitalizaciones y muertes por condiciones evitables sensibles a atención primaria se concentran en el grupo

de adultos y adultos mayores, quienes son los más afectados por la *diabetes mellitus*, lo que representa una importante carga de la enfermedad, discapacidad y muerte desde edades tempranas (Agudelo, Gutiérrez, Murillo y Giraldo, 2017).

Para 2013, la carga económica de la diabetes se estimó en 362,859.82 millones de pesos, 2.25% del PIB de ese mismo año. Este monto es mayor que el crecimiento real anual de la economía mexicana registrado por el INEGI al cierre del 2014 (2.1%) (Barraza-Lloréns et al., 2015).

Gráfica 34. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo II, 2000-2016



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud (2018c) y el Conapo (2018).
Nota: Tasa por 100,000 habitantes.

Estas enfermedades tienen como factor de riesgo común el sobrepeso y la obesidad,³³ y se han convertido en un serio problema de salud pública en el mundo, no solo por el deterioro que ocasiona en la calidad de vida, sino también por el aumento en la incidencia de las múltiples enfermedades no transmisibles asociadas a estas.³⁴

A nivel mundial, la OMS estima que, en 2016, más de 1,900 millones (39%) de personas adultas de 18 o más años presentaban sobrepeso (39% de los hombres y 40% de las mujeres) y 650 millones (13%), obesidad (11% de los hombres y 15% de las mujeres) (OMS, 2017c).

En 2016, México ocupaba el primer lugar entre los países miembros de la OCDE en el

33 El sobrepeso es un determinante relevante en la incidencia de enfermedades no transmisibles como son la diabetes mellitus tipo II (no insulino dependiente), enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y accidentes cerebrovasculares), además de que incrementa el riesgo de padecer cáncer (hígado, vesícula biliar, riñones, colon, mama, ovarios, endometrio, próstata), enfermedades de la vesícula, trastornos músculo esqueléticos (como la osteoartritis) y respiratorios (OMS, 2017c).

34 Un índice de masa muscular (IMC) mayor o igual a 25 indica sobrepeso y un IMC a partir de 30 refleja obesidad de acuerdo con la OMS. El IMC es una medida estandarizada internacionalmente que permite comparaciones; sin embargo, un mismo valor del IMC no necesariamente corresponde al mismo grado de sobrepeso u obesidad entre las personas, debido a las diferencias entre las proporciones del cuerpo, además de no distinguirse entre el sexo o la edad de las personas.

porcentaje de personas adultas con sobrepeso y obesidad (72.5%), incluso sobrepasaba a Estados Unidos (70.1% en 2014), Nueva Zelanda (66.8% en 2016) y Australia (63.4% en 2014) (OCDE, 2017a).

Al desagregar la información por sexo, se observa que, en 2016, la prevalencia de sobre-

peso y obesidad entre los adultos es mayor en las mujeres que en los hombres (75.6% entre 69.4%), lo que coloca a las mujeres en un mayor estado de vulnerabilidad a enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cáncer respecto de los hombres (ver cuadro 12) (INSP, 2016).

Cuadro 12. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos, por sexo, 2012-2016 (porcentaje)

Grupo	2012					
	Sobrepeso	IC95% Sobrepeso	Obesidad	IC 95% Obesidad	Sobrepeso y obesidad	IC 95% Sobrepeso y obesidad
Hombres	42.6	(41.3, 43.8)	26.8	(25.7, 28.0)	69.4	nd
Mujeres	35.5	(23.7, 32.1)	37.5	(36.5, 38.6)	73	nd
Total	38.8	(38.1, 39.6)	32.4	nd	71.2	(70.5, 72.1)

Grupo	2016					
	Sobrepeso	IC95% Sobrepeso	Obesidad	IC 95% Obesidad	Sobrepeso y obesidad	IC 95% Sobrepeso y obesidad
Hombres	41.7	nd	27.7	(23.7, 32.1)	69.4	(65.9, 72.6)
Mujeres	37	nd	38.6	(38.1, 41.2)	75.6	(73.5, 77.5)
Total	39.2	nd	33.3	nd	72.5	(70.8, 74.3)

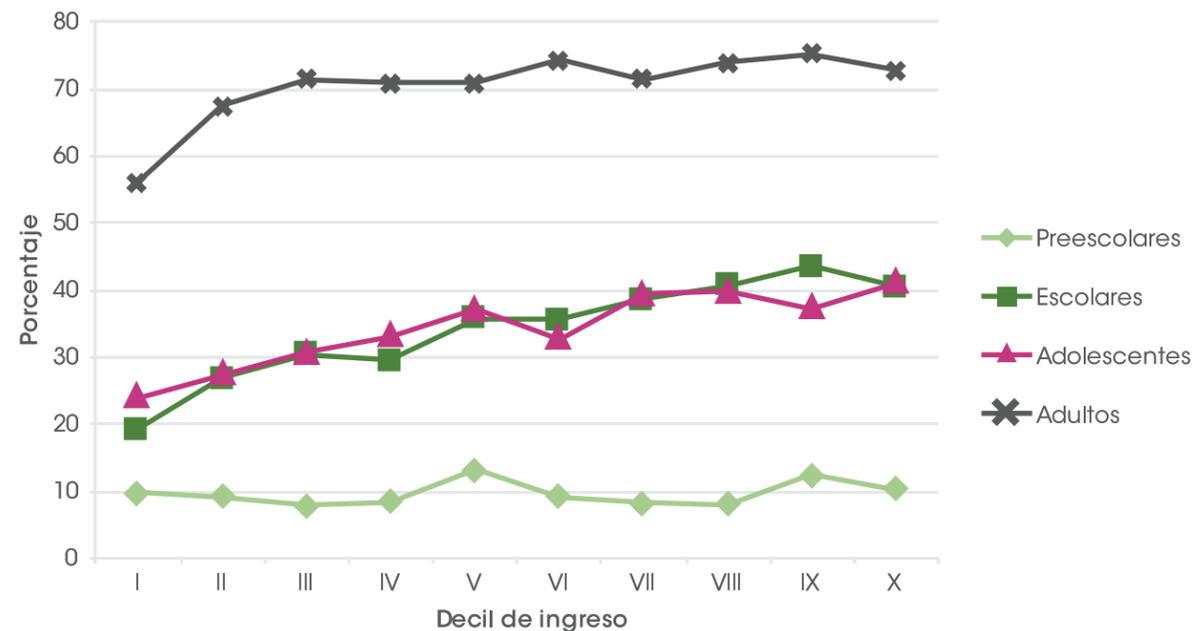
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (INSP, 2012).
nd: no disponible.

Al estratificar el indicador por decil de ingreso, en 2012, el problema está presente de forma casi homogénea en la población de adultos mayores de 20 años (a excepción del decil 1), sin distinguirse una relación lineal franca entre

el ingreso y la obesidad y el sobrepeso. Los resultados exponen variaciones entre grupos etarios y dependiendo del indicador de nivel socioeconómico. Mientras que los preescolares no muestran una tendencia clara, para escolares

y adolescentes existe una relación positiva entre nivel de ingreso y mayor prevalencia de estas condiciones, aunque este comportamiento no es sin variabilidad, por lo que sigue siendo relativamente débil (ver gráfica 35).

Gráfica 35. Prevalencia de sobrepeso y obesidad por decil de ingreso para diferentes grupos etarios, 2012



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (INSP, 2012).

De acuerdo con la OMS, en el mundo existe una mayor cantidad de personas obesas que con peso por debajo del normal, lo que se verifica también en el caso mexicano. A manera de ejemplo, en 2012, a nivel nacional, 2.8% de los niños menores de 5 años presentaban bajo peso, mientras que el 9.9% de los niños preescolares tenían sobrepeso (311.5 mil niños con bajo peso contra 1.08 millones con sobrepeso) (INSP, 2012). En la actualidad, México es uno de los países del mundo con mayores índices

de obesidad infantil: uno de cada tres niños tiene sobrepeso o es obeso (OCDE, 2016).

Aunque es reconocida la multiplicidad de factores que contribuyen al desarrollo de estas condiciones, como la genética o la alimentación de mala calidad, tema que se aborda con mayor detalle en otro documento,³⁵ el sedentarismo forma parte importante de estos factores; al respecto, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INSP, 2016) arrojan que únicamente 17.2% de la población de

³⁵ Para más información, consultar el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Alimentación Nutritiva y de Calidad en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Estudio_Diag_Alim_2018.pdf

entre 10 y 14 años se consideran activos físicamente, al realizar al menos 60 minutos de actividad física de moderada a vigorosa los siete días de la semana. Destaca que los niños son más activos (21.8%) que las niñas (12.7%). En términos de hábitos sedentarios, la prevalencia de escolares que pasan menos de dos horas al día frente a pantalla transitó de 28.3 a 22.7% entre 2006 y 2016, lo que representa un retroceso; en este último año, la proporción de escolares con hábitos sedentarios fue menor en niños que en niñas, 21.0 y 24.4%, en ese orden (INSP, 2006; INSP, 2016).

Entre los adolescentes (15 a 19 años) la prevalencia de actividad física suficiente³⁶ aumentó de 56.7 a 60.5% entre 2012 y 2016; para este último año, fue mayor en hombres que en mujeres (69.9 y 51.2%, respectivamente) (INSP, 2012; INSP, 2016). La proporción de adolescentes con un tiempo frente a pantalla de dos horas o menos al día pasó de 27.1 a 21.4% de 2006 a 2016, situación que indica que en ambos grupos tanto hombres como mujeres están dedicando más tiempo a estar frente a la pantalla (INSP, 2006; INSP, 2016).

Finalmente, el porcentaje de adultos (de 20 a 69 años) que no cumple con la recomendación de actividad física de la OMS³⁷ disminuyó ligeramente del 16.0 al 14.4% de 2012 a 2016, y fue muy similar entre hombres y mujeres (INSP, 2012; INSP, 2016). De igual forma, la

prevalencia de adultos que pasan menos de dos horas al día frente a la pantalla pasó de 51.4% en 2012³⁸ a 44.5% en 2016, y fue mayor en mujeres que en hombres (49.9 y 38.5%, en ese orden) (INSP, 2016).

En 2014, el costo directo generado por la atención médica del sobrepeso y la obesidad y sus comorbilidades asociadas se estimó en 151,894 millones de pesos, equivalente a 34% del gasto total en atención médica y 0.9% del PIB de ese año. Por otro lado, el costo indirecto se estimó en 71,669 millones de pesos, que representan el 0.4% del PIB de 2014. Estas estimaciones indican que, sin una intervención oportuna de prevención y control de la obesidad y sus comorbilidades, los costos asociados al tratamiento de estas enfermedades y sus comorbilidades podrían incrementarse en 17% (costos directos) y 15% (costos indirectos) (SS, 2015d).

El aumento en la prevalencia de *diabetes mellitus* y otras enfermedades crónicas a causa del sobrepeso y la obesidad tienen un impacto negativo en la economía del país, entre otras razones, por el alto costo de su tratamiento y su afectación a la calidad de vida de las personas, lo que implica una alta carga financiera al Sistema Nacional de Salud, y la pérdida de productividad laboral, que impone costos al sector empresarial; por ello, la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad debe

³⁶ Definida como 420 minutos a la semana de actividad moderada-vigorosa.

³⁷ Para los adultos de 18 a 64 años, la OMS recomienda que dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o bien, 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

³⁸ No se levantó esta información para este grupo en 2006.

incorporarse de manera prioritaria como parte de la política de desarrollo social de México.

Ahora bien, respecto a los tumores malignos, que constituyeron la tercera causa de mortalidad tanto en 2005 como en 2016 (como ya se mostró), es necesario precisar que cada entidad patológica consta de características diferenciadas e identificables, así como de una distribución poblacional distinta entre sexos y grupos de edad.

Entre los principales tumores malignos identificables por diferentes grupos de edad, se encontró que, en 2016, para el grupo de 0 a 17 años, las neoplasias malignas de los órganos hematopoyéticos³⁹ presentaron la mayor tasa de mortalidad⁴⁰ (2.41) por ambos sexos (2.66 hombres; 2.15 mujeres). Para el grupo de 18 a 29 años, se sostiene lo anterior como primera causa de muerte y como segunda aparece el cáncer de testículo en hombres (2.19) y el de órganos digestivos en mujeres (0.96). En el grupo de 30 a 59 años, la principal causa de muerte por estas afecciones en las mujeres fueron los tumores en órganos genitales (16.15), la segunda en órganos digestivos (14.51) y la tercera el cáncer de mama (14.36), mientras que para los hombres la primera causa de muerte fueron los tumores en órganos digestivos (16.99), seguidos de los tumores en órganos respiratorios e intratorácicos (4.51) y en tercer lugar los órganos hematopoyéticos (4.06) (SS, 2018c).

Es posible notar que, a partir de este grupo etario, las diferencias en las tasas de mortalidad por diferentes tipos de tumores se disparan entre hombres y mujeres, y estas últimas son las que presentan los números más altos. En el grupo de 60 años o más, las tasas de mortalidad en ambos sexos por causa de tumores malignos crecen de forma sustancial, y es el cáncer de órganos digestivos y de órganos genitales la primera y segunda causa para ambos sexos (167.1 hombres; 140 mujeres; 115.9 mujeres y 58.6 hombres respectivamente); en tercer lugar, se encuentran los tumores de órganos respiratorios e intratorácicos en los hombres (71.1) y el de mama en las mujeres (46.6) (SS, 2018c).

Como un ejemplo de la necesidad de intervención estatal en cuanto a las acciones de promoción del autocuidado, prevención y tratamiento oportuno de estas afecciones, se aborda el caso del cáncer de mama, por ser una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres. La detección oportuna para mejorar el pronóstico y la supervivencia en los casos de cáncer de mama es la piedra angular de la lucha contra esta afección. Lo anterior, porque una parte considerable de los casos que se presentan en los servicios de salud con un grado avanzado de la enfermedad podrían haberse evitado mediante estrategias preventivas, como la realización periódica de estudios de tamizaje, situación

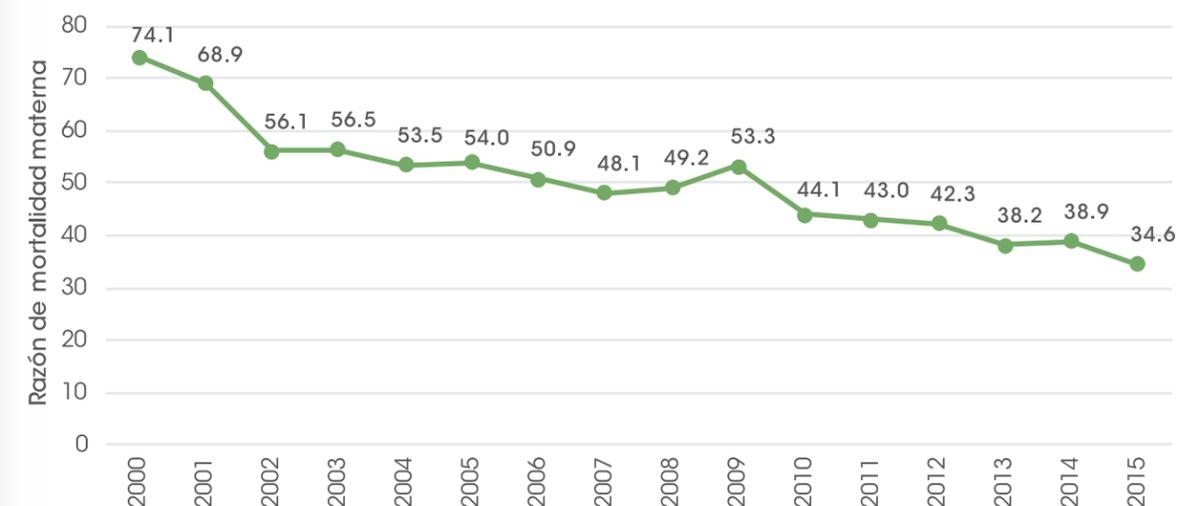
que nuestro país aún está muy lejos de alcanzar en cuanto a los estándares internacionales. De acuerdo con datos de la OCDE (2017a), las tasas de tamizaje mamario en México son inferiores a 20%, mientras que el promedio de este grupo de países es de 60%.

Otro indicador clave para medir el desempeño de los servicios de salud es la RMM por cada 100,000 nacidos vivos. Este indicador es uno de los más utilizados a nivel internacional, porque, de manera indirecta, aporta información sobre aspectos de equidad social, cobertura y calidad de los servicios de atención médica (OMS, 2016); las principales complicaciones causantes de 80% de las muertes maternas son hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional y abortos realizados en condiciones inseguras. Muchas de estas muertes suceden en países de bajos ingresos, y las adolescentes

y mujeres en condiciones de vulnerabilidad son las de mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.

De acuerdo con el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019, la meta a nivel regional por alcanzar en 2019 es de 43.6 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos; este valor se logró a nivel nacional desde 2011, año en que este indicador registró 43 defunciones por causas maternas por 100,000 nacidos vivos (Organización Panamericana de la Salud y OMS, 2014). Sin embargo, la meta comprometida por México para los ODM era observar una RMM de 22.2 defunciones por causas maternas por cada 100,000 nacidos vivos, la cual no fue alcanzada al registrarse para ese año una RMM de 34.6 defunciones por causas maternas por cada 100,000 nacidos vivos (ver gráfica 36).

Gráfica 36. Razón de mortalidad materna (defunciones por causas maternas por 100,000 nacidos vivos), México, 2000-2015



Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2016).
Nota: Defunciones de mujeres por causas maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

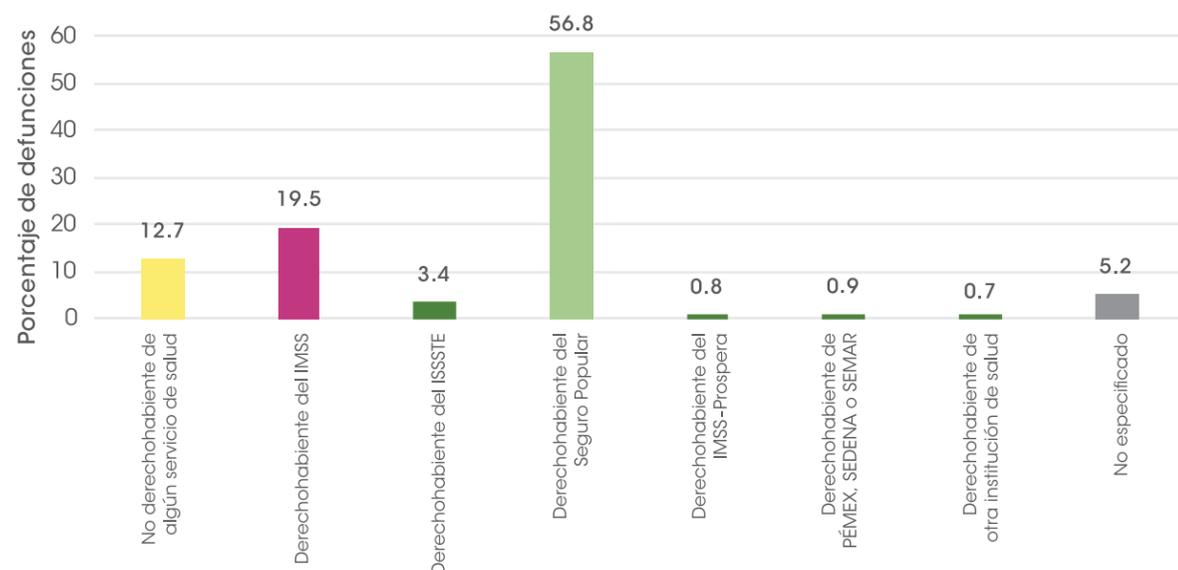
³⁹De acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Excluye defunciones con residencia habitual en el extranjero y edad no especificada.

⁴⁰Por cada 100,000 habitantes.

En cuanto a la distribución de la mortalidad materna por grupos de edad, en 2014, 23.3% de esta se presentó en el grupo de 19 a 24 años, seguido del grupo de 20 a 34 años, con el 22.7%. Del total de muertes registradas ese

mismo año (872), 495 mujeres estaban afiliadas al Seguro Popular, 170 al IMSS y 111 se reportaron como no derechohabientes de algún servicio de salud (ver gráfica 37) (Presidencia de la República, 2016).

Gráfica 37. Distribución relativa a las defunciones maternas según institución de afiliación en salud, México, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2016).

La mortalidad en la niñez está relacionada, entre otros factores, con las condiciones de sanidad y nutrición en el hogar, la pobreza, la desigualdad social entre regiones, y el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con la OMS (2016b), más de la mitad de las defunciones de niños menores de cinco años se deben a enfermedades que pueden evitarse tratándose con intervenciones simples y asequibles.

La tasa de mortalidad en menores de cinco años, en el periodo 2000-2013, se redujo, de 25 a 15.7 muertes, lo cual representa un decremento del 37%. La tasa de variación promedio anual fue del -3.5% (SS, 2016b).

En comparación con estadísticas mundiales, el escenario mexicano es favorable, ya que, a nivel mundial, la tasa de mortalidad en menores de cinco años en 2015 fue de 43

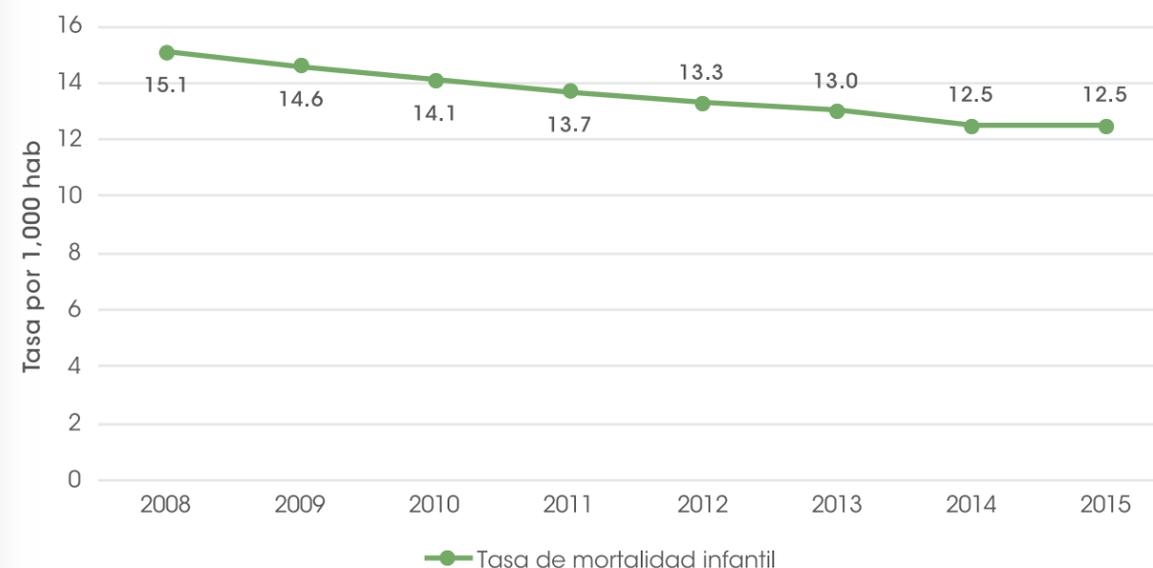
muertes por cada 1,000 nacidos vivos (OMS, 2016b). La disminución de la mortalidad en niños menores de cinco años es uno de los grandes éxitos de la salud pública en México. Actualmente, más de la mitad de las muertes ocurridas antes de los primeros cinco años se concentran en los primeros seis meses de vida (SS, 2015c).

La mortalidad infantil está relacionada con diversos factores económicos y sociales, como el ingreso, la distribución de la riqueza y el nivel

de escolaridad, en particular de la madre (SS, 2015c). Por esta razón, se ha utilizado para evaluar no solo el desempeño de los sistemas de salud, sino también el grado de desarrollo de una sociedad.

En México, entre 2008 y 2015, se registró un descenso casi sostenido en la mortalidad infantil hasta estabilizarse en 2014 y 2015, al pasar de 15.1 a 12.5 muertes por cada 1,000 nacidos vivos (ver gráfica 38).

Gráfica 38. Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos, México, 2008-2015

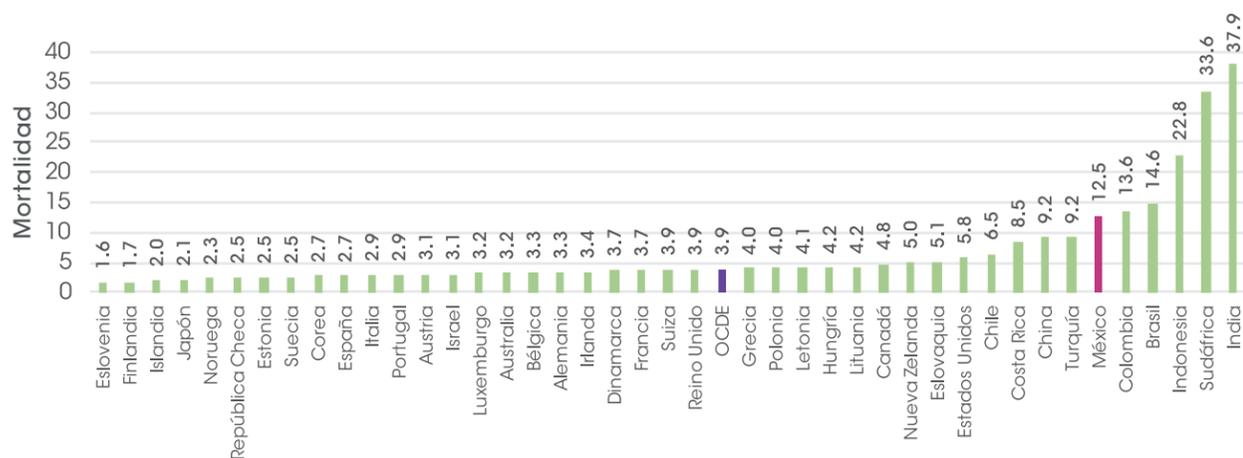


Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2016).

Sin embargo, el indicador quedó por encima del objetivo nacional comprometido en los ODM de 10.8 muertes por cada 1,000 nacidos

vivos y sigue siendo una de las más altas entre los países de la OCDE, cuyo promedio es de 3.9 (ver gráfica 39).

Gráfica 39. Mortalidad infantil en países de la OCDE, 2015



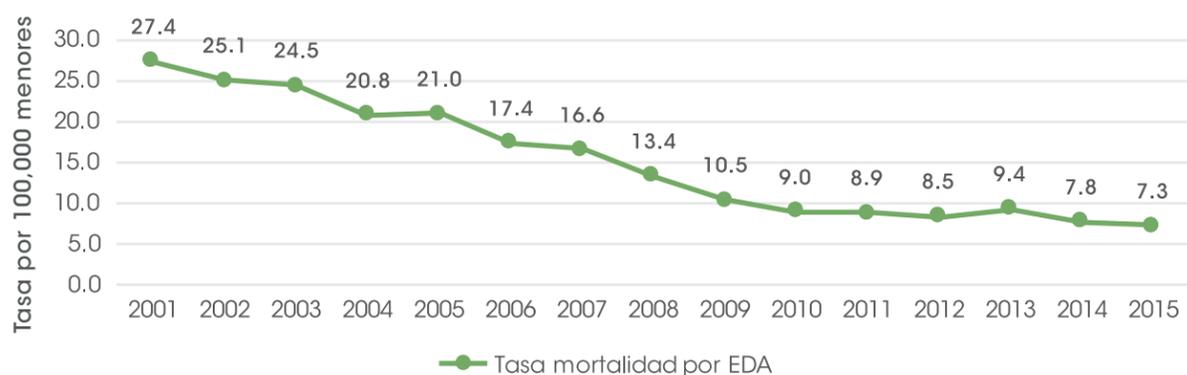
Fuente: Elaboración propia con base en la OCDE (2017a).
Nota: México aparece representado con la barra magenta

La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años es un indicador que mide las condiciones de rezago epidemiológico de un país. De acuerdo con la OMS, las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte en el mundo y pertenecen al tipo de enfermedades que son prevenibles y tratables. Una parte importante de ellas se puede prevenir con el acceso a agua

potable y a servicios adecuados de saneamiento e higiene, aspectos que se miden en esta subdimensión (OMS, 2016a).

El indicador de mortalidad por enfermedades diarreicas muestra un descenso constante en el periodo analizado (2001-2015), ya que pasó de 27.4 en 2001 a 7.3 muertes en menores de cinco años por cada 100,000 nacidos vivos en 2015 en el país (ver gráfica 40).

Gráfica 40. Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedades diarreicas 2001-2015



Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2016).
Nota: Defunciones por cada 100,000 menores de cinco años.

Dos de las estrategias más importantes implementadas para la reducción de la mortalidad por enfermedad diarreica en niños en el país son: el progreso en la infraestructura pública de agua potable y drenaje, el cual, con una mayor cobertura poblacional, ha propiciado una vida más saludable, y la promoción y educación para la salud. La tendencia a la baja de este indicador muestra los impactos positivos en la atención de determinantes sociales relacionadas con la disponibilidad de servicios básicos en los hogares (SS, 2013).

De acuerdo con cifras establecidas por México en los ODM, se definió para 2015 la meta de reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años y, específicamente, la mortalidad por enfermedad diarreica; la meta establecida fue de 7.3 por cada 100,000 menores de cinco años (ONU, 2000), objetivo que se cumplió con puntualidad al colocarse el indicador en 7.3 muertes ese mismo año (2015).

Por último, un indicador que es posible utilizar para ejemplificar la efectividad en términos de "abstenerse de ofrecerlos (servicios médicos) a las personas que tienen pocas probabilidades de recibir un beneficio" es la tasa de cesáreas.

Si bien no existe un consenso aceptado a escala internacional respecto a la tasa de cesárea idónea que dé como resultado una atención obstétrica resolutive, que implicaría la reducción del riesgo de muerte al que están expuestos la mujer o su hijo, y que no

se traduzca en la aplicación excesiva del procedimiento, los profesionales de la salud en el mundo han considerado que una tasa ideal debería oscilar entre 10 y 15% (OMS, 2015a); sin embargo, este ideal se ha visto rebasado, toda vez que, a nivel internacional, los resultados de los servicios de salud reproductiva muestra gran variabilidad; por ejemplo, mientras que en Suiza, Suecia, Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Irlanda e Italia su baja razón de mortalidad materna (menos de 10 defunciones por causas maternas por cada 100,000 nacidos vivos) es acompañada por tasas de cesárea de alrededor de 20 por cada 100 nacimientos, en Colombia, Nicaragua y Perú se observan tasas similares de cesáreas (25, 13 y 15%, en ese orden), pero con RMM sustancialmente mayores (130, 230 y 410%, en ese orden) (Cárdenas, 2014a).

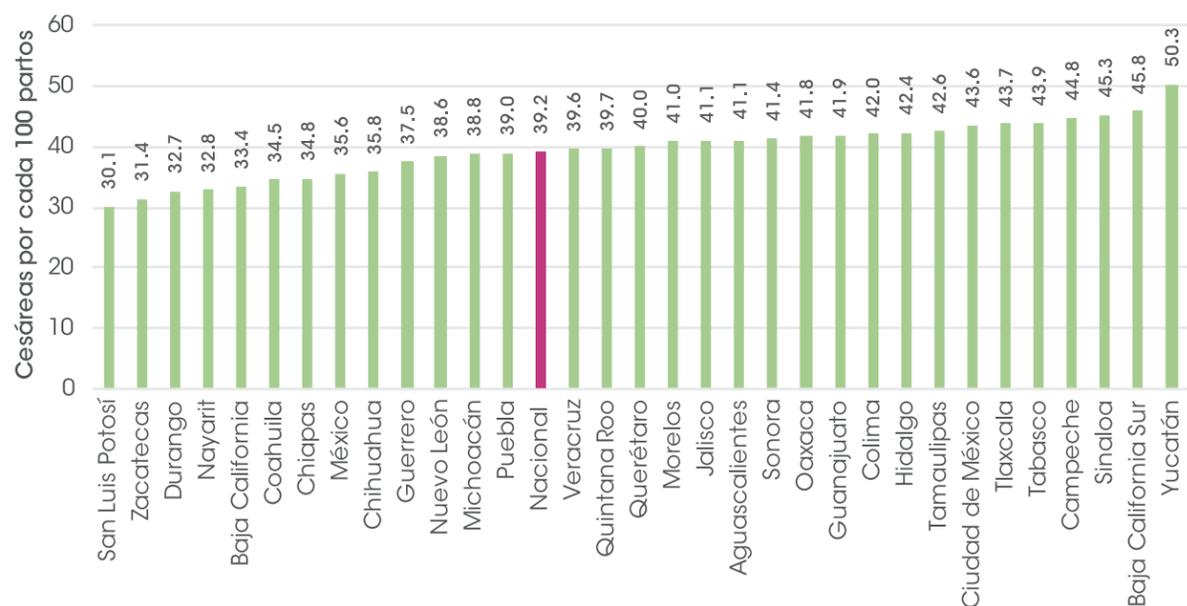
La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir las morbilidades materna y perinatal. Aun así, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea se asocia a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar durante muchos años después de la intervención y afectar la salud de la mujer y del neonato, así como cualquier embarazo futuro (OMS, 2015a); por ejemplo, se ha encontrado que 27% de las mujeres con cesárea presentan complicaciones, y una de cada diez de estas complicaciones son de

tipo severo (Cárdenas, 2014a). Aun así, este procedimiento es cada vez más frecuente en países tanto de ingresos altos como medios y bajos.

En México, la tasa de cesárea ha ido en aumento de forma sistemática en los últimos años, lo cual es motivo de preocupación en torno a las características de los servicios obstétricos, su organización y las implicaciones para la salud materna y neonatal. Por su parte, y en un intento de disminuir esta práctica, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en

Salud de la Secretaría de Salud elaboró la *Guía de práctica clínica para la reducción de la frecuencia de operación cesárea*. En 2014, casi cuatro de cada diez partos fueron atendidos por medio de este procedimiento (Cárdenas, 2017). Las entidades con mayor prevalencia de cesáreas por cada 100 partos fueron Yucatán (50.3), Baja California Sur (45.8) y Sinaloa (45.3), mientras que las menores, Durango (32.7), Zacatecas (31.4) y San Luis Potosí (30.1) (ver gráfica 41).

Gráfica 41. Tasa de cesáreas, 2014

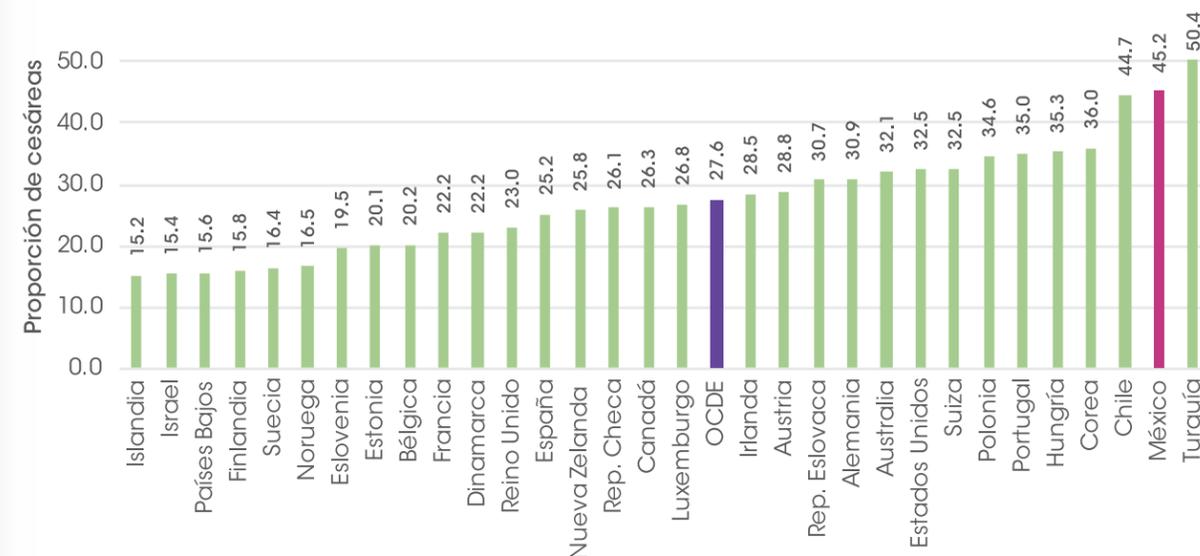


Fuente: Elaboración propia con base en Cárdenas (2017).
Nota: Número de cesáreas por cada 100 partos.

En 2013, México fue el segundo país de la OCDE con la mayor proporción de cesáreas realizadas por cada 100 nacidos vivos, casi la mitad de todos los partos se atendieron

mediante este procedimiento (45.2%), y apenas fue rebasado por Turquía, con 50.4%, mientras que el promedio entre los países miembros es de 27.6% (ver gráfica 42).

Gráfica 42. Proporción de operaciones cesáreas en países de la OCDE, 2013



Fuente: Elaboración propia con base en OCDE (2017b).
Nota: Por cada 100 nacidos vivos en países de la OCDE.

En el país, la intensidad del empleo de esta cirugía no se ha traducido en una mejora de la calidad de la atención obstétrica a juzgar por las dificultades enfrentadas para el cumplimiento de la meta de reducción de la mortalidad materna de los ODM a 2015 y la ausencia de la consecución de esta (Cárdenas, 2017).

La calidad de la atención sanitaria, en especial en lo referente a la seguridad, es una consideración importante a la hora de analizar las tasas de cesárea y la mortalidad. El riesgo de infección y de complicaciones por la cirugía son peligros potenciales, en particular en los lugares que carecen de instalaciones o de la capacidad para realizar cirugía de forma segura (OMS, 2015a). Dados los riesgos que representan las infecciones nosocomiales en el país, ya expuestos, el uso excesivo de esta

práctica, en condiciones en las que no esté plenamente indicada, no solo carece de fundamento científico, sino que podría exponer a las mujeres a riesgos innecesarios.

Atención centrada en la persona

Esta se refiere a "dar prioridad a las personas" durante todo el proceso de la atención médica; hace alusión a la recepción de la atención cuando es requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, con una secuencia lógica y sin interrupciones de acuerdo con las necesidades del paciente/usuario.

Es una forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren

confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. La atención centrada en la persona exige que los pacientes reciban la información y el apoyo que requieren para tomar decisiones y participar en su propia atención.

La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud (OMS, 2016d).

Junto con la efectividad y la seguridad, la centralidad en la persona es una característica esencial para conseguir mejorar los resultados sanitarios y sociales. La experiencia que tienen las personas de la atención que dispensa el sistema de salud está determinada, principalmente, por el trato que reciben cuando sufren un problema y buscan ayuda, es decir, por la capacidad de respuesta de la interfaz de personal sanitario entre la población y los servicios de salud (OMS, 2008b).

Conforme al numeral 12 de la observación general 14, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre los que se incluyen la atención personalizada, sin discriminación y respetuosa de las decisiones de las personas

y comunidades; el derecho a controlar su salud y su cuerpo; y tomar decisiones libres e informadas, entre ellas, la libertad sexual y la genésica (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

Para analizar esta subdimensión, se seleccionaron indicadores que mostrarán, por un lado, la percepción que tienen los usuarios sobre los servicios de atención médica de los que son destinatarios y, por otro, indicadores que dieran cuenta de características propias de los servicios sanitarios, como la continuidad y la satisfacción⁴¹ de las necesidades de salud y el tratamiento de grupos con demandas especiales de atención médica, que puedan servir como trazadores de la centralidad de los servicios en sus necesidades.

Para el último cuatrimestre de 2017, 97.8% de los usuarios de servicios médicos de diversas instituciones de salud entrevistados consideraron que la información proporcionada por el médico de consulta externa en el primer nivel de atención fue clara. La valoración más alta la obtuvo IMSS-Prospera, con 99.29, seguido de los servicios médicos privados con 97.9% y en tercer lugar los Servicios Salud, con 97.88%. La institución con la valoración más baja fueron las universidades, con 85.7%, seguido del IMSS, con 90.8%. El estándar considerado por el Indicador para este rubro es de 85%, lo cual coloca a todas las instituciones por arriba de este (SS, 2017e).

41 Los indicadores subjetivos como la satisfacción y la felicidad están ligados al estado de bienestar de las personas; no obstante, por la variedad de significados que el bienestar previsiblemente envuelve, no puede ser imputado ni predeterminado desde fuera. Sin embargo, el hecho de que la materia que se observa sea subjetiva no implica que no pueda ser tratada con objetividad. El conocimiento de la valoración que los individuos realizan sobre sus propias vidas es importante no solo porque revelan factores que las variables objetivas como el consumo o el ingreso no resaltan, sino también porque se pueden advertir, de manera más oportuna, los cambios que se están gestando en los parámetros de evaluación de necesidades y demandas futuras (Hamui *et al.*, 2013).

En cuanto al porcentaje de usuarios que consideraron haber recibido un buen trato en la unidad de consulta externa de primer nivel, en 2017, 97.4% reportaron buen trato entre las instituciones; los usuarios de los servicios de las fuerzas armadas fueron los que mejor evaluaron este aspecto, con 99.4% de afirmaciones, seguido de los usuarios de IMSS-Prospera, con 99.1%, y en tercero los usuarios de servicios médicos privados, con 98.7%. Los usuarios de servicios universitarios reportaron el nivel más bajo en este indicador: 88.5%, lo cual coloca a estos servicios por debajo del estándar, que es de 90% (SS, 2017e).

En lo referente a la satisfacción con la cantidad de medicamentos que se reciben, en 2017, en promedio a nivel nacional, 85% de los usuarios reportaron sentirse satisfechos; los servicios médicos privados fueron los peor valorados en este rubro, con 58.5%,⁴² los Servicios de Salud obtuvieron una valoración de 84% de satisfacción con el surtimiento y, en tercer lugar, los servicios de gobiernos estatales, con 84.8%. El IMSS-Prospera y el ISSSTE recibieron la mejor valoración, con 97.2 y 96.6%, respectivamente. El estándar planteado para este indicador es de 95%, lo cual coloca al promedio nacional por debajo de este. Hay que considerar que el sector privado puede estar jalando este indicador hacia abajo, sin ser de modo necesario un criterio que aplique en su actuar.

Aunque los resultados presentados pueden parecer prometedores, es frecuente que los

usuarios reporten cifras altas de satisfacción en este tipo de estudios. Algunos factores que se han mencionado para explicar lo anterior son:

- 1) Que las encuestas cara a cara tienden a producir un mayor porcentaje de individuos satisfechos que las realizadas por otros medios (por teléfono o a través de internet).
- 2) La deseabilidad social, esto es, que las personas contestan de acuerdo con lo que creen que el entrevistador o la institución en la que se encuentra espera de ellos.
- 3) El temor a quedarse sin la atención médica que valoran; no quieren perder o poner en riesgo este servicio por falta de opciones.
- 4) La falta de anonimato al contestar las encuestas puede condicionar las respuestas y sesgarlas.
- 5) Al ser encuestas de salida, el estado de ánimo del paciente al ser entrevistado pudo haber influido también.
- 6) Otros aspectos que pueden generar un alto porcentaje de individuos satisfechos o muy satisfechos se relacionan con la manera de formular las preguntas, por ejemplo, el orden en que se acomodan los reactivos en el cuestionario puede condicionar las respuestas.
- 7) Otro factor se relaciona con los rangos de las opciones de respuesta y su adecuación a los esquemas mentales y representaciones sociales de quienes responden, es decir, la escala no es suficientemente sensible para la medición.
- 8) Finalmente, en la cultura mexicana hay una tendencia a calificar alto y castigar poco, sobre todo cuando se pregunta por la satisfacción

42 Al respecto, hay que considerar que el gasto de bolsillo ejercido por el usuario para compra de medicamentos puede estar incidiendo en esta valoración; la mayoría de los servicios privados no prevén el otorgamiento de este servicio salvo por algunos esquemas de aseguramiento; por tanto, no se puede determinar su comparabilidad con los demás esquemas públicos que sí incluyen la posibilidad de esquema de surtimiento de medicamentos, aunque esta sea diferenciable por institución.

global; al preguntar por cuestiones concretas, la calificación tiende a ser menor (Hamui *et al.*, 2013: 181-182).

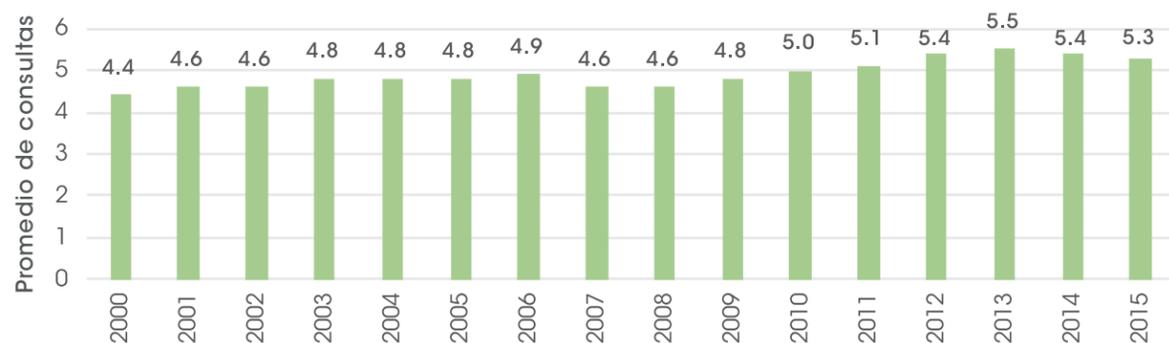
Algunas condiciones no patológicas son también determinantes de atención continua y sensible a las necesidades de las personas, como es el caso del embarazo.

La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio es una prioridad para el Estado, y es el control prenatal el mecanismo idóneo para prevenir, diagnosticar y tratar los factores que pueden condicionar el riesgo de complicaciones durante el embarazo o provocar la muerte materna o perinatal. Un adecuado control prenatal se asocia con la disminución de los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio.

Este indicador aporta información sobre el promedio de consultas de control prenatal que se otorgan a las embarazadas en las instituciones públicas de salud y permite valorar el cumplimiento del derecho al acceso universal a la salud reproductiva (SS, 2017a). El valor estándar definido en México para este indicador es de mínimo cinco consultas en promedio por embarazada.

El promedio de consultas prenatales por embarazada registró un incremento de 20.4% de 2000 a 2015, al pasar de 4.4 a 5.3 consultas por embarazada, respectivamente. El incremento mayor se observó en el periodo 2011-2012, con 5.8% y el mayor decremento, entre 2006-2007, con 6.1% (ver gráfica 43).

Gráfica 43. Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, 2000-2015



Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2016).

En 2014 se registró un promedio nacional de consultas por embarazada de 5.4; al compararlo con el estándar nacional en ese año de cinco consultas por embarazada, se observa que se ha superado en 0.3 puntos el estándar internacional.

El incremento de este indicador ha permitido rebasar el mínimo de consultas prenatales por embarazada requerido en el numeral 5.2.1.15 de la NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido (SS, 2017b), la cual

establece un mínimo de cinco consultas por embarazada, aunque el estándar recomendable es de ocho. En ese sentido, el promedio nacional respecto del número de consultas prenatales alcanzado en 2015 presenta un valor de 0.31 consultas prenatales superior al estándar por embarazada.⁴³

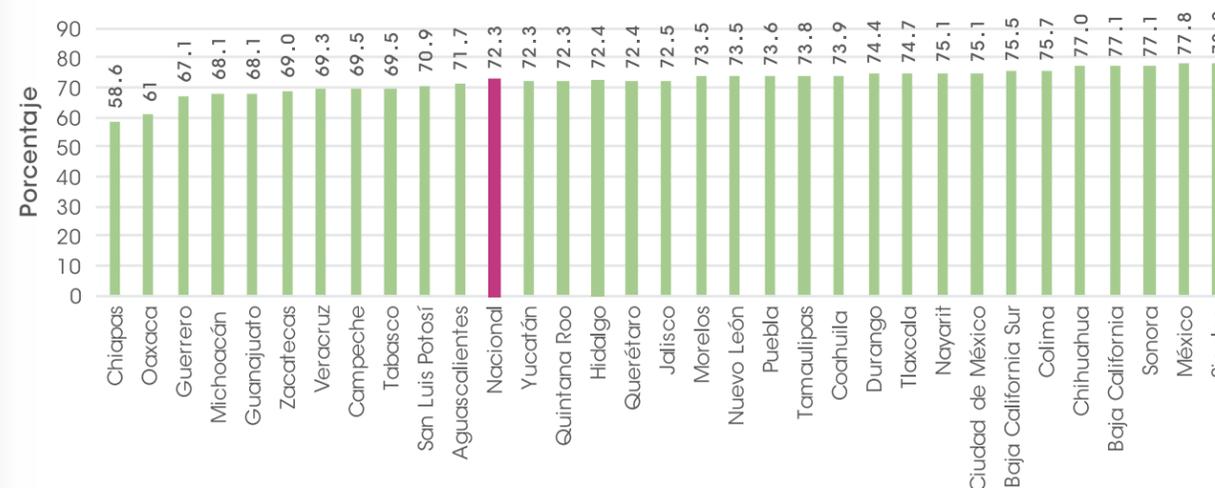
Al respecto, en 2016, la OMS dio a conocer una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal, entre las que destaca el incremento de cuatro a ocho consultas prenatales como el mínimo sugerido por embarazada (OMS, 2018c).

Por otro lado, la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil resume diferentes procesos de selección, adopción y continuidad con que se usan los métodos anticonceptivos en una población

durante un determinado periodo, y aporta información útil sobre la eficiencia de los programas, acciones de planificación familiar y del ejercicio de los derechos reproductivos de la población, en particular de las mujeres.

En 2014, 72.3% de las mujeres en edad fértil eran usuarias de un método anticonceptivo en el país; este porcentaje se encuentra ligeramente por debajo de la meta de 76.5% establecida para 2018 en el Programa de Acción Específico: Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018 (SS, 2014b). No obstante, al examinar este indicador por estados, se ilustra una utilización desigual de servicios de salud reproductiva en el país (ver gráfica 44); destaca la diferencia entre Chiapas (58.6%) y Sinaloa (78.2%), con alrededor de 20 puntos porcentuales de distancia entre ellos.

Gráfica 44. Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil por estados, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2016).

43 Para este indicador, se usa como estándar o valor de referencia el número de consultas mínimo requerido por embarazada establecido por la legislación mexicana vigente. Esta medida comparativa presenta ventajas porque, al ser un número utilizado como parámetro por el gobierno federal, se presume que toma en consideración la disponibilidad de recursos médicos en el país y las necesidades de la población mexicana.

La planificación familiar, en particular el acceso a métodos anticonceptivos modernos, es uno de los requisitos indispensables para el cumplimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil que los requieren.⁴⁴ En este sentido, el indicador de acceso a métodos anticonceptivos modernos mide la proporción de mujeres en edad fértil que no reciben atención sobre sus necesidades de anticoncepción. A nivel nacional, se estima que una de cada nueve mujeres en edad fértil unida no está empleando métodos anticonceptivos a pesar de querer limitar el tamaño de su familia o posponer un embarazo (11.4%). No obstante que el examen de las cifras estatales apunta a niveles de necesidad anticonceptiva insatisfecha de entre 7% y 18%; Chiapas, Guerrero y Oaxaca registran una desigualdad en este indicador, al reportar porcentajes de 18.5, 14.1 y 17.2, respectivamente (Cárdenas, 2017).

Por otra parte, la inmunización es una de las intervenciones de salud pública más eficaces en relación con el costo, y debería considerarse como un componente clave para garantizar el derecho humano a la salud. El objetivo de los programas de vacunación a nivel mundial es reducir la magnitud e impacto que pueden tener las enfermedades prevenibles por vacunación, sobre todo entre la población infantil y otros grupos con condiciones que los

coloquen es posición de vulnerabilidad o desventaja. La prevención de enfermedades es una de las tareas sustantivas de todo sistema de salud.

En este sentido, la cobertura con esquema completo de vacunación en niños de uno a cuatro años es un indicador que muestra la capacidad del Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de grupos poblacionales sensibles, en este caso los niños; además de aportar información útil para el proceso de planeación y la toma de decisiones respecto de las acciones de prevención de esas enfermedades.

Este indicador registra falta de información para 2000, 2002, 2013 y 2014. Con la información disponible, se observa que la cobertura con esquema completo de vacunación en niños de uno a cuatro años mostró un decremento porcentual de 2.26 puntos:⁴⁵ pasó de 87.48 en 2001 a 85.50 en 2012; esto significa una reducción en la cobertura de vacunación de 2012 respecto al valor inicial de 2001.

Los periodos de mayor incremento y decremento fueron 2006-2007, con 63%, y 2005-2006, con 40.8% respectivamente. El menor cambio se registró entre 2007 y 2008, con una reducción de 0.04%.

El comportamiento del indicador indica cierto grado de regresividad en el porcentaje de vacunación completa en niños de uno a

⁴⁴ La OMS (2014) mide el indicador como proporción de mujeres casadas o en unión de edad reproductiva que tienen necesidad de planificación familiar satisfecha con los métodos modernos; ubica el valor 76% a nivel global de los países miembros: 81.4% para la región de las Américas y 81.9% para México, en 2014.

⁴⁵ Ante la falta de información para distintos periodos, el cambio porcentual de la serie se calculó entre los valores de 2001 y 2012.

cuatro años; esto, si se observa el último valor de 2012 en relación con 2001, 2004 y 2010.

Este indicador es uno de los seleccionados para dar seguimiento a los ODM, específicamente la meta 4: reducir la mortalidad en niños menores de cinco años. Con relación a la falta de información de la cobertura de vacunación de este grupo, la Presidencia de la Republica (2015) señaló en el *Informe de avances 2015 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México* que el problema para dar seguimiento a este indicador era la falta de un registro adecuado del número de vacunas aplicadas, lo cual había impedido reportar, hasta antes de 2014, el verdadero nivel de cumplimiento del país en este rubro.

Los indicadores que miden la continuidad en la atención de la población con necesidades de salud que requieren tratamiento de forma constante y prolongada se consideran relevantes para el análisis de esta subdimensión. Con esto en mente, se tomaron los indicadores, la proporción de casos nuevos de tuberculosis pulmonar que curan al terminar el tratamiento y la proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales, como trazadores para observar la oportunidad en el tratamiento y la continuidad en los servicios.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa vinculada a la pobreza y la desigualdad imperante entre diversos grupos de población. El impacto de esta enfermedad,

además, está relacionado con el acceso a los servicios de atención a la salud y a la eficacia de estos, ya que el contagio puede prevenirse y los daños reducirse; sin embargo, un tratamiento mal suministrado da como resultado la aparición de casos de tuberculosis multirresistente (TB-MDR) y de la tuberculosis drogoresistente (TB-XDR).

La proporción de casos nuevos de tuberculosis pulmonar que curan al terminar el tratamiento permite establecer el porcentaje de personas que padecieron la enfermedad y, siendo susceptibles de recibir tratamiento supervisado, curaron respecto a todos los casos susceptibles de recibir tratamiento supervisado.

En este sentido, la proporción de casos que curaron al término del tratamiento ha ido en aumento de forma casi constante entre 2001 y 2015, con algunas excepciones en los años 2005, 2006 y 2015. En 2001, la proporción de casos que curaron después de tratamiento fue de 70.7 y pasó a 86.5% en 2015, una variación del 16.6% entre el inicio y el fin del periodo analizado.

Al comparar los resultados nacionales con el promedio internacional reportado por el Banco Mundial, el porcentaje de nuevos casos de tuberculosis registrados que completan tratamiento y curaron, en 2014, fue del 83%.⁴⁶ Se observa que el promedio en México es 3.5 puntos porcentuales mayor a la media internacional. En referencia al objetivo mundial sobre la tasa de curación de casos de tuberculosis

⁴⁶ La tasa de éxito en el tratamiento de la tuberculosis expresada en las cifras del Banco Mundial se calcula con datos del Informe sobre control mundial de la tuberculosis (Banco Mundial, 2014).

adoptado por la OMS en 1991, definida en 85%, México también presenta un porcentaje ligeramente mayor de curación de tuberculosis pulmonar que la meta sugerida por este organismo.^{47,48}

En cuanto a las enfermedades infectocontagiosas, otro indicador relevante es la proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.

El sida es uno de los padecimientos emergentes más importantes de las últimas décadas; constituye un problema complejo que involucra no solo el aspecto de salud de la población, sino también de educación, éticos, discriminación y disponibilidad de servicios; de hecho, uno de los principales problemas que enfrentan las sociedades en desarrollo es la falta de disponibilidad y acceso a tratamientos con antirretrovirales. Conocer la proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales permite establecer la proporción de la población que presenta la enfermedad y tiene acceso a medicamentos adecuados para su tratamiento en relación con el total de personas vivas que padecen la

enfermedad y que están registradas en los sistemas de información.

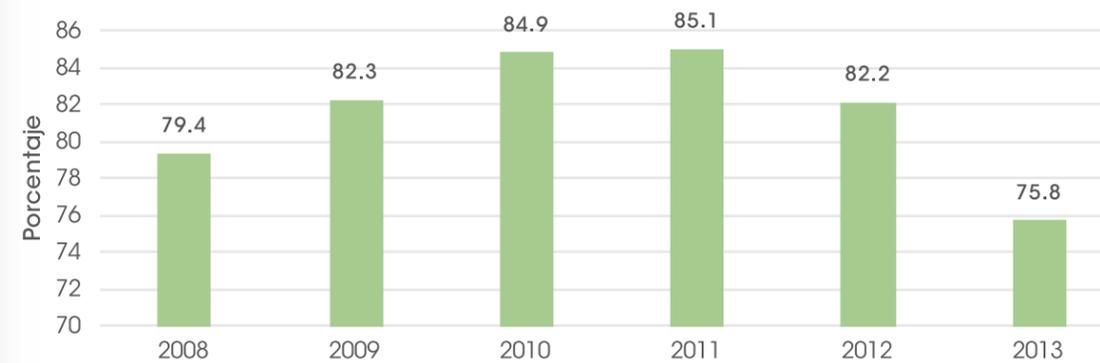
Este indicador forma parte de los seleccionados para dar seguimiento al ODM para combatir el VIH/sida, cuya meta es lograr el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten. En el caso de México, la prevalencia de esta enfermedad muestra una tendencia a la baja desde 1992 y, en 2013, se ubicó en 0.23% de la población de 15 a 49 años, muy por debajo de la meta establecida de no rebasar el 0.6% de ese grupo poblacional (Presidencia de la República, 2016).

La tasa de mortalidad por VIH/sida comenzó a disminuir a partir de 2008, cuando alcanzó un pico de 4.7 y en 2013 se situó en 4.2 defunciones por cada 100,000 habitantes. En 2012 se reportó cumplida la meta de garantizar el acceso a medicamentos antirretrovirales a 80% de la población con infección avanzada; sin embargo, al cierre de 2013, el porcentaje de cobertura de tratamiento antirretroviral disminuyó de 82.2 a 75.8%, debido a un cambio en la metodología de cálculo del indicador (ver gráfica 45) (Presidencia de la República, 2016).

47 El objetivo mundial de la tasa de curación de casos detectados con baciloscopia positiva, 85%, fue adoptado por la OMS en 1991. Este indicador solo registra el número de casos nuevos de tuberculosis bacilosópicamente curados como porcentaje del número de pacientes registrados para tratamiento por quimioterapia en ese año (Smith, 2006, p. 272).

48 Para realizar las comparaciones con estándares internacionales, se ofrecen datos del Banco Mundial, la OMS y la OCDE, como diferentes fuentes de valores de referencia internacional que son relevantes. El Banco Mundial, por su parte, ofrece cifras que son comparables con todos los países del mundo. Por su parte, la OMS, al ser la máxima autoridad internacional en materia de salud, proporciona una meta a la que todos los países deben buscar acercarse. En su caso, se presenta también el estándar promedio de la OCDE debido a la relevancia económica mundial de este grupo de países, del cual México es estado miembro.

Gráfica 45. Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales, 2008-2013



Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2016).

La implementación de modelos de atención centrados en la persona es un paso ineludible para contar con servicios de salud que estén en condiciones de responder a dificultades sanitarias tan nuevas y diversas como las que plantean, por ejemplo, la urbanización, la progresión en el mundo de estilos de vida poco saludables, el envejecimiento de las poblaciones, la doble carga de morbilidad que suponen las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, la multimorbilidad, el aumento de los costos sanitarios y los brotes infecciosos u otras crisis de atención sanitaria.

El desarrollo de sistemas de atención más integrados y centrados en la persona tiene el potencial de generar beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria de todas las personas, en particular, mejora el acceso a la atención de la salud y los resultados de la educación sanitaria y la autoasistencia; genera un aumento de la satisfacción con la atención, de la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud y de la eficiencia de los

servicios; y es motivo de reducción de los costos generales (OMS, 2008b).

A manera de cierre, se puede afirmar que, aunque es posible identificar avances en la calidad de los servicios de atención médica, que se reflejan, por ejemplo, en la disminución de las tasas de mortalidad materno-infantil y de infecciones nosocomiales, aún existen retos importantes en la materia producto de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico del país que imponen presiones adicionales al Sistema Nacional de Salud, como son el envejecimiento poblacional y el incremento desproporcionado en la incidencia del sobrepeso y la obesidad y sus comorbilidades asociadas. Además, queda pendiente identificar de forma clara la manera en que la información derivada de las evaluaciones e instrumentos de medición, implementados en años recientes, está siendo utilizada en la toma de decisiones por parte de la autoridad sanitaria y su repercusión en la mejora de la gestión de la calidad de los servicios de salud.



CAPÍTULO 3.

IDENTIFICACIÓN
DE BRECHAS
EN MATERIA
DEL DERECHO
A LA SALUD

A pesar de los avances registrados en materia de cobertura financiera y acceso a los servicios de atención sanitaria,⁴⁹ en México, en 2016, 19.1 millones de personas aún presentaban carencia por acceso a estos. Además, entre 2005 y 2015, la esperanza de vida en México se incrementó más lentamente que en otros países de la OCDE. En 2015, la esperanza de vida de los mexicanos era la segunda más baja solo después de Letonia entre los países de la OCDE (2017a). Mientras que el aumento promedio en la esperanza de vida entre los países miembros de este organismo fue de 3.4 años en promedio entre 2000 y 2015 (de 77.1 años a 80.6 años), el aumento en México fue de apenas 1.7 años (de 73.3 años a 75 años); por tanto, la diferencia de longevidad entre el promedio de la OCDE y México creció de 3.8 años a 5.6 años. Algunas de las causas específicas que se han señalado

para explicar este fenómeno es la alta mortalidad reportada entre la población general por *diabetes mellitus*, enfermedad hipertensiva cardíaca y enfermedad isquémica cardíaca (Cárdenas, 2014b).

Aunado a lo anterior, las condiciones de desigualdad en el ingreso y de acceso a los diferentes derechos sociales que persisten al interior del país han creado brechas que se manifiestan como cargas diferenciadas de morbilidad y mortalidad entre diferentes regiones y grupos poblacionales; las enfermedades transmisibles se concentran de manera más evidente en las poblaciones pobres, rurales e indígenas, mientras que la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles siguen en aumento en la población general.

Como ejemplo de lo anterior, al analizar la mortalidad por índice de marginación estatal,⁵⁰ en 2016, se observa que las tres primeras

causas de muerte son las mismas en ambos grupos, es decir, es indistinto del nivel de marginación; estas son: enfermedades del corazón, *diabetes mellitus* y tumores malignos; sin embargo, para los estados con índice de marginación muy alto y alto estas causas concentran 45.9% de las muertes, en tanto que en las entidades caracterizadas con muy bajo índice, fue 51.4%. En los estados con alto

o muy alto grado de marginación, las enfermedades del hígado (donde la enfermedad alcohólica del hígado ocasiona 35.1% de las muertes totales por esta causa) y las agresiones (homicidios) se ubican como la tercera y cuarta causa de muerte, y en el grupo de entidades con muy bajo índice de marginación, como quinta y novena causa de muerte, respectivamente (ver cuadro 13).

Cuadro 13. Principales causas de mortalidad general por índice de marginación estatal (muy alto y muy bajo), 2016

LUGAR	MUY ALTO/ALTO		MUY BAJO	
	Causa	Defunciones	Causa	Defunciones
1	Enfermedades del corazón	47,703	Enfermedades del corazón	27,759
2	<i>Diabetes mellitus</i>	39,483	<i>Diabetes mellitus</i>	18,780
3	Tumores malignos	27,931	Tumores malignos	16,727
4	Enfermedades del hígado	16,787	Enfermedades cerebrovasculares	6,404
5	Agresiones (homicidios)	13,358	Enfermedades del hígado	5,698
6	Enfermedades cerebrovasculares	13,276	Accidentes	5,022
7	Accidentes	8,493	Neumonía e influenza	4,696
8	Neumonía e influenza	8,144	Enfermedades pulmonares obstructivas crónica, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	3,363
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónica, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	6,915	Agresiones (homicidios)	3,305
10	Insuficiencia renal	5,180	Insuficiencia renal	2,078

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2018c).

El derecho a la salud debe incluir acceso oportuno, aceptable y asequible para todas las personas; aun así, se ha señalado que los grupos sociales menos aventajados soportan una mayor carga de problemas sanitarios y de

costos asociados con la pérdida de la salud y búsqueda de atención; esto ha ocasionado que, en el mundo, unas 100 millones de personas vivan debajo del umbral de pobreza a consecuencia de los gastos sanitarios. Estos grupos

⁴⁹ Entre 2008 y 2016, la carencia por acceso a servicios de salud (medida únicamente como afiliación) se redujo 22.9 puntos porcentuales y pasó de 38.4% en 2008 a 15.5% en 2016.

⁵⁰ De acuerdo con las estimaciones del Conapo.

sociales suelen presentar tasas de mortalidad y morbilidad más altas que la población general y pueden llegar a ser víctimas de leyes y políticas que agravan la marginación y dificultan el acceso a servicios de prevención y atención (OMS, 2017d).

El objetivo de este capítulo es mostrar un horizonte sobre las brechas identificadas entre

diferentes grupos de población, que, por ciertas características como la edad, el sexo, el tipo de localidad donde habitan, la pertenencia a un grupo social históricamente en condiciones de rezago como los grupos indígenas o por alguna condición de discapacidad, exhiben dificultades para acceder al pleno disfrute de su derecho.

NIÑOS Y NIÑAS

La salud de los niños y las niñas manifiesta necesidades de atención distintas a las de otros grupos etarios; al relacionarse con la atención de necesidades en un entorno preventivo, por un lado, incluye aspectos como vacunación y lactancia materna, y por el otro, los referentes a las problemáticas alimentarias, como la desnutrición y la sobrealimentación; ambos aspectos que pueden condicionar la vida futura de niñas y niños (OMS, 2016b).

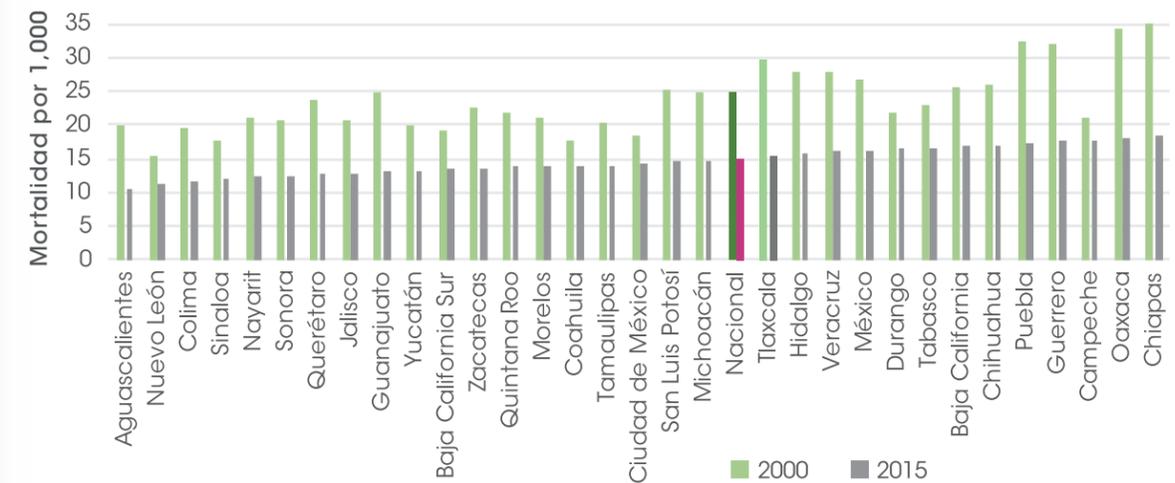
Las estimaciones de la OMS en 2016 señalan que unos 5.6 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años; sin embargo, más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar con intervenciones simples y asequibles (OMS, 2016b).

México muestra avances importantes en cuanto a mortalidad en la niñez. En 1990, la tasa de mortalidad en menores de cinco años era de 41 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que, en 2015, fue de 15.1 (Presidencia de la República, 2016); en los ODM se adoptó la meta de reducir la tasa de

mortalidad en menores de cinco años a 13.7 para 2015, la cual no fue cumplida de forma puntual. Un caso similar sucede en lo referente a la mortalidad infantil, que, en 2015, registró 12.5 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que la meta planteada en los ODM para este indicador fue de 10.8, y aún es mucho mayor que el promedio exhibido por los países de la OCDE de 3.9, lo que indica la existencia de áreas de oportunidad para hacer efectiva la protección de este grupo sensible.

En cuanto a la mortalidad en niños menores de cinco años, se registran inequidades que persisten entre estados; en 2015, la mortalidad en niños menores de cinco años fue más alta en los estados de Chiapas (18.5), Oaxaca (18) y Campeche (17.8), en tanto que en Aguascalientes (10.4), Nuevo León (11.1), Colima (11.7), Sinaloa (11.8), Nayarit (12.3), Sonora (12.3), Querétaro (12.8), Jalisco (12.9), Guanajuato (13), Yucatán (13.3) y Baja California Sur (13.5), las tasas estuvieron por debajo de la meta establecida en los ODM (ver gráfica 46) (Presidencia de la República, 2016).

Gráfica 46. Mortalidad en niños menores de cinco años, 2000 y 2015



Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2016).
Nota: Defunciones de menores de cinco años por cada 1,000 nacidos vivos.

Las entidades que registraron la mayor disminución en la mortalidad de niños menores de cinco años entre 2000 y 2015 fueron Chiapas (16.4 defunciones promedio menos), Oaxaca (16.3 defunciones), Puebla (15.2 defunciones), Guanajuato (10.8), Querétaro (11), Baja California Sur (11.2), Yucatán (11.5), Quintana Roo (11.6), Zacatecas (11.7), Morelos (11.7), San Luis Potosí (12.1), Coahuila (12.3), Tamaulipas (12.4) y Nuevo León (4.4 defunciones) tuvieron las menores variaciones en el periodo estudiado (Presidencia de la República, 2016).

Lo mismo sucede en el caso de la mortalidad infantil, en la cual las disparidades entre estados se hacen de nuevo presentes: en 2015, Hidalgo (13.1), Tlaxcala (13.4), Chiapas (13.5), Guerrero (13.6), Chihuahua (13.6), Durango (14), Puebla (14.3), Estado de México (14.3), Tabasco (14.7) y Campeche (15.5) tuvieron

tasas de mortalidad superiores a la media nacional de 12.5, mientras que Aguascalientes (8.7), Sinaloa (9.8), Nayarit (9.9), Nuevo León (9.9), Colima (9.9), Sonora (10.1), Jalisco (10.6), Guanajuato (10.8), Querétaro (11), Baja California Sur (11.2), Yucatán (11.5), Quintana Roo (11.6), Zacatecas (11.7), Morelos (11.7), San Luis Potosí (12.1), Coahuila (12.3), Tamaulipas (12.4) y Michoacán (12.4) se ubicaron por debajo de la meta programada de 12.5 muertes por cada 1,000 nacidos vivos (Presidencia de la República, 2016).

Por último, otra serie de condiciones que amenazan de forma inapelable la salud, el desarrollo y la calidad y expectativa de vida de los niños y las niñas son el sobrepeso y la obesidad, enfermedades que se han convertido en un problema de salud preocupante de la población mexicana en general.

La obesidad infantil ha crecido de forma alarmante en los últimos años en el país, al grado de que México ocupa el primer lugar mundial en esta condición, de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2016c). Así, un tercio de la población de 5 a 11 años en 2016 sufría sobrepeso u obesidad (INSP, 2016).

La proporción de niñas con sobrepeso y obesidad en el grupo de 5 a 11 años pasó de 25.5% en 1999 a 32.8% en 2016, en tanto que, entre los niños de este mismo grupo, pasó de



28.2% en 1999 a 33.7% en 2016; es decir, un crecimiento de 7.3 puntos porcentuales entre las niñas y de 5.5 puntos porcentuales entre los niños (INSP, 2016).

MUJERES Y HOMBRES

Como se mostró, la esperanza de vida al nacimiento en nuestro país ha crecido con mayor lentitud que otros países de la OCDE; de igual modo, se han observado diferencias en cuanto a este indicador entre el grupo de hombre y mujeres; por ejemplo, en 2016, la esperanza de vida al nacimiento se ubicó en casi 78 años para las mujeres y casi 73 años para los hombres. Además de las principales causas de mortalidad general ya citadas al inicio de este capítulo, causas específicas se presentan para cada sexo; en el caso de las mujeres, las principales causas de mortalidad siguen asociándose con las maternas y el cáncer (de seno y cérvico uterino), muertes que son fácilmente prevenibles con estrategias de prevención y atención oportuna. En cuanto a los hombres,

aparte de las causas ya señaladas (enfermedades crónicas no transmisibles) que guardan un importante componente prevenible, las muertes violentas ocurren con una frecuencia diez veces mayor que en las mujeres, lo que implica, para su atención, una transformación profunda de los patrones sociales y culturales que la promueven (Cárdenas, 2014b).

De igual manera que entre hombres y mujeres, existen brechas en la esperanza de vida al nacimiento en el grupo de mujeres de los diferentes estados de la república. En 2014, las mujeres de Nuevo León, Baja California, Ciudad de México, Sinaloa, Colima, Durango, Tamaulipas y Morelos registraron los promedios más altos de esperanza de vida (entre 78.3 y 78.8 años), mientras que las de Chiapas, Oaxaca,



Chihuahua y Guerrero reportaron los menores promedios (entre 75.7 y 76.2 años) (SS, 2016b).

La esperanza de vida a los 65 años creció 2.2 años entre los países de la OCDE de 2000 a 2014 (de 19.1 a 21.4%); esto, en el grupo de las mujeres; en cambio, en México, el incremento promedio fue de tan solo 0.2 años en este mismo grupo (de 17.4 a 17.6%). En el caso de los hombres, el panorama se muestra similar, ya que, entre los países de la OCDE, el indicador reflejó un incremento de 2.3 años (de 15.6 a 17.9%), mientras que en México, registró un aumento similar al de las mujeres, de apenas 0.2 años en 14 años (de 16.5 a 16.7%) (OCDE, 2017a; SS, 2016b).

Otro elemento que destaca es que, si bien tanto en México como a nivel mundial, la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas, es en el grupo de mujeres en el que se observa la mayor prevalencia. En 2016, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres fue mayor que en los hombres; en el grupo de mujeres de 12 a 19 años, 39.2% presentaban sobrepeso y obesidad, mientras que en el grupo de los hombres fue de 33.5%. Esta situación fue similar

en las adultas, con 75.6% de sobrepeso y obesidad contra 69.4% en los hombres. Derivado de lo anterior, la tasa de incidencia de *diabetes mellitus* tipo II, en 2016, fue mayor entre las mujeres (413.7) que en los hombres (318.4).⁵¹

Las diferencias regionales mostradas en un indicador al interior de un mismo grupo revelan brechas existentes no solo entre diferentes grupos, como hombres y mujeres, sino también en un mismo grupo, pero en distintas entidades del país. Un ejemplo de esto es la prevalencia de usuarias de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil. Al observar este indicador por entidad federativa, se advierte que, en 2014, existía un uso desigual de servicios de salud reproductiva en el país: en Sinaloa (78.2), Estado de México (77.8), Sonora (77.1), Baja California (77.1) y Chihuahua (77) se registró un uso superior al programado en la meta establecida de 76.5 usuarias promedio, mientras que Chiapas (58.6), Oaxaca (61.2) y Guerrero (67.1) fueron de las entidades con menor uso de estos.

Otro ejemplo de lo anterior, y uno de los grandes retos que persisten en cuanto a la

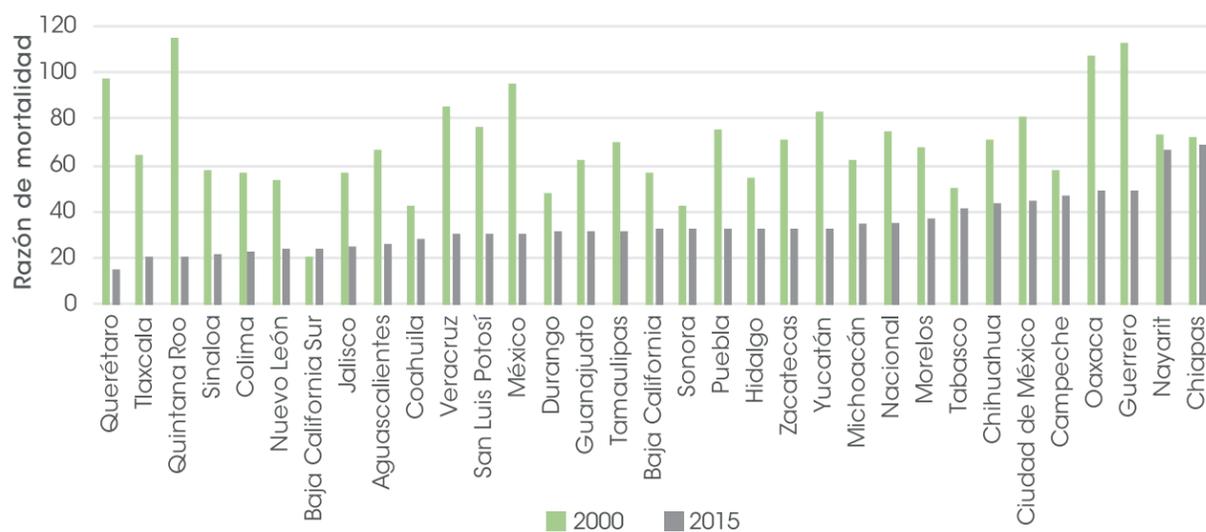
51 Tasa de incidencia por 100,000 habitantes.

atención de este grupo históricamente en desventaja, es la mortalidad materna, que si bien ha ido a la baja de forma constante en las últimas décadas,⁵² no se logró alcanzar la meta planteada de 22.2 muertes maternas para 2015 establecida en los ODM. Más aún, al observar el comportamiento del indicador por estados, se encuentran entidades como Campeche (46.5), Chiapas (68.5), Chihuahua (43.1), Ciudad de México (44.3), Guerrero (49.5), Nayarit (66.9), Oaxaca (48.6) y Tabasco (41.7) que siguen presentando razones de mortalidad materna superiores a 40 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que Querétaro (14.9), Quintana Roo (20.7), Tlaxcala (20.1) y Sinaloa (22.1) tienen las razones de mortalidad más bajas a nivel nacional,

incluso menores que la meta programada en los ODM (ver gráfica 47) (Presidencia de la República, 2016).

Aunado a lo anterior, las entidades que presentaron la mayor disminución en este indicador, entre 2000 y 2015, fueron Quintana Roo, con 94.5 defunciones por causas maternas menos promedio en 2015 respecto de 2000; Querétaro, con 82.9 defunciones menos; Estado de México, con 64.7; y Guerrero, con 63. Por otro lado, Baja California Sur registró, en 2015, 3.9 más defunciones por causas maternas que en el 2000, mientras que en Chiapas y Nayarit la RMM apenas disminuyó en 3.4 y 6.4 muertes promedio, respectivamente, en el periodo analizado (Presidencia de la República, 2016).

Gráfica 47. Razón de mortalidad materna por estados, 2000 y 2015



Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2016).

52 Pasó de 88.7 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a 34.6 en 2015.

TIPO DE LOCALIDAD: RURAL/URBANA

En 2018, las unidades de hospitalización suman un total de 4,571 en el sector público en todo el país; 97.7% de estas se encuentran en localidades urbanas y solo 1.5% en poblaciones rurales, un poco menos de cuatro unidades por cada 100,000 habitantes. Si bien, su alta concentración urbana podría determinar desigualdades entre localidades y regiones del país, esto no debe entenderse como un llamado a expandir la oferta hospitalaria de forma improvisada a las regiones más dispersas del país, sino, por el contrario, a promover una adecuada planeación de la infraestructura sanitaria que sea accesible, asequible y con calidad para toda la población sin importar la localidad en que habite.

Al analizar las principales causas de mortalidad por tipo de localidad en 2016, se observa que el patrón es igual para ambos tipos de localidades en las dos principales causas: enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas; sin embargo, las causas externas de morbilidad y mortalidad (incluye accidentes de transporte por agua, terrestre, aéreo y espacial, caídas, entre otros) se colocan como la tercera causa de muerte en las comunidades rurales y la quinta en las urbanas. De igual modo, aparecen los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, como séptima causa de muerte entre la población de comunidades

rurales; una explicación posible para este hallazgo es la dificultad que experimenta la población que habita en comunidades rurales para acceder a tecnología y personal capacitado de auxilio diagnóstico, lo que puede obstaculizar la correcta identificación de alguna patología que ocasione al final el deceso.

Un grupo históricamente discriminado es, sin duda, la población de habla indígena; una gran parte de la población nacional con esta característica se concentra en comunidades rurales del país. Para analizar las brechas que pudieran estar presentes en la salud de estos grupos, se analizaron las principales causas de mortalidad entre las localidades que reportaron estar compuestas por 70% o más de población indígena frente a las que no reportan población indígena alguna. En este caso, se encontró que en las localidades mayoritariamente indígenas las primeras tres causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, la *diabetes mellitus* y los tumores malignos, datos que coinciden con las principales causas de muerte a nivel general. Sin embargo, las muertes por enfermedades del hígado ocuparon el cuarto lugar en las localidades de mayoría indígena y el sexto en el grupo contrario; como novena causa de muerte aparece la desnutrición y otras causas nutricionales, las cuales no figuran entre las diez principales relativas a las localidades sin población indígena (ver cuadro 14).

Lo anterior apunta a que en estas localidades las enfermedades relacionadas con los estilos de vida (*diabetes mellitus* y enfermedades del hígado por ingesta alcohólica) pueden estar teniendo un impacto superior en la población general; de igual forma, persisten las

muertes por desnutrición y otras deficiencias nutricionales, lo que indica la existencia de condiciones que vulneran no solo su derecho a la salud, sino también el derecho a llevar una alimentación adecuada y de calidad.

Cuadro 14. Principales causas de mortalidad general por localidades, según el grado de concentración de población indígena, 2016

LUGAR	70% O MÁS DE POBLACIÓN INDÍGENA		SIN POBLACIÓN INDÍGENA	
	CAUSA	%	CAUSA	%
1	Enfermedades del corazón	19.9	Enfermedades del corazón	20.2
2	<i>Diabetes mellitus</i>	11.8	Accidentes	15.7
3	Tumores malignos	8.7	Agresiones (homicidios)	10.3
4	Enfermedades del hígado	7.6	Tumores malignos	8.5
5	Enfermedades cerebrovasculares	5.7	<i>Diabetes mellitus</i>	8.3
6	Accidentes	4.9	Enfermedades del hígado	5.8
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	3.3	Enfermedades cerebrovasculares	3.4
8	Neumonía e influenza	3.1	Neumonía e influenza	3.1
9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	2.6
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.0

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de Salud (2018c).

Nota: Las localidades según residencia de la población indígena es la clasificación de las localidades según el grado de concentración de población indígena; las categorías son: 40 a 69% de población indígena; 70% o más de población indígena; con 5,000 indígenas o más; con población indígena dispersa o lenguas minoritarias; con población indígena dispersa; sin población indígena; no disponible.

DISCAPACIDAD

En 2010 se estimó que más de mil millones de personas, es decir, 15% de la población mundial, padecen alguna forma de discapacidad (OMS, 2011). Se considera que las tasas de discapacidad están aumentando debido al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.

La discapacidad es un fenómeno multidimensional y complejo, y se estima que la mayoría de las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida. Las intervenciones para superar las desventajas asociadas a la discapacidad son múltiples, sistémicas y varían según el contexto (OMS, 2011).

Las personas que padecen alguna condición discapacitante son un grupo con necesidades especiales de atención y presentan una mayor demanda de asistencia sanitaria y necesidades insatisfechas en este ámbito. Dependiendo del grupo y el contexto, las personas con discapacidad pueden experimentar mayor vulnerabilidad a enfermedades prevenibles. Además, la necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación puede ocasionar deterioro del estado general de salud, limitaciones de las actividades y, en general, peor calidad de vida (OMS y Banco Mundial, 2011).

La prevalencia de discapacidad en México, en 2014, fue de 6%, es decir, 7.1 millones de personas que no pueden o tienen mucha dificultad para caminar, subir o bajar usando sus piernas; para ver (aunque use lentes); mover o usar sus brazos o manos; aprender, recordar o concentrarse; escuchar (aunque use aparato auditivo); bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse; y problemas emocionales o mentales (INEGI, 2014b).⁵³

Al igual que la tendencia mundial, la estructura por edad de la población mexicana con discapacidad muestra una relación entre el envejecimiento de la población y el aumento de las tasas de discapacidad. De esta manera, casi la mitad de las personas con discapacidad (47.3%) son adultas mayores (60 años y más) y 34.8% tienen entre 30 y 59 años (INEGI, 2016a).

La afiliación a instituciones de salud reviste especial importancia en este grupo poblacional, pues, como ya se mencionó, tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria. En 2014, 83.3% de las personas con discapacidad estaban afiliadas a un servicio de salud; de estas, 52.7% a alguna institución de seguridad social;⁵⁴ 50.5% contaban con servicios de salud provenientes de programas sociales, como el

⁵³ Clasificación propuesta en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica realizada por el INEGI en 2014.

⁵⁴ Incluye al IMSS, ISSSTE o ISSSTE estatal y a Pemex, Defensa o Marina.

Seguro Popular, Seguro Médico Siglo XXI e IMSS Prospera. Entre la población sin discapacidad, la proporción de personas afiliadas a programas sociales es ligeramente mayor (51.4 frente a 50.4%). La diferencia más visible se da en la derechohabiencia en instituciones privadas de

atención médica: mientras que 1.4% de la población con alguna discapacidad está adscrita a esta modalidad de aseguramiento, más del doble de la población sin discapacidad cuenta con esta modalidad (3.1) (ver cuadro 15) (INEGI, 2014b).

Cuadro 15. Porcentaje de población derechohabiente por institución de derechohabiencia, según condición de discapacidad y sexo, 2014

TIPO DE INSTITUCIÓN DERECHOHABIENTE	POBLACIÓN SIN DISCAPACIDAD			POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Instituciones de seguridad social ¹	50.4	52.0	49.1	52.7	52.1	53.2
Programas sociales ²	51.4	49.5	53.1	50.5	50.6	50.4
Instituciones públicas ³	0.6	0.5	0.6	0.9	0.9	0.9
Instituciones privadas ⁴	3.1	3.3	2.8	1.4	1.3	1.4
Otras instituciones	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0

Fuente: Elaboración propia con base en el INEGI (2014b).

¹ Incluye al IMSS, ISSSTE o ISSSTE estatal y a Pemex, Defensa o Marina.

² Incluye al Seguro Popular, Seguro Médico Siglo XXI y al IMSS Prospera.

³ Incluye otros servicios de salud público (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Nacional Indigenista, estatales).

⁴ Incluye seguro privado.

Nota: La suma de los porcentajes por institución es mayor de 100% debido a que una persona puede estar afiliada a más de una.

Datos de 2016 indican que el 12% de la población con discapacidad enfrenta carencia por acceso a los servicios de salud en comparación con 15.8% de la población sin discapacidad; si bien el primero grupo registra un mayor acceso (medido como afiliación), no hay información

suficiente que permita conocer las condiciones y características del acceso que tienen a los servicios de atención médica, los costos, la oferta de servicios apropiados, las limitaciones físicas en el acceso a servicios básicos y hospitalización o la calidad de estos.

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES

El Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud se realizó con el objetivo de conocer el estado actual en el cumplimiento y la garantía del derecho a la salud en México. La propuesta metodológica se fundamentó en el análisis de tres dimensiones sugeridas por la literatura especializada en derechos humanos, a saber: accesibilidad, disponibilidad y calidad, así como en las subdimensiones con

las que se operacionalizó la definición de este derecho.

Con base en los resultados de este ejercicio diagnóstico, fue posible identificar algunos retos sensibles de atención por parte del Estado mexicano para poder avanzar en su obligación de garantizar el disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social, entendido como derecho a la salud.

Avanzar en la integración del sistema público de salud reduciendo la fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales

El análisis permitió registrar cómo la configuración fragmentada y desarticulada que caracteriza al Sistema Nacional de Salud es una de las principales causas de inequidad en la atención en salud. Este intrincado sistema de instituciones poco vinculadas entre sí —con fuentes de financiamiento diversas, poblaciones objetivo que están en continuo intercambio (como el caso de los trabajadores que entran y salen del mercado laboral formal de manera constante), paquetes de cobertura diferenciados

por sistema de aseguramiento (contributivo y no contributivo), y la falta de un sistema único de información en salud, que concentre la información proveniente de todas las instituciones tanto del sector público como privado—dificultan las acciones de coordinación entre instituciones y subsistemas; entorpece la elaboración de un padrón general de afiliación que evite duplicidades y hasta triplicidades en la derechohabiencia; dificulta la obtención de información epidemiológica indispensable

para la planeación estratégica en materia de salud pública; y, en general, ocasiona serios problemas para la operación eficaz y el ejercicio eficiente del gasto en salud.

Esta configuración resulta uno de los principales obstáculos para la implementación de una reforma sustantiva del Sistema Nacional de Salud, que armonice las prestaciones de los sistemas contributivo y no contributivo que, hoy por hoy, exhiben un nivel diferenciado de

cobertura, financiamiento y calidad. Al respecto, se ha dicho que es fundamental contar con una mayor correspondencia entre los paquetes de beneficios ofrecidos por las diferentes aseguradoras de salud en México, fomentar el intercambio de servicios entre las instituciones prestadoras, y mejorar la inversión en infraestructura para la información de datos de salud a fin de facilitar la comunicación y la continuidad de los servicios (OCDE, 2018b).

Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive de las necesidades prioritarias de atención de la población

El cambio en el perfil demográfico del país, caracterizado por una población cada vez más envejecida, aunado al aumento desproporcionado de las enfermedades crónicas no transmisibles, incrementa la demanda de servicios de atención médica y, en consecuencia, presiones financieras adicionales sobre el Sistema Nacional de Salud. A pesar de los esfuerzos emprendidos desde principios de este siglo para ampliar la cobertura, aumentar el gasto público en salud y disminuir el gasto de bolsillo por causas de salud a través de la puesta en marcha de estrategias como el Seguro Popular, estos parecen ser insuficientes a la luz de sus resultados. Como ejemplo, en 2016, 41.4 del gasto total en salud correspondió a erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo y 6.5 mediante el aseguramiento privado, lo cual representó 2.8 del PIB de ese año.

Si bien el incremento en el gasto público en salud es algo deseable, es insuficiente per se para asegurar los resultados esperados; es aquí donde la calidad en el ejercicio del gasto y en la asignación de los recursos se vuelve requisito indispensable. Para ilustrar lo anterior, en 2015, México ocupó el tercer lugar entre los países de la OCDE con mayor gasto administrativo como total del gasto público asignado para la salud. Lo anterior vuelve indispensable la generación de estrategias para optimizar el uso de los recursos disponibles para la salud. Una clara definición del cómo y en qué se gasta puede contribuir a una asignación más equitativa de los recursos y favorecer la asignación de estos en las áreas de mayor necesidad con los mejores retornos sociales.

Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención,

así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico

Un objetivo clave es reducir la dependencia del sector hospitalario y centrar la provisión del servicio en el primer nivel y la atención preventiva, con atención resolutoria que ayude a desahogar la saturación de los servicios de atención secundaria y terciaria, mediante la implementación de diversas estrategias de atención y prevención en salud.

En las comunidades aisladas y de difícil acceso geográfico se ha tratado de acercar los servicios de atención médica y preventiva a través de unidades médicas móviles y servicios de telemedicina o telesalud que operan en las unidades ambulantes y de consulta externa. Estas estrategias son parte medular de la atención para las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad por barreras en la accesibilidad física y geográfica a los servicios; sin embargo, se requiere fortalecerlas y mejorarlas

mediante la generación de indicadores que permitan monitorear su desempeño y la efectividad con la que están atendiendo a estas poblaciones.

Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación del mismo y propiciando mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país, con especial atención en las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado.

En 2015 había 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes, una de las cifras más bajas reportadas entre países de la OCDE. La misma situación prevalece en el caso del personal de

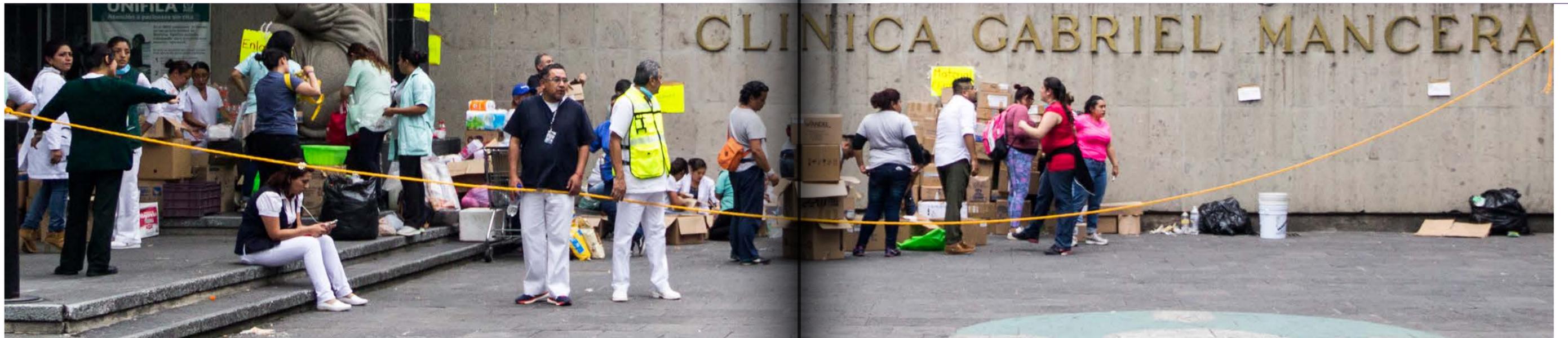
enfermería, ya que, en ese mismo año, se contaba con 2.8 de este personal por cada 1,000 habitantes; el promedio de los países de la OCDE era de nueve. Para alcanzar el estándar

promedio de los países de este organismo, se debe incrementar en 50 la cantidad de médicos y más que triplicar la cifra del personal de enfermería. Aunado a lo anterior, personal de salud suele concentrarse en centros poblacionales de alta densidad, como en Ciudad de México, que, en 2014, aglutinaba tres veces el promedio nacional de médicos especialistas. En términos de lo que el Estado puede hacer en esta situación, es conveniente reconocer que la planificación de los recursos humanos para la salud plantea retos como el tiempo que lleva su formación o la generación de estímulos e incentivos que favorezcan la movilización y permanencia del personal en las zonas de mayor aislamiento.

Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias.

A pesar de los avances registrados en años recientes en cuanto a la calidad de los servicios de salud, aún existen retos que afrontar en la materia; por ejemplo, en el tema de efectividad, la meta de RMM era de 22 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos para 2015 en los ODM, la cual no fue alcanzada, ya que en ese año ocurrieron 36.4 defunciones. De igual forma, una de cada nueve mujeres en edad fértil unida no está empleando métodos anticonceptivos a pesar de querer limitar el





tamaño de su familia o posponer un embarazo (11.4%). Otro elemento que habla de la calidad en la oportunidad de la atención es el tiempo de espera promedio en minutos para recibir consulta en urgencias, el cual aumentó de 23.4 en 2010 a 30.2 minutos en 2017.

Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de grupos sociales en desventaja, así como de regiones prioritarias.

Como se señaló, la prevención y promoción de la salud son pilares indispensables para mejorar los resultados sanitarios de cualquier país; por ello, se debe transitar de un sistema que prioriza la atención curativa a uno orientado a las actividades de prevención y promoción, centrado en las necesidades de las personas.

Entre las acciones de prevención prioritarias se encuentran las dirigidas a evitar el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama, que son la primera y tercera causa de muerte por tumores malignos entre las mujeres de 30 a 59 años, enfermedades que, de ser detectadas y manejadas a tiempo, pueden mejorar

considerablemente su pronóstico. Aunado a lo anterior, la mortalidad por *diabetes mellitus* tipo II que casi se ha duplicado en los últimos 15 años, al pasar de 47.2 muertes por cada 100,000 habitantes en el 2000 a una tasa de 86 en 2016; es la principal causa de muerte entre las enfermedades prevenibles y evitables sensibles a atención primaria. Esto da cuenta de la necesidad de fortalecer la política sanitaria con enfoque integral que aborde de manera efectiva las múltiples causas de las enfermedades crónicas no transmisibles, y priorizar las acciones preventivas sobre las correctivas, con acciones diferenciadas para los grupos y las regiones más vulnerables por estas condiciones.

Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas.

México se ha convertido en uno de los países más afectados por la pandemia de obesidad y sobrepeso. En 2016, ocupaba el primer lugar en el porcentaje de personas adultas con sobrepeso y obesidad (72.5) entre los países de la OCDE; sobrepasó incluso a Estados Unidos (70.1 en 2014), Nueva Zelanda (66.8 en 2016) y Australia (63.4% en 2014).

Si bien estas condiciones se observan en todos los grupos poblacionales en cada una de las regiones del país, existen grupos que están siendo más fuertemente afectados o que, por su condición de vulnerabilidad, sus efectos se vuelven más perniciosos, como es el caso de los niños, niñas y mujeres adultas. Al examinar la información existente por sexo, resulta que la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los adultos es mayor en las mujeres que en los hombres (75.6% entre 69.4%, en

2016), lo que coloca a las mujeres respecto de los hombres en un estado de vulnerabilidad mayor ante enfermedades derivadas de estas condiciones.

En cuanto a los niños y las niñas, México es uno de los países del mundo con mayores índices de obesidad infantil; uno de cada tres niños tiene sobrepeso o es obeso. Esta situación puede tener efectos a largo plazo en la salud de los infantes, al predisponerlos a padecer sobrepeso u obesidad en su vida adulta, comorbilidades asociadas a estas condiciones y, finalmente, la muerte prematura.

Por lo anterior, resulta indispensable fortalecer las estrategias integrales y multisectoriales para frenar el avance en la incidencia de estos padecimientos en la población general mediante acciones diferenciadas para los grupos más vulnerados por estas condiciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agudelo, M., Gutiérrez, L. M., Murillo, J. C. y Giraldo, L. (2017). Hospitalizaciones y muertes evitables por condiciones sensibles a atención primaria en salud. México, 2005-2014. En *La situación demográfica de México 2016*. México: Consejo Nacional de Población.

Abramovich, V. y Courtis, C. (2005). *Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales*. Recuperado de http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/429/Art_CourtisC_ApuntesExigibilidadJudicial_2001.pdf?sequence=1

Ares-Parga, R. (2011). Propuesta de reforma estructural para el Sistema Nacional de Salud. *Gac. Méd. Méx.*, núm. 147, pp. 475-81.

Artaza Barrios O., (2015). Calidad en el sistema de salud para el acceso y la cobertura universal en salud. En *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones* (2ª. ed.). México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.

____ (2014). El enfoque basado en derechos aplicación políticas públicas. En L. Burgorgue-Larsen, A. Maués y B. Sánchez (coords.). *Derechos humanos y políticas públicas*. Barcelona: Red de Derechos Humanos y Educación Superior. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/363069070/Carlos-Alza-El-Enfoque-Basado-en-Derechos-Aplicacion-Politicas-Publicas-2014>

Banco Mundial (2018). Indicadores del desarrollo mundial. Recuperado de <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.DYN.NMRT&country=>

Barraza-Lloréns, M., Guajardo-Barrón, V., Picó, J., García, R., Hernández, C., Mora, F. y Urtiz, A. (2015). *Carga económica de la diabetes mellitus en México*, 2013. México, DF: Funsalud.

Barrido Murgía E., De la Torre Rosas, A. y Ponce de León Rosales, S. (2013). Importancia de las infecciones nosocomiales en la seguridad del paciente y cómo prevenirlas. En *Seguridad del paciente al alcance de todos*. México: Editorial Alfil.

Cárdenas, R. (2014a). El perfil de utilización de la cesárea en México y su implicación para la salud reproductiva. En Ángeles Sánchez Bringas (coord.). *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. México: UAM. Recuperado de http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Desigualdades_en_la_procreacion._Trayect.pdf

____ (2014b). Mortalidad: niveles, cambios y necesidades en materia de política pública. En Cecilia Rabell Romero (coord.). *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico* (pp. 115-132). México: Fondo de Cultura Económica.

____ (2017). Dos décadas después: evolución y condiciones de la atención a la salud reproductiva en México. En *La situación demográfica de México 2016*. México: Consejo Nacional de Población.

Castañeda-Martínez, F. C. y Valdespino-Padilla, M. G. (2015). Prevalencia de infecciones nosocomiales en un hospital de segundo nivel de atención en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 53, núm. 6.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2016). Encuesta territorial nacional sobre derechos sociales. México: Cámara de Diputados. Agosto, 2016. Recuperado de diputados.gob.mx/cesop

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) (2011). *Fundamentos teóricos de los derechos humanos*. México. Recuperado de <http://www.defensoria.ipn.mx/Documents/DDH11G/Mod1/guia-induccion-curso4-cdhdf.pdf>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2018). Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud 1996-2017. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/314168/40_indicadores__hasta_2017__final_09_marzo_2018.pdf

Comisión Nacional del Agua (2017). Situación del subsector Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento. México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2017). Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México, 2015. Recuperado de <https://www.gob.mx/cdi/articulos/indicadores-socioeconomicos-de-los-pueblos-indigenas-de-mexico-2015-116128?idiom=es>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación general 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: ONU/Consejo Económico y Social.

____ (2004). Observancia general 3. La índole de las obligaciones de los Estados. Ginebra: ONU/Consejo Económico y Social.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México.

____ (2015a). Evaluación específica de desempeño. Unidades médicas móviles. México.

____ (2015b). Evaluación específica de desempeño. Comunidades saludables. México.

____ (2017a). Nota técnica. La carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda: evolución 2010-2016 y apuntes sobre el acceso al agua en el medio rural. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_16/Notas_Pobreza_2016/Documento_servicios_basicos_2010-2016.pdf

____ (2017b). Medición de la pobreza en México 2016. Recuperado de http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx

____ (2018a). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018*. México.

____ (2018b). *Evaluación estratégica de protección social (2a. ed.)*. México (en prensa).

Consejo Nacional de Población (Conapo) (2010). La condición de ubicación de las localidades en México. Recuperado el 10 de octubre de 2018, de <http://bit.ly/2RIH3kL>

____ (2018). Proyecciones de la población 2016-2050. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63977/Documento_Metodologico_Proyecciones_Mexico_2010_2050.pdf

Delgado, M., Márquez, H. y Santacruz, J. (2012). La seguridad del paciente: eje toral de la calidad de la atención. En *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.

Díaz-Ortega, J. et al. (2013). *Cobertura de vacunación en niños y adolescentes en México: esquema completo, incompleto y no vacunación*. *Salud Pública de México*, vol. 55, pp. S289-S299.

Doménech, D. et al. (2016). Capacidad resolutive del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente-Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014). *Revista Médica del Uruguay*, vol. 32, núm. 3, pp. 137-144.

Esquivel, G., (2015). *Desigualdad extrema en México Concentración del poder económico y político*. Oxfam México. Recuperado de https://www.oxfam.mx/org/sites/default/files/desigualdadextrema_informe.pdf

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J., y García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, vol. 57, núm. 2, pp. 180-186.

Federación Internacional de Diabetes (2015). *Atlas de la diabetes (7a. ed.)*. Recuperado de https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf

Fernández, M. (2016). Consultorios adyacentes a farmacias privadas: calidad de los servicios de salud y calidad de vida laboral. *Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, vol. 21, núm. 1.

Flamad, L. y Sánchez, L. (2013). Auditoría del Padrón de Afiliados del Sistema de Protección Social en Salud. Colegio de México. Recuperado de <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/estudios/Auditor%C3%ADa%20del%20Padr%C3%B3n%20de%20Afiliados%20del%20SPSS.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) (2016a). Una ya es demasiado. Poner fin a las muertes a causa de la neumonía y la diarrea. Recuperado de https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/11/Pneumonia-and-Diarrhoea-brochure_Spanish-1.pdf

____ (2016b). *Estado mundial de la infancia*. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf

____ (2016c). *Salud y nutrición*. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (s.f.). *El enfoque basado en derechos humanos*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>

Frenk, J., Gómez-Dantés, O. y Knaul, F. (2009). The democratization of health in Mexico: Financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 87, núm. 7, pp. 542-548.

García-Peña, C. y González-González, C. (2011). Accesibilidad y efectividad en México. *Gaceta Médica de México*, vol. 147, núm. 6, pp. 504-509.

Gómez, O. et al. (2011). Sistema de salud en México. *Salud Pública en México*, vol. 52 (suplemento 2), pp. 220-232. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es

González-Pier, E. et al. (2016). Mexico's path towards the Sustainable Development Goal for health: An assessment of the feasibility of reducing premature mortality by 40% by 2030. *The Lancet Global Health*, vol. 4, núm. 10, pp. e714-e725.

Hamui, L. *et al.* (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud de México. Un estudio de satisfacción con la atención médica. *Atención Familiar*, vol. 22, núm. 4. <http://dx.doi.org/10.22201/fac-med.14058871p.2015.4.52721>

Hernández, G., Aparicio, R. y Mancini, F. (2018) (coords.). *Estudio sobre pobreza y derechos sociales en México*. México: CONEVAL/IIS-UNAM.

Hernández, F. y Alcántara, M. (2015). *Niveles de evaluación de la calidad. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones* (2a. ed.). México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.

Hernández, M. (2013). Beneficios de la educación sobre el bienestar en salud de la población adulta en México, 2006. *Revista Electrónica de Investigación educativa*, vol. 15, núm. 2, pp. 69-81.

Hunt, P. y Khosla, R. (2008). El derecho humano a los medicamentos. *Revista Internacional de Derechos Humanos*, vol. 5, núm. 8.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2018). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME/University of Washington. Recuperado el 20 de abril de 2018, de <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). Principales resultados del censo de población y vivienda 2010. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/programas/cepu/2010>

____ (2012). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012. México.

____ (2013). Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.

____ (2014a). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2014. México.

____ (2014b). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. México. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/eic_2015_presentacion.pdf.

____ (2015a). Tabulados básicos de la Encuesta Intercensal 2015. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>

____ (2015b). Presentación de resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/eic_2015_presentacion.pdf

____ (2015c). Encuesta Intercensal 2015. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/eic_2015_presentacion.pdf.

____ (2016a). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016. México.

____ (2016b). La discapacidad en México, datos al 2014. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf

____ (2017). Indicadores económicos de coyuntura. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/notasinformativas/2017/pib_preocr/pib_preocr2017_05.pdf

____ (s.f.). Esperanza de vida. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Salud Pública (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México.

____ (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México.

____ (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México.

____ (2016) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. México.

____ (2017). Evaluación de consistencia y resultados. Fortalecimiento a la atención médica. México.

Kelley, E. y J. Hurst (2006). *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual framework paper*. OECD Health Working Papers, núm. 23. París, Francia: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/440134737301>.

Levy, S. (2008). *Good intentions, bad outcomes: Social policy, informality, and economic growth in Mexico*. Washington, EUA: The Brookings Institution.

Ley General de Salud (1984, 7 de febrero). *Diario Oficial de la Federación*. Decreto por el que se adiciona un artículo 1o. Bis a la Ley General de Salud. Última reforma publicada el 12 de Julio de 2018. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5324374&fecha=04/12/2013

Lezana, M. (2016). Consultorios adyacentes a farmacias privadas: calidad de los servicios de salud y calidad de vida laboral (CAF). *Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, vol. 21, núm. 1, pp. 3-4.

López-Carrillo, L., Suárez-López, L. y Torres-Sánchez, L. (2009). Salud pública de México. *Salud Pública de México*, vol. 51, pp. s345-s349.

López, V. (2011). Indicadores sobre el derecho a la salud en México. México. ACNUDH (núm. 344.040972 I5).

Lugo, M. (2015). *El derecho a la salud en México Problemas para su fundamentación.* México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Miranda, M. (2016). Derechos humanos y presupuesto. Una reflexión sobre los modelos presupuestarios. *Revista mensual de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal*, año XIV, núm. 8, pp. 5-10. Recuperado de http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_08_2016.pdf.

Nigenda, G., Magaña-Valladares, L., y Ortega-Altamirano, D. (2013). Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica de México*, vol. 149, núm. 5, pp. 555-561.

Nigenda, G. et al. (2016). Eficiencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México. *Salud Pública de México*, vol. 58, pp. 533-542.

Observatorio de Mortalidad Materna en México (2016). Indicadores de mortalidad materna 2014. Recuperado de http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/INDICADORES_2014_Web.pdf

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) (2003). *Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México.* México: Editorial Aedos, SA.

____ (2011). Indicadores sobre el derecho a la salud en México. México.

____ (2013). Declaración y Programa de Acción de Viena. Departamento de Información Pública de Naciones Unidas.

Organización de Estados Americanos (2017). Departamento de Derecho Internacional. Recuperado de <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Organización de las Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de https://www.colmex.mx/assets/pdfs/3-PIDESC_50.pdf?1493133895

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2006). Health care quality framework.

____ (2016). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México 2016.

____ (2017a). Health at a glance 2017: OECD Indicators. Recuperado de <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HealthataGlance2017.pdf>.

____ (2017b). Panorama de la salud 2015: indicadores de la OCDE. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/9789264270626-es>

____ (2018a). Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. OECD Health Statistics (database). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/data-00349-en>

____ (2018b). *Getting it right. Strategic priorities for Mexico.* Recuperado de https://read.oecd-ilibrary.org/development/getting-it-right_9789264292062-en#page4

____ (2018c). *Better Life Index.* Recuperado de <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Prevención de las infecciones nosocomiales.* Recuperado de http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf

____ (2004). *Informe sobre la salud en el mundo.* Recuperado el 23 de mayo de 2018, de <http://www.who.int/whr/2004/chapter3/es/>

____ (2008a). *Subsanar las desigualdades en una generación.* Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1

____ (2008b). *Informe sobre la salud en el mundo 2008.* La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_es.pdf?ua=1

____ (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad.* Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1

____ (2014). Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Recuperado el 03 de agosto de 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf.

____ (2015a). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1

____ (2015b). *Estimación de la carga mundial de las enfermedades de transmisión alimentaria.* Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/03-12-2015-who-s-first-ever-global-estimates-of-foodborne-diseases-find-children-under-5-account-for-almost-one-third-of-deaths>

____ (2016a). Mortalidad materna. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

____ (2016b). Reducción de la mortalidad en la niñez. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.

____ (2016c). Recommendation E.7. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/.

____ (2016d). Datos y cifras sobre obesidad infantil. Recuperado de <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>

____ (2016e). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

____ (2017a). Enfoque de la salud basado en los derechos humanos. Recuperado de http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf?ua=1

____ (2017b). Diabetes. Nota descriptiva 312. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

____ (2017c). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva 311. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

____ (2017d). Salud y derechos humanos. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

____ (2017e). Enfermedades diarreicas. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

____ (2018a) Sarampión. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles>

____ (2018b). Discapacidad y salud. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

____ (2018c) Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/

____ (s.f.). Atención primaria de salud. Recuperado de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

____ (s.f.). *The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide*. Recuperado de http://www.who.int/gpsc/country_work/summary_20100430_en.pdf

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1969). Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados. Recuperado de http://www.oas.org/xxxivga/spanish/reference_docs/convencion_viena.pdf.

____ (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>.

____ (2006). *Instrumentos internacionales de derechos humanos. Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos*. Ginebra: HRI.

____ (2008). *Instrumentos internacionales de derechos humanos 2008. Informe sobre los indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los derechos humanos*. Ginebra: HRI.

____ (2017). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Salud y bienestar. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, DC, EUA.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2014a). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. En pro de la salud. Desarrollo sostenible y equidad*.

____ (2014b). Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49139/obesity-plan-of-action-child_spa_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Perdigón-Villaseñor, G. y Fernández-Cantón, S. B. (2008). La mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años en México, 1950-2005. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 65, núm. 4, pp. 325-326.

Presidencia de la República (2014). Programa Nacional de Infraestructura 2014-2018. Marco normativo. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342547&fecha=29/04/2014.

____ (2016). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2015. Recuperado de <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/Doctos/InfMex2015.pdf>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2012). *Integración de los derechos humanos en las políticas y en los programas de desarrollo: Experiencias del PNUD.* Recuperado de http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty/ciento20Reduction/Inclusivepor ciento20development/ Humanpor ciento20Rightspor ciento20issuepor ciento20briefs/Spanish_Web_draft6.pdf

Quintana Roldán, C. F. (2009). *Derechos Humanos.* Ciudad de México: Editorial Porrúa.

Saavedra, J. (2017). *Tratado de cirugía general.* México: El Manual Moderno.

Secretaría de Salud (SS) (2009). Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Recuperado de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna_sesas_2008.pdf

____ (2007). Programa Sectorial de Salud Prosesa 2007-2012. México.

____ (2013). Programa Sectorial de Salud Prosesa 2013-2018. México.

____ (2014a). Dirección General de Información en Salud. Recursos físicos y materiales (infraestructura) 2003-2013. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_e_rmateriales_gobmx.html

____ (2014b). Programa de Acción Específico. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Recuperado de <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliaryAnticoncepcion.pdf>.

____ (2015a). Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. México.

____ (2015b). Avanza el uso de la telesalud o telemedicina en México. Prensa. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/avanza-el-uso-de-la-telesalud-o-telemedicina-en-mexico>

____ (2015c). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general de la salud poblacional.* México.

____ (2015d). Impacto económico del sobrepeso y la obesidad en México 1999-2023. Nota técnica. Unidad de Análisis Económico. Recuperado de http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/09/impacto_financiero_OyS_060815_oment.pdf

____ (2016a). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2016. Diagnóstico general del Sistema Nacional de Salud.* Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-evaluacion-del-desempeno?idiom=es-MX>

____ (2016b). Indicadores de resultado de los Sistemas de Salud de la Secretaría de Salud periodo 2000-2014. Recuperados de <https://www.gob.mx/salud/documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud?state=published>

____ (2016c). *Boletín de información estadística 2014-2015.* Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Boletxn_InformacxnEstadstica_14_15.pdf

____ (2017a). Anuario de morbilidad 1984 -2016. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>

____ (2017b). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Recuperado de <http://www.cndh.org.mx>: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>

____ (2017c). *Boletín de información estadística 2014-2015.* Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Boletxn_InformacxnEstadstica_14_15.pdf.

____ (2017d). Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Indicadores de prestaciones de servicios. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/324555/Cifras_de_cierre_Anexo_7_e_IG_2017_para_plataforma_DGPLADES__1_.pdf

____ (2017e). Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas). Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Recuperado de <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/indicall.php?P=201703&N=00&G=TD&E=N00000&radiobutton=J&I=i7&C=c23&V=v70&Submit=Consultar>

____ (2018a). Dirección General de Información en Salud. Salud en números (DGIS). Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/menu-salud-en-numeros?state=published>

____ (2018b). Dirección General de Información en Salud. Catálogo Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES). Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html

____ (2018c). Cubos dinámicos de la Dirección General de información en Salud. México.

____ (2018d). *Avances, logros y retos de los programas de prevención y promoción de la salud.* México.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

____ (2018e). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. México.

Serrano, S. (2013). Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos y sus principios rectores: una relación para la interpretación y aplicación de los derechos. En E. Ferrer Mac-Gregor Poisot, J. L. Caballero Ochoa y C. Steiner (eds.). *Derechos humanos en la Constitución: comentarios de jurisprudencia constitucional e interamericana*, tomo I (vol. 1, pp. 89-132). México: Suprema Corte de Justicia de la Nación/Universidad Nacional Autónoma de México/Fundación Konrad Adenauer.

Tamez-González, S., Valle-Arcos, R. I., Eibenschutz-Hartman, C. y Méndez-Ramírez, I. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Pública de México*, vol. 48, núm. 5, pp. 418-429.

Vázquez, D. (2016). Test de razonabilidad y derechos humanos: instrucciones para armar. México: UNAM-IIJ.

Vélez Arango, A. L. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Revista hacia la Promoción de la Salud*, vol. 12.

Villanueva Ega, L. A., Lezana Fernández, M. A. y Meljem Moctezuma, J. (2015). El desgaste laboral en los profesionales de la salud y sus efectos en la calidad de la atención. En *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones* (2a. ed.). México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.

Xu, K. (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología*. Ginebra: OMS.

ANEXOS

LISTA DE INDICADORES			
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	
Accesibilidad	A1	Física	Grado de accesibilidad física a los servicios de salud
			Consultas médicas del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica
			Unidades de consulta externa por tipo de localidad (rural y urbano)
			Unidades de hospitalización por tipo de localidad (rural y urbano)
			Reducción de la carencia por acceso a servicios de salud
			Tiempo promedio de traslado reportado al lugar donde se atendió debido a problemas de salud
			Farmacias que operan con modelo de CAF
			Centros de salud donde opera el servicio de telesalud
			Consultas médicas (telemedicina)
	Motivos para no buscar atención médica		
	A2	Económica	Gasto total en salud como porcentaje del PIB (México)
			Gasto público en salud como porcentaje del PIB (México)
			Gasto público en salud como porcentaje del PIB en países de la OCDE
			Estructura porcentual del gasto total en salud en países de la OCDE (gasto público y gasto privado)
			Gasto per cápita total de las personas que cuentan con seguridad social (México)
			Gasto per cápita total de las personas que no cuentan con seguridad social (México)
			Gasto total en salud en población sin seguridad social y con seguridad como porcentaje del gasto total en salud
			Gasto público total en salud como porcentaje del gasto público total
			Gasto per cápita en salud en la población sin seguridad social/con seguridad social
Porcentaje de personas que no buscaron atención la última vez que percibieron una necesidad de salud por causa de "no tener dinero"			
Gastos administrativos del Sistema Nacional de Salud como porcentaje del gasto total en salud			

LISTA DE INDICADORES			
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	
Accesibilidad	A3	A la información	Porcentaje de la población que no ha escuchado sobre los derechos sociales
			Derechos sociales sobre los que ha escuchado la población
			Percepción del cumplimiento de los derechos sociales
			Percepción de inequidad respecto de la calidad de los servicios relacionados con los derechos sociales
			Porcentaje de la población que conoce la campaña Chécate, Mídete y Muévete (por grupos de población)
			Porcentaje de la población que ha recibido información directa de la campaña Chécate, Mídete y Muévete
			Porcentaje de la población que conoce la campaña Chécate, Mídete y Muévete e identifica su propósito principal
			Porcentaje de la población que consideró que la campaña contribuye a la prevención del sobrepeso y la obesidad
			Número de campañas a nivel nacional que son parte del Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física
			Número de beneficiarios de las campañas del Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física
			Proporción de pacientes a los que el médico les explicó su condición de salud
			Proporción de pacientes a los que el médico les explicó sobre el tratamiento que deben seguir
			Proporción de pacientes que consideraron clara la información que el médico le proporcionó
			Motivos para no buscar atención médica (automedicación)
Disponibilidad	D1	Recursos humanos	Trabajadores de la salud
			Personal médico por cada 1,000 habitantes en países de la OCDE
			Personal de enfermería por cada 1,000 habitantes en países de la OCDE
			Médicos generales y familiares por 1,000 habitantes
			Médicos especialistas por 1,000 habitantes por entidad federativa
			Porcentaje de la población que acudió a algún servicio de salud y no se le brindó atención porque no había médico

LISTA DE INDICADORES			
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	
Disponibilidad	D1	Infraestructura física y servicios médicos	Unidades de consulta externa por tipo de localidad (rural y urbano)
			Unidades de hospitalización por tipo de localidad (rural y urbano)
			Total de unidades de consulta externa y hospitalización en el sector público
			Hospitales con menos de 30 camas censables
			Hospitales con más de 30 camas censables
			Camas totales por 1,000 habitantes en países de la OCDE
			Intervenciones quirúrgicas por 1,000 habitantes en el sector público
			Intervenciones quirúrgicas por 1,000 habitantes en el sector público (estándar del Banco Mundial)
			Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas
			Cobertura con esquema completo de vacunación en niños menores de un año
			Consultas de medicina de especialidad por 1,000 habitantes
			Consultas de medicina de especialidad por 1,000 habitantes por entidad federativa
			Porcentaje de pacientes con recetas surtidas en forma completa en el primer nivel de atención
			Razones para no buscar atención médica
	Razones que le dieron para no atenderlo cuando buscó atención médica		
	D2	Servicios básicos como determinantes de la salud	Distribución porcentual de las viviendas según material predominante en pisos
			Material en paredes
			Porcentaje de viviendas que disponen de agua entubada
			Porcentaje de viviendas que disponen de drenaje

LISTA DE INDICADORES			
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	
Calidad	D2	Servicios básicos como determinantes de la salud	
		Porcentaje de viviendas en donde se usa leña o carbón como combustible para cocinar	
		Porcentaje de viviendas no indígenas que cocinaban con leña o carbón y no tenían chimenea	
	C1	Seguridad	Muertes por riesgo atribuible a la contaminación interior de los hogares
			Tasa de infección nosocomial
			Porcentaje de pacientes con infección nosocomial respecto al total de egresos
			Porcentaje de pacientes con infección nosocomial respecto al total de egresos por entidad
			Porcentaje de pacientes con infección nosocomial respecto al total de egresos por institución
			Tiempo promedio para recibir consulta en urgencias por estados
			Tiempo promedio para recibir consulta en urgencias por institución
			Porcentaje de laudos concluidos con evidencia de mala práctica
			Porcentaje de laudos emitidos provenientes del sector público según la evaluación del acto médico (evidencia de mala práctica) en relación con el total de laudos en el sector público
			Porcentaje de laudos provenientes del sector privado según la evaluación del acto médico (evidencia de mala práctica) en relación con el total de laudos emitidos
	C2	Efectividad	Principales causas de mortalidad
			Principales causas de mortalidad en hombres y mujeres
			Principales causas de mortalidad por grupos de edad
			Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
			Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares
			Tasa de incidencia de <i>Diabetes mellitus</i> tipo II, por grupos de edad

LISTA DE INDICADORES			
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	
Calidad	C2	Efectividad	Tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo II, por sexo
			Tasa de Incidencia de Diabetes mellitus Tipo II por entidad federativa
			Tasa de mortalidad por Diabetes mellitus tipo II
			Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos, por sexo
			Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos, por sexo
			Población activa físicamente por grupo etario
			Distribución relativa de las defunciones maternas según institución de afiliación en salud
			Razón de mortalidad materna (defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos)
			Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos
			Mortalidad infantil en países de la OCDE
			Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedades diarreicas defunciones por cada 100,000 menores de cinco años
			Tasa de cesáreas (cesáreas por cada 100 partos)
			Proporción de operaciones cesáreas por cada 100 nacidos vivos en países de la OCDE
	C3	Atención centrada en la persona	Proporción de usuarios que consideraron la información proporcionada por el médico de consulta externa en el primer nivel de atención como clara (por instituciones)
			Proporción de usuarios que consideraron la información proporcionada por el médico de consulta externa en el primer nivel de atención como clara
			Porcentaje de usuarios que consideraron haber recibido un buen trato en la unidad de consulta externa de primer nivel
			Porcentaje de usuarios que consideraron haber recibido un buen trato en la unidad de consulta externa de primer nivel (por institución)
			Satisfacción con la cantidad de medicamentos recibidos
			Satisfacción con la cantidad de medicamentos recibidos (por institución)

LISTA DE INDICADORES			
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	
Calidad	C3	Atención centrada en la persona	Promedio de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud
			Proporción de usuarias activas de métodos anticonceptivos en edad fértil por estados
			Cobertura con esquema completo de vacunación en niños de uno a cuatro años
			Proporción de casos nuevos de tuberculosis pulmonar
			Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales
			Prevalencia de VIH en población adulta (15 a 49 años)
			Tasa de mortalidad por VIH/sida (por 100,000 habitantes)

El CONEVAL ha realizado una serie de estudios sobre los derechos sociales. El Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018 señala que es necesario incluir el acceso oportuno, asequible y con calidad para todas las personas en el país.

Contar con este diagnóstico permite conocer el grado de avance en el cumplimiento pleno del derecho social de las personas, en términos de la obligación del Estado de garantizar su disfrute.

CONEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Av. Insurgentes Sur # 810,
Colonia Del Valle, Del. Benito Juárez,
CP. 03100, Ciudad de México.

www.coneval.org.mx



Coneval



@Coneval



conevalvideo



@coneval_mx



blogconeval.gob.mx