

PRINCIPALES RETOS
EN EL EJERCICIO DEL
**DERECHO A
LA SALUD**

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide se puede mejorar



CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

Investigadores académicos

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 Roberto 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 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

Diseño:
Cristina González Villeda
Corrección de textos:
Mariana Simón Chavero
Verónica Camacho Trejo

Primera edición, 2019
Insurgentes Sur 810, colonia Del Valle,
alcaldía de Benito Juárez, CP. 03100,
Ciudad de México.

Citación sugerida:
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2019). *Principales retos en el ejercicio del derecho a la salud*. Ciudad de México: CONEVAL.





CONTENIDO

■ 1. Definición del derecho a la salud	6
■ 2. Dimensiones de análisis/atributos/subdimensiones	7
2.1 Accesibilidad	7
2.2 Disponibilidad	8
2.3 Calidad	9
■ 3. Principales hallazgos	10
■ 4. Brechas	17
■ 5. Retos para el cumplimiento del ejercicio del derecho	19
■ Referencias	20


1. DEFINICIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud se define como “el derecho al disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social” (PIDESC, 1966).

Por lo tanto y de acuerdo con el Protocolo de San Salvador, las medidas para garantizar este derecho son:

- 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.
- La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
- La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.
- La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (OEA, 2017).





2. DIMENSIONES DE ANÁLISIS/ ATRIBUTOS/SUBDIMENSIONES

2.1 ACCESIBILIDAD

Implica la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender (CONEVAL, 2014).

Accesibilidad física. Es el conjunto de características que considera la localización geográfica de acceso razonable o por medio de tecnología a los servicios de salud.

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

Acceso a la información. Son los medios que facilitan el acceso a la información relevante sobre las acciones de prevención, promoción y condición de salud de una persona o conjunto de personas.

2.2 DISPONIBILIDAD

Se relaciona con los recursos mínimos para el otorgamiento de los bienes y servicios que el sistema de salud debe proveer, de manera obligatoria, a la población; así como los relacionados 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.

Recursos. Son aquellos relacionados con la suficiencia de recursos humanos capacitados y competentes, los referentes a la infraestructura física, equipamiento, materiales e insumos que faciliten el otorgamiento de los servicios de atención a la salud.

Servicios básicos. Son los factores que determinan un ambiente favorable para preservar la de salud de las personas.





2.3 CALIDAD

La calidad se refiere a hacer las cosas bien con el uso adecuado de los recursos, respetando la dignidad y autonomía de las personas, 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 Barrios O., 2015).

Seguridad. 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 (OCDE, 2006).

Efectividad. Implica "prestar servicios basados en conocimientos científicos a todos aquellos que se puedan beneficiar" (OCDE, 2006).

Atención centrada en la persona. Alude 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 (OCDE, 2006).

3. PRINCIPALES HALLAZGOS



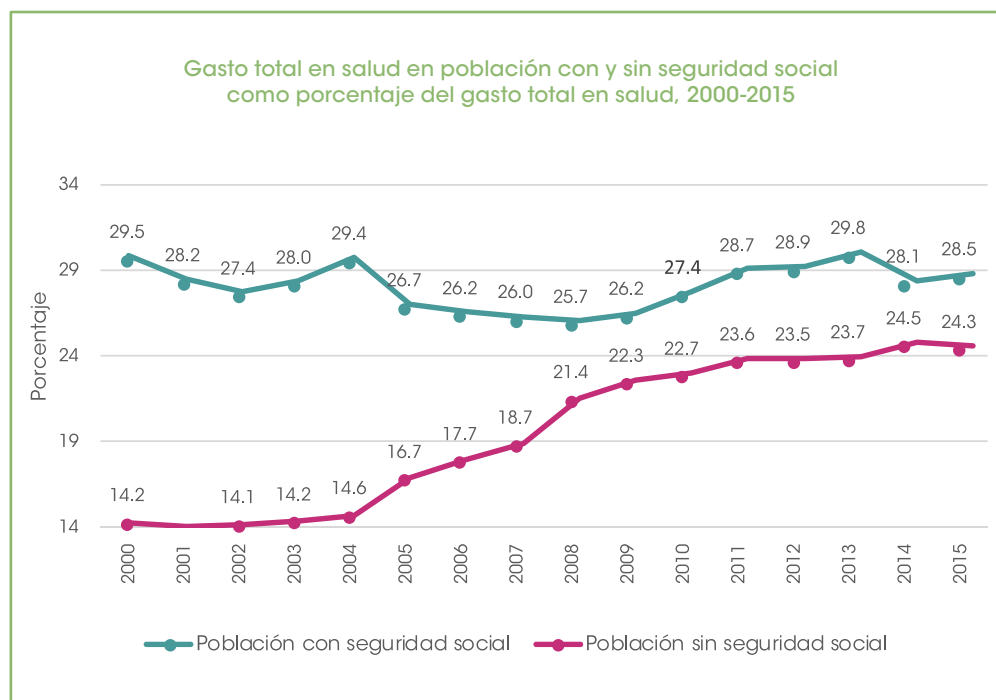
- **Entre 2008 y 2016**, la carencia por acceso a servicios de salud se redujo 22.9% al pasar de 38.4% en 2008 a 15.5% en 2016, pese a esto, 19 millones de personas aún no contaban con acceso a servicios de atención médica (CONEVAL, 2018).
- **El avance en el acceso a los servicios de salud mediante** la afiliación al Seguro Popular fue especialmente significativo en las personas con menores ingresos; en 2016, 79.7% de la población del decil I se encontraba afiliada a este sistema (ENIGH, 2016).
- **La esperanza de vida** al nacer pasó de 34 años en 1930 a 75 años en 2016 (INEGI, s.f.), pero aún es una de las más bajas entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), la cual se ubica alrededor de los 80 años (OCDE, 2017).

Accesibilidad física

- **En 2018, cerca de un tercio (30.9%)** de las localidades del país se encontraban en condiciones de aislamiento, mismas que concentraban 3,137,271 personas que, por esta situación, se hallaban sin acceso a servicios de salud (CONEVAL, 2019).
- **Entre 2010 y 2016**, ha disminuido la proporción de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia (3.7 a 2.1 respectivamente) (CONEVAL, 2017).
- **Entre 2013 y 2015**, las consultas médicas impartidas mediante los servicios de telemedicina y telesalud pasaron de 12,126 a 106,978 (SS, 2015a).
- **En 2017, el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica** otorgó 2.5 millones de consultas a la población que habitaba en zonas marginadas, con alta dispersión y difícil acceso por su ubicación geográfica (SS, 2017b).

Accesibilidad económica

- **México fue el tercer país** entre los miembros de la OCDE con menor gasto total en salud¹ en 2016, 5.8% contra 9% del PIB promedio (OCDE, 2018).
- **El gasto público en salud de México** fue de 3% en 2016, el más bajo entre los países de la OCDE (OCDE, 2018).
- **En este mismo año (2016)**, el gasto privado² de México fue el segundo más alto entre los países de la OCDE; 41.4% fueron erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo³ y 6.5% de aseguramiento privado (OCDE, 2018).
- **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 a los 5,644.7 pesos per cápita de quienes contaban con un esquema contributivo (seguridad social) (SS, 2018a).
- **Los recursos disponibles** no siempre se usan de la forma más eficiente y equitativa, probablemente como consecuencia de 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. Además, existe una coordinación limitada para recaudar ingresos adicionales y que garantice la asignación equitativa entre las distintas instituciones (OCDE, 2016).



Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud, (2018a)

¹ El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud.

² El gasto privado se compone por la suma del gasto de bolsillo y el gasto en aseguramiento privado.

³ Gasto directo de los consumidores en productos y servicios de atención sanitaria, generalmente 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.

Recursos humanos

- **Entre 2005 y 2014**, los trabajadores dedicados al cuidado de la salud aumentaron aproximadamente en 215,000 para llegar a poco más de 762,000 en 2014. Cada año se incorporaron alrededor de 24,000 trabajadores de la salud, lo cual representó un crecimiento de 3.7% en promedio en todo el periodo (SS, 2016a).
- **En 2015**, la proporción de médicos y personal de enfermería en México fue de las más bajas en comparación con los países miembros de la OCDE; por un lado, la relación de médicos por cada 1,000 habitantes fue de 2.4, mientras que en los países 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 mientras que el promedio de la OCDE fue de nueve (OCDE, 2018).
- **En cuanto a su concentración**, se refleja una distribución desigual del personal médico especializado en las entidades federativas, por ejemplo, en 2014, Chiapas contaba con 0.4 por cada 1,000 habitantes, mientras que Ciudad de México contaba con casi dos (1.99), cinco veces la cantidad con respecto del primero (SS, 2016b).



Infraestructura física y servicios médicos

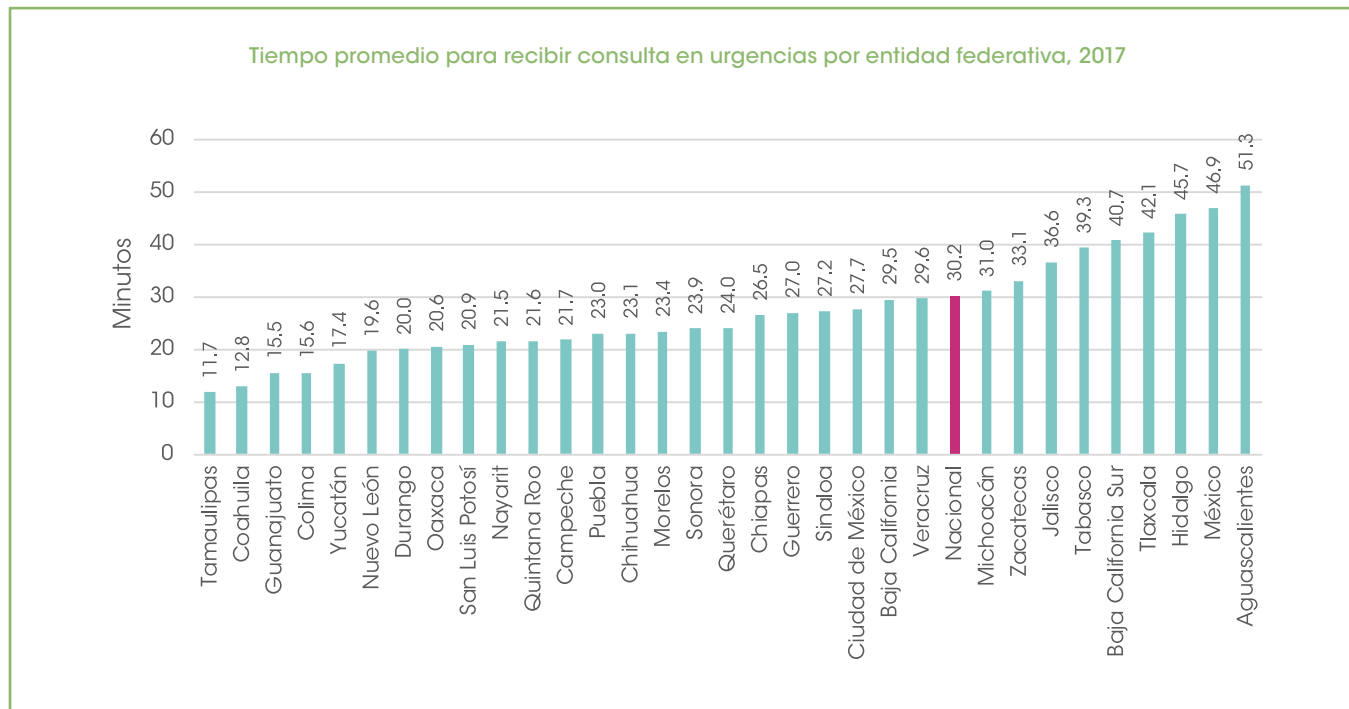
- **Las unidades de consulta externa y de hospitalización** presentaron un crecimiento constante en el periodo de 2010 a 2015 al pasar de 26,277 a 28,366 unidades en total, lo que en este periodo significó un aumento de 2,089 unidades (8%) (SS, 2016c). Sin embargo, debido a la falta de información sobre 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.
- **Entre 2005 y 2015**, las camas en el sector público registraron un crecimiento de 1.8%, mientras que en el sector privado el crecimiento fue de 5.9%. En 2015, el sector público concentró 75.8% del total de camas y el privado 24.2% (SS, 2016c).
- **El promedio de camas totales en 2015** fue de 1.5 por cada 1,000 habitantes, lo que coloca a México como el segundo país con menor número de camas entre los países de la OCDE, en cuyo conjunto el promedio fue de 4.7 (OCDE, 2018).
- **En 2014 el sector privado** contaba con más de 69% de las unidades hospitalarias para una población afiliada a seguros privados de tan solo 3.2 millones. Mientras que el Seguro Popular y el IMSS contaban con 18.3 y 6.3% de unidades hospitalarias, respectivamente, para otorgar atención a una población afiliada de 55.6 y 43.4 millones de personas, respectivamente (SS, 2016c), es decir, la relación de unidades hospitalarias con respecto del volumen de afiliación podría afectar la oportunidad y calidad de la atención.



Seguridad

■ **Entre 2010 y 2017** se registró un aumento en el tiempo de espera promedio en urgencias al pasar de 23.4 a 30.2 minutos (SS, 2018c). Las instituciones de los gobiernos estatales y el IMSS registraron más de 50 minutos en promedio para brindar el servicio en las salas de urgencias, mientras que las instituciones privadas, las instituciones de universidades y las fuerzas armadas reportaron menos de 15 minutos en promedio (SS, 2018c).

■ **La tasa de infecciones** nosocomiales registró, en 2017, 16 casos por cada 100 egresos (SS, 2018c), cifra por debajo del estándar nacional propuesto por el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (25 casos por cada 100).



Fuente: Elaboración propia con base en (SS, 2018c).



Efectividad

- **Siete de cada diez adultos** en el país padecían obesidad o sobrepeso en 2016, lo que coloca a México en el primer lugar entre los países miembros de la OCDE con estos padecimientos (OCDE, 2017).
- **Un tercio de los niños y las niñas** de entre 5 y 11 años padecían sobrepeso y obesidad (ENSANUT, 2016), lo que amenaza la salud, el desarrollo y finalmente la calidad y expectativa de vida de quienes lo padecen.
- **Se estima que, en 2030**, la diabetes será la séptima causa de muerte en el mundo; en México es ya la segunda (SS, 2018a).
- **Los estados con mayor incidencia** de *diabetes mellitus* en 2016 fueron Aguascalientes (687), Morelos (617.3), Tamaulipas (564.3), Durango (553.3) y Baja California (474.6). Y la menor incidencia se encontró en Guanajuato (210.7), Colima (244.1), Oaxaca (255.8) y Chiapas (278) (SS, 2017a).
- **La tasa de mortalidad** por *diabetes mellitus* tipo II se ha duplicado en los últimos 15 años al pasar de 47.2 a 86 muertes por cada 100,000 habitantes (SS, 2018; CONAPO, 2018).
- **Entre 2000 y 2013**, la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón aumentó de 43.5 a 63.3 muertes por 100,000 habitantes (SS, 2015b).
- **En 2015, México reportó** la mayor tasa de mortalidad 30 días después de un evento cerebrovascular entre los países de la OCDE: 19.2 muertes por cada 100 hospitalizaciones por esta causa, mientras el promedio de los miembros de la OCDE fue de 8.2% (OCDE, 2018).
- **En lo referente a la tasa** de mortalidad por infarto al miocardio después de 30 días de haber ingresado al hospital, México tiene la tasa de mortalidad más alta entre los países de la OCDE con 28.2 muertes por cada 100 ingresos, en contraste con el promedio de la OCDE de 7.5 muertes (OCDE, 2018).



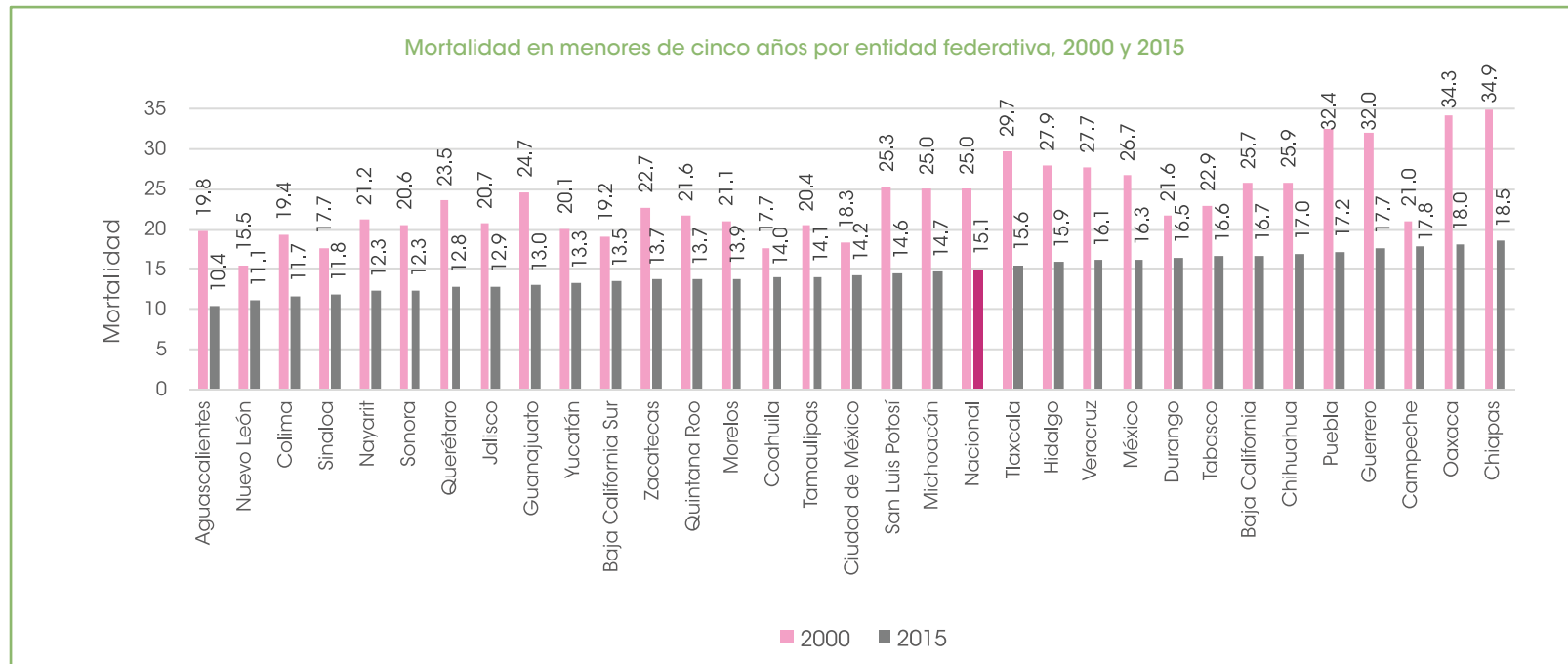
Atención centrada en la persona

- **De 2000 a 2014**, las consultas de control prenatal se incrementaron 20.4% al pasar de 4.4 a 5.3 consultas promedio por mujer embarazada. Si bien el incremento es acorde a lo requerido en la NOM-007-SSA2-2016 que establece un mínimo de cinco consultas, recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) amplió la recomendación a mínimo ocho consultas prenatales (OMS, 2016).
- **El uso de métodos anticonceptivos** en mujeres en edad fértil fue de 72.3% (PR, 2016), ligeramente por debajo de la meta establecida para 2018 en el Programa de Acción Específico: Planificación Familiar y Anticoncepción de 76.5% (SS, 2014).
- **Sobre la cobertura del esquema** completo de vacunación en niños menores de un año no se reportan avances e incluso se observa un ligero retroceso, ya que de 2008 a 2014 pasó de 90 a 88.9% (SS, 2016b).

4. BRECHAS

Niños y niñas:

- **Se han registrado avances importantes** en cuanto a la disminución de la mortalidad en la niñez. En 1990 la mortalidad en menores de cinco años era de 41 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que en 2015 fue de 15.1 (PR, 2016); en los Objetivos de Desarrollo del Milenio se adoptó la meta de reducir la mortalidad a 13.7 para 2015, la cual no fue cumplida de forma puntual.



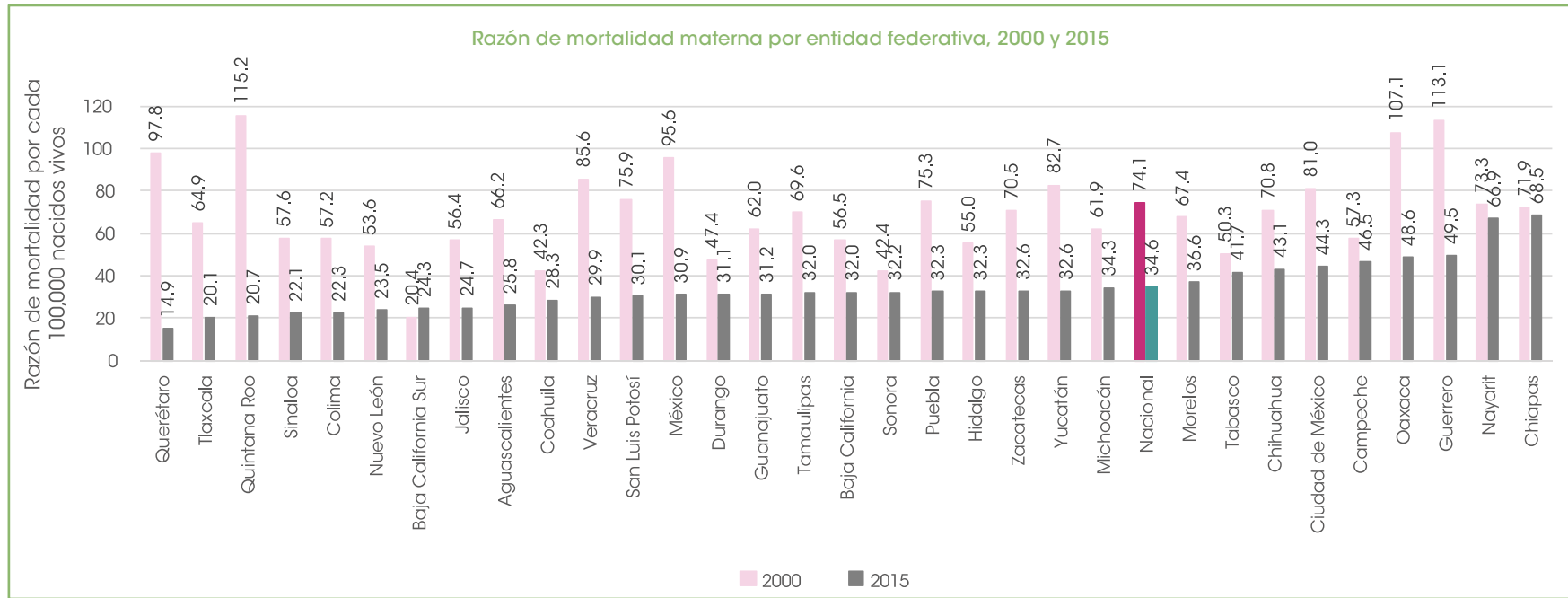
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Presidencia de la República (2016).

Mujeres y hombres:

- **Con respecto a la mortalidad infantil**, en 2015, se registraron 12.5 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que la meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para este indicador fue de 10.8 (PR, 2016), siendo mayor que el promedio de los países miembros de la OCDE el cual es de 3.9 (OCDE, 2017).
- **En 2015, las entidades con las mayores tasas de mortalidad infantil** fueron Puebla (14.3), Estado de México (14.3), Tabasco (14.7) y Campeche (15.5), mientras que Aguascalientes (8.7), Sinaloa (9.8), Nayarit (9.9) y Nuevo León (9.9) presentaron las menores tasas (PR, 2016).
- **En 2016, 39.2% de las mujeres de 12 a 19 años** tenían sobrepeso u obesidad, mientras que en el grupo de los hombres

fue de 33.5%. Situación similar ocurría en las mujeres adultas con 75.6% de estas con sobrepeso y obesidad contra 69.4% en el caso de los hombres (ENSANUT, 2016). Derivado de lo anterior, la tasa de incidencia de *diabetes mellitus* tipo II, en 2016, fue mayor entre las mujeres (413.7) que entre los hombres (318.4).

- **La razón de mortalidad materna sigue siendo un reto** en la garantía del derecho a la salud, cuya meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 fue de 22.2 muertes por causas maternas por cada 100,000 nacidos vivos; la cual no se cumplió al quedar en 34.6 muertes en este mismo año (PR, 2016).



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

5. RETOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL EJERCICIO DEL DERECHO



- Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo su 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 generando mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país con especial atención a 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.

Referencias

- Artaza Barrios O. (2015).** Calidad en el Sistema de Salud para el Acceso y la Cobertura Universal en Salud. *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Segunda edición.* Biblioteca Mexicana del Conocimiento.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2018).** *Proyecciones de la Población 2016-2050.* Recuperado el 10 de octubre de 2018, de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63977/Documento_Metodologico_Proyecciones_Mexico_2010_2050.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2018).** *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018.* CONEVAL, 2018.
- _____. **(2017).** *Medición de la Pobreza en México 2016.* Recuperado el 10 de mayo de 2018 de http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2016.aspx
- _____. **(2015).** *Evaluación Específica de Desempeño. Unidades médicas móviles.* CONEVAL, 2015. En prensa.
- _____. **(2014).** *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular.* México, DF: CONEVAL, 2014.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016).** Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. (ENIGH, 2016).
- _____. **(s.f.).** Esperanza de Vida. Recuperado el 13 de mayo de 2018, de: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2017).** Evaluación de Consistencia y Resultados. *Fortalecimiento a la atención médica.* INSP, 2017.
- _____. **(2016).** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. (ENSANUT, 2016).
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2018).** *Health expenditure and financing: Health expenditure indicators,* OECD Health Statistics (database). Recuperado el 20 de mayo de 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1787/data-00349-en>
- _____. **(2017).** *Health at a Glance 2017: OECD Indicators.* Recuperado el 23 de mayo de 2018, de: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HealthataGlance2017.pdf>.
- _____. **(2016).** *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016.*
- _____. **(2006).** Health Care Quality Framework
- Organización de Estados Americanos (OEA). (2017).** Departamento de Derecho Internacional. OEA, 2017. Recuperado el 10 de agosto de 2017 <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016).** *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado.* Recuperado el 10 de febrero de <http://www.who.int/es/newsroom/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966).** *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.* Recuperado 12 de junio de 2017 de El Colegio de México: https://www.colmex.mx/assets/pdfs/3-PIDESC_50.pdf?1493133895
- Presidencia de la República (PR). (2016).** *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México Informe de avances 2015.* Recuperado 9 de abril de 2018, de: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/Doctos/InfMex2015.pdf>

- Secretaría de Salud (SS). (2018a).** Dirección General de Información en Salud. Salud en números (DGIS). Recuperado el 5 de marzo de 2018, de: Secretaría de Salud <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/menu-salud-en-numeros?state=published>
- _____ **(2018b).** Cubos Dinámicos de la Dirección General de información en Salud
- _____ **(2018c).** Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Recuperado el 30 de mayo de 2018, de: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/indicall.php?P=201703&N=00&G=TD&E=N00000&radiobutton=J&l=i7&C=c23&V=v70&Submit=Consultar>
- _____ **(2017a).** Anuario de Morbilidad 1984 -2016. *En Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)*. Recuperado de: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- _____ **(2017b).** Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Indicadores de prestaciones de servicios. Recuperado el 11 de septiembre de 2018 de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/324555/Cifras_de_cierre_Anejo_7_e_IG_2017_para_plataforma_DGPLADES__1_.pdf
- _____ **(2016a).** *Informe sobre la salud de los mexicanos 2016 Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado el 9 de mayo de 2018, 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 el 23 de mayo de 2018, 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 el 25 de noviembre de 2017 de http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Boletxn_InformacixnEstadxstica_14_15.pdf
- _____ **(2015a).** *Avanza el uso de la Telesalud o Telemedicina en México.Prensa*. Recuperado el 6 de febrero de 2018, de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/avanza-el-uso-de-la-telesalud-o-telemedicina-en-mexico>
- _____ **(2015b).** *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico General de la Salud Poblacional*.
- _____ **(2014).** *Programa de Acción Específico. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*. Recuperado el 31 de agosto de 2017, de <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>.

En el documento Principales retos en el ejercicio del derecho a la salud se señala que es necesario incluir el acceso oportuno, asequible y con calidad para todas las personas en el país.

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

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

www.coneval.org.mx



Coneval



@Coneval



conevalvideo



@coneval_mx



blogconeval.gob.mx