



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

**“Desafíos públicos en la universalización segmentada de los
Servicios de Salud en México”**

“TRABAJO TERMINAL DE GRADO”

“Modalidad: Trabajo terminal de grado por capítulo de libro”

Que para obtener el grado de:

Maestro en Derecho Área Terminal Derechos Humanos

PRESENTA:

L. EN D. JORGE ALEJANDRO CAMBRONI CUEVAS

TUTOR ACADÉMICO:

DRA. EN D. LUZ MARÍA CONSUELO JAIMES LEGORRETA

TUTORES ADJUNTOS:

DRA. EN D. MARÍA DE LOURDES MORALES REYNOSO

DRA. En C. Soc. y Pol. GABRELA FUENTES REYES

Ciudad Universitaria, Toluca, México; marzo de 2017

DESAFIOS PÚBLICOS EN LA UNIVERSALIZACIÓN SEGMENTADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO.

Jorge Alejandro Cambroni Cuevas
Luz María C. Jaimes Legorreta

La medicina ha prolongado nuestra vida, pero no nos ha
facilitado una buena razón para seguir viviendo.
Miguel Delibes

Sumario: Introducción; I. Subsistemas de salud en México: Medios con los que se cuenta actualmente; II. El problema de la falta de cobertura de los Servicios de Salud en México; III. Interpretación jurídica de los servicios de salud en el Derecho Público Mexicano; IV. Desafíos en la Universalización de los Servicios de Salud en México; V. Avances de la Universalización de los Servicios de Salud en México; VI. Consolidación efectiva de un Sistema Universal de Salud: Buscando una Solución; Fuentes de información

Introducción

El Sistema de Salud Mexicano se encuentra establecido con elementos concretos que lo distinguen, partiendo de nuestra realidad poblacional respaldada en los resultados oficiales del último censo de población y vivienda emitido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2010, la población total en nuestro país era de 112,336,538 habitantes,¹ de los cuales el 31.8 por ciento de la población presentaba carencia en el acceso a los servicios de salud, lo que es equivalente a casi 36 millones de personas², lo que representa una estratificación general de los servicios de salud otorgados por el Estado Mexicano no solo en lo tocante a ubicación geográfica, sino a la distribución de recursos financieros, humanos, equipamiento, capacitación e investigación médica, lo cual varía considerablemente de una entidad federativa a otra.

¹ http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt
Cifras oficiales derivadas del Censo de Población y Vivienda 2010 [consultado el 10/10/2016]

² Informe de Evaluación de la política de Desarrollo social en México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México, p.13

Las circunstancias antes señaladas inciden en los porcentajes de morbilidad y mortalidad que presentan las diversas regiones de nuestro país, ya que el acceso a los servicios de salud que ofrece el Estado Mexicano se encuentran estratificados por un sistema, el cual requiere además de la afiliación, el debido cumplimiento de los requisitos y condiciones de elegibilidad, donde generalmente suele estar vinculado a una determinada relación laboral, obteniendo su viabilidad económica a través de cuotas obrero patronales, las cuales se encuentran íntimamente ligadas al salario que percibe un determinado trabajador, así como al tipo de relación laboral de la cual es parte.

Es por ello que la población mexicana vive una tremenda estratificación para acceder a los servicios de salud, ya que fueron creadas distintas instituciones con diversos requisitos y condiciones de acceso a los servicios de salud que se prestan, generándose diversidad en derechos, coberturas y garantías brindadas por el Estado Mexicano.

Esta segmentación de los servicios de salud es sinónimo de inequidad y fragmentación para la sociedad mexicana, ya que genera marcadas diferencias en la prestación de los servicios de salud, anulando la posibilidad de una verdadera y efectiva universalización de los servicios de salud en México, ya que este modelo divide a la población en función a su relación laboral y capacidad de pago; por lo que existen diversas instituciones de salud con distintos esquemas de financiamiento y diversas coberturas de aseguramiento, lo que representa una falta de coordinación de las acciones del Estado en el ejercicio de sus potestades públicas, las cuales deben atender los principios constitucionales, así como los principios generales del Derecho Social..³

³ Que lo definen como el conjunto de normas que protegen y reivindican a los económicamente débiles. Delgado Moya Rubén, El Derecho Social del Presente, Porrúa, México, 1977, p.116

Por ello debemos partir de lo dispuesto en el párrafo cuarto del Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación a que “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...”⁴ ; lo que sin duda incorpora un desafío contemporáneo para el derecho público, el cual, no ha ofrecido una vía sistematizada y homogénea apegada al deber ser de los poderes públicos, que permita lograr una coordinación de los distintos subsistemas y prestar servicios de salud a un determinado grupo poblacional, es decir a una derecho-habencia específica.

I. Subsistemas de salud en México: Medios con los que se cuenta actualmente.

En nuestro país la prestación de los servicios de salud se puede dividir en dos grandes sectores, el público y el privado; el sector público se encuentra integrado por instituciones con presencia a nivel federal p.e: el IMSS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX, así como los diferentes sistemas de salud locales, como lo es el ISSEMYM en el Estado de México, los cuales otorgan servicios a un núcleo específico de la población, definido como sector productivo formal (pueden estar inmersos en una relación burocrática o una de tipo obrero-patronal). Por otro lado, existen instituciones y programas públicos que otorgan servicios de salud a ciudadanos no derecho-habientes, p.e: el Seguro Popular⁵ a través de la Secretaría de Salud

⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_29ene16.pdf[consultado el 19/10/2016]

⁵ El Gobierno Federal, después de una fase piloto entre los años 2001 y 2003, articuló el nacimiento del Seguro Popular, formalizándose el 15 de mayo de 2003 mediante decreto presidencial, convirtiéndose en una alternativa real para los mexicanos que no tenían garantizado el acceso a una institución de salud, contando a partir de ese momento con un ente público que les garantiza el acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado, establecido bajo un sistema de afiliación voluntaria y un esquema de contribución accesible, pero sobre todo acorde a la capacidad de pago de cada núcleo familiar, el cual en una etapa inicial contemplaba el otorgamiento de 78 intervenciones o conglomerados de servicios, hasta llegar el día de hoy al otorgamiento de 250 procedimientos médicos, mismos que se clasifican en grupos de servicios los cuales son: Acciones de detección y prevención para toda la familia, medicina ambulatoria, odontología, salud reproductiva, embarazo, rehabilitación, hospitalización, urgencias y cirugías a través del Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), documento operativo de referencia del Sistema de Protección Social en Salud en el cual se describen las diversas intervenciones médicas a que tiene derecho el beneficiario del

Federal o las Secretarías de Salud de las Entidades Federativas, así como los diversos programas de salud públicos, como el IMSS-Prospera, Seguro Médico Siglo XXI, solo por mencionar algunos. Asimismo, las instituciones de salud privadas prestan el servicio a población con capacidad de pago.

Cabe señalar, que el Seguro Popular tuvo que ser ampliado pero al mismo tiempo focalizado para hacer frente a las compromisos contraídos por el Estado Mexicano en el marco de los Objetivos del Milenio, dentro de los cuales nuestro país se obligó a reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años en el año 2015⁶, por lo cual el Gobierno Federal puso en marcha el programa público denominado: Seguro Médico Siglo XXI, dirigido específicamente a niños menores de cinco años que no cuenten con afiliación a alguna institución de seguridad social.

Asimismo, a efecto de facilitar el acceso a la salud y disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en el mundo, múltiples organismos internacionales han realizado esfuerzos, como lo hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en coordinación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), al implementar un programa internacional llamado Hospital Amigo del Niño, el cual consta de guías dirigidas a gobiernos, ministerios de salud, instituciones de salud públicas y privadas, profesionales de la salud, técnicos en salud, con el fin específico de fomentar la lactancia materna exclusiva y continua; desde el nacimiento hasta los seis meses de edad y de manera mixta hasta los dos años de edad, limitando el uso de sucedáneos de la leche materna, promoviendo una alimentación idónea y eficaz, combatiendo con estas acciones la desnutrición y la mortalidad infantil, acusada por infecciones de VIH/SIDA proveniente de padres, por

Seguro Popular, mismo que ha ido incorporando de manera gradual el tipo y número de procedimientos médicos ofrecidos, subrayando que se trata de una cobertura médica exclusiva para núcleos familiares afiliados, sobre tratamientos y padecimientos señalados en el catálogo.

⁶ Objetivos de Desarrollo del milenio en México Informe de avances 2015, Oficina de la Presidencia de la República Palacio Nacional, 1ª. Edición, México, 2015, P.25

lo cual, el Estado Mexicano realizó el 2 de abril de 2014 diversas reformas y adiciones a la Ley General de Salud, Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ley de Protección de los Niños y las Niñas, Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia, para así garantizar y facilitar las acciones de fomento y vigilancia para la práctica de la lactancia materna y aprovechar las bondades y beneficios que aportan a la salud del ser humano no solo en la edad temprana sino en toda la vida.

Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a partir del año 1973 creó una red de servicios de salud que beneficia a habitantes que carecen de algún tipo de seguridad social y que habitan en zonas marginadas de nuestro país, llevando el nombre de IMSS-PROSPERA, el cual brinda servicios de salud comunitaria a través de unidades médicas, móviles, brigadas de salud, hospitales rurales; con un plan de trabajo establecido por población, lo que significa llevar la atención médica a una zona geográfica definida, atendiendo los padecimientos de alta frecuencia, teniendo un gran impacto en la mejoría de salud de los pobladores de una circunscripción, estando sujeta la prestación de estos servicios médicos a una determinada temporalidad, pudiéndose dar una duplicidad en la prestación de la atención médica a una misma población beneficiada, producto también de la incompatibilidad de información y padrones entre instituciones públicas.

II. El problema de la falta de cobertura de los Servicios de Salud en México.

Es una realidad que los factores presupuestales mejoran o empeoran el acceso a los servicios de salud en nuestro país. Conforme a las estimaciones realizadas por el CONEVAL, con base en los datos de población y vivienda 2010, el 33.2 por ciento de la población manifiesta no tener acceso a los servicios de salud;⁷ ésta falta de acceso genera que un alto porcentaje de la población esté obligado a realizar gastos

⁷ Informe de Evaluación de la política de Desarrollo social en México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México, p.20

empobrecedores, ya que de acuerdo con el Sistema de Cuentas en Salud, en el año 2009 el gasto privado en salud per cápita fue de \$3,667 pesos, del cual 46 por ciento se ocupó en el pago de medicamentos, 43 por ciento en servicios hospitalarios y 11 por ciento en hospitalización.⁸

Sin duda, los factores sociales, culturales, laborales, étnicos, geográficos, ideológicos, éticos, jurídicos afectan el acceso y cobertura de los servicios de salud en México y el mundo, por lo que en Ginebra Suiza durante los días del 25 de abril al 12 de mayo del año 2000, se llevó a cabo el vigésimo segundo periodo de sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en donde se produjo la observación general número 14, titulada “ El derecho al disfrute del más alto nivel posible en salud”; con el fin de ayudar a los estados a desarrollar programas, medidas, adecuaciones legislativas y políticas públicas a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, con la cual analizaremos el caso de nuestro país.

El primer plano que considera la observación general No. 14 es la disponibilidad, ya que cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, programas y servicios públicos de salud, así como centros de atención necesarios para atender la demanda real de cada nación. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerán de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado, incluyendo los factores determinantes básicos de la salud, como agua potable, drenaje, condiciones sanitarias adecuadas, entre otros.

Esta observación general dispone la obligación de los Estados en contar con los suficientes hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, así como personal médico capacitado y bien remunerado, además de contar con los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción, sobre

⁸ Informe de Evaluación de la política de Desarrollo social en México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México, p.20

medicamentos esenciales de la OMS, habida cuenta de las condiciones concretas que existen en el país.⁹

Con la finalidad de analizar e interpretar indicadores recientes de salud en la región americana, se consideran indicadores básicos 2015 emitidos por la Organización Panamericana de la Salud, así como resultados del promedio de los países miembros de las regiones de América del Norte, América Latina y países ubicados en el sur de nuestro continente, con base en datos provenientes de los sistemas de información nacionales y de las distintas agencias del Sistema de las Naciones Unidas.

Recursos Humanos profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes.

	México	Promedio América del Norte	Promedio América Latina	Promedio Cono Sur
Médicos	21,2	25,9	17,6	21,1
Enfermeras	25,1	110,9	13,8	15,5
Dentistas	1,0	6,2	4,3	8,3

Fuente: Elaboración personal a partir de la información contenida en Indicadores Básicos 2015, Situación de salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, P. 9.)

Las Instituciones públicas en nuestro país realizan serios esfuerzos con el fin de formar profesionistas bien calificados que puedan ser incorporados en el ámbito laboral y contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias mexicanas, sin embargo, tomando en cuenta la información que arrojan los reportes de la Organización Panamericana de la Salud, nuestro país presenta un rezago importante en la formación de recursos humanos profesionales de la salud.

En este contexto regional, se observa una marcada necesidad de profesionales de la salud en México, por lo que resulta indispensable dimensionar el grado de cobertura de nuestro país en cuanto hace a establecimientos e infraestructura dedicada a la prestación de servicios de salud, resultando de suma importancia conocer con las camas hospitalarias cuenta nuestro país por cada mil habitantes:

⁹ Observación General No. 14 (2000). Disponible en: www1.umn.edu/humanarts7gencmm/epcomm14s.htm[consultado el 15/11/2016]

Camas hospitalarias por cada 1000 habitantes.

	México	Promedio América del Norte	Promedio América Latina	Promedio Cono Sur
Camas hospitalarias por cada 1000 habitantes	1,6	2,8	2,0	3,8

Fuente: Elaboración personal a partir de la información contenida en Indicadores Básicos 2015, Situación de salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, P. 9.¹⁰

Los datos antes expuestos nos ayudan a dimensionar el reto que tiene nuestro país para lograr una cobertura universal, toda vez que se carece tanto de los recursos materiales como humanos suficientes para atender la demanda de atención médica, siendo claro que uno de los principales problemas de nuestro país es la falta de recursos materiales y humanos.

Como segundo elemento de análisis que establece la Observación General No. 14, relativo a los ejes que nos permitan identificar el grado de protección de salud que un determinado Estado brinda a su población, está la accesibilidad, entendida como la ausencia de obstáculos para un usuario de los servicios médicos al recibir atención médica oportuna e idónea. Obstáculos que pueden ser geográficos, de afiliación, adscripción, burocráticos, informáticos, entre otros; pero la accesibilidad no solo se refiere a los servicios médicos, sino también a los servicios preventivos y en este rubro el Estado mexicano tiene una gran deuda.

Por lo que concierne a la barrera de la afiliación, según estimaciones de la Comisión Nacional de Evaluación (CONEVAL), este rezago se ha disminuido en México, con la implementación de las pólizas del Seguro Popular.¹¹

¹⁰ Situación de salud en las Américas, Indicadores Básicos 2015, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2015 P. 9

¹¹ Para 2012 aproximadamente 53 millones de personas contaban con este instrumento, este avance es solo el principio de lo que una persona debe sortear antes de recibir algún tipo de atención médica, en muchos casos la necesidad de esta póliza de afiliación constituye una barrera dilatoria para la obtención de los servicios de salud.

En sí la burocracia previa a obtener una póliza del Seguro Popular representa un problema serio para los habitantes de las zonas rurales, comenzando por la obtención de documentos oficiales como: actas de nacimiento, comprobantes domiciliarios, para posteriormente ubicar los módulos fijos y móviles de afiliación e iniciar el trámite de aseguramiento de los núcleos familiares, sin mencionar que esta cobertura cuenta con una vigencia bianual, alejándose la utópica idea de acceder a las instituciones de salud presentando únicamente nuestra identificación oficial.

Una vez que los usuarios de los servicios de salud cuentan con su correspondiente afiliación y el ciudadano necesita hacer uso de algún servicio médico, que en muchos casos desconoce si pueden brindárselo o no, se enfrentan al obstáculo de la accesibilidad geográfica, que por el solo hecho de escuchar estas palabras podemos entender la magnitud del problema en México, lo que nos lleva a preguntarnos, ¿Cuánto tardamos los mexicanos en llegar a una institución de salud para atender una determinada emergencia médica? Según datos oficiales emitidos por CONEVAL relativo a los indicadores del año 2010 sobre accesibilidad a los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular, en nuestro país el tiempo promedio de traslado al hospital en una emergencia es de 58.89 minutos.¹² Hecho alarmante si pensamos en localidades remotas de la sierra de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, en donde el tiempo de traslado será aproximadamente de 3 o 4 horas únicamente para estar en la puerta de la institución de salud.

Como se ha mencionado en líneas anteriores, el acceso efectivo a los servicios de salud no solamente consiste en la posibilidad material de obtener una determinada prestación médica, sino también acceder a la información sanitaria que permita prevenir enfermedades y muertes, por ello es de vital importancia asegurar el acceso a la información en materia de salud, el cual es el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud¹³, lo cual conlleva a un empoderamiento verdadero de las personas mediante el

¹² Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de desarrollo Social, México, CONEVAL, 2014, P.42

¹³ Derechos Sociales, Instrucciones de Uso, Comp. V. Abramovich, Fontamara, México, 2006, p.157

conocimiento de factores determinantes de la salud como el sedentarismo, el alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, detección temprana de diabetes, presión arterial, cáncer, infecciones virales, vectores de transmisión de enfermedades entre otros.

Además, los establecimientos, bienes y servicios dedicados a la atención de salud deben ser éticamente aceptados y culturalmente apropiados, ello representa un reto enorme considerando que la nación tiene una composición pluricultural sustentada originariamente en sus pueblos indígenas, que son aquellos que descienden de poblaciones que habitan en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas.¹⁴

Por medio del Anuario Estadístico y Geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2015, el INEGI da cuenta de la población de 5 y más años que habla lengua indígena estableciendo un total de 6,695,228 personas ¹⁵, lo que contextualiza la pluriculturalidad de nuestros pueblos originarios, así mismo el gran reto que tienen las instituciones de salud para brindar una debida atención médica acorde a los elementos socioculturales de cada uno de los grupos étnicos de nuestro país, ya que si no se encuentran vinculados con las expectativas y límites de cada pueblo, se constituyen como una barrera cultural para el acceso a los servicios de salud en México.

De igual manera, es importante conocer la percepción de la población usuaria de los servicios de salud con relación a la atención médica recibida, con independencia de otros factores reales como tiempos de espera, la demanda de un determinado servicio, por lo cual se consultaron las cifras generadas en el año 2012, en relación a la encuesta realizada en la población afiliada al Seguro Popular donde se

¹⁴ Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos. Disponible en:http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_29ene16.pdf[consultado el 19/11/2016]

¹⁵Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos 2015, Instituto Nacional de Estadística y geografía, México, 2015. P. 92

estudiaron las razones por las cuales consideran buena o muy buena la calidad de atención médica del lugar al que acudieron, en donde el principal factor fue el trato recibido, estando este resultado por encima de otros rubros como los buenos resultados, medicamentos y material de buena calidad, el costo, la experiencia y preparación del personal.¹⁶

Por lo anterior, la prestación de servicios de salud de calidad debe estar basada en los pilares de efectividad para lograr los objetivos que se han definido, a través de las acciones estratégicas institucionales pertinentes y eficaces para una servicios de salud de calidad, en plena concordancia con los requisitos legales, administrativos, deontológicos y éticos que reclama la debida atención médica; por ello el Gobierno Mexicano, a través de la Secretaría de Salud Federal con el propósito de evaluar la atención médica ha establecido tres componentes básicos que son: de estructura, proceso y resultados.

De estructura	De proceso	De resultados
<p><i>Equipo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo inadecuado <p><i>Personal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente • Selección y capacitación insuficiente • Distribución inadecuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de oportunidad en la atención médica. • Carencia de manuales de operación. • Falta de normas o su supervisión. • Competencia profesional insuficiente • Falta de respeto a principios éticos. • Desconocimiento de medidas de seguridad para el paciente, 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de salud no satisfechas. • Complicaciones y secuelas temporales o permanentes. • Evento adverso con o sin error médico. • Defunción no esperada. • Expectativas no satisfechas,

Fuente: La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones, secretaría de salud, México, 2012, p.55 ¹⁷

Es fundamental para la prestación de un servicio de salud de calidad que el Estado garantice el debido cumplimiento de las tareas de planeación, organización,

¹⁶ Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de desarrollo Social, México, CONEVAL, 2014, p. 60

¹⁷ La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones, Secretaría de Salud, México, 2012, p.55

dirección y control para lograr una prestación gubernamental de calidad dentro de una filosofía de mejora continua. La persecución de resultados deseables es una tarea diaria que garantiza la debida aplicación de los principios científicos, sanitarios, éticos y de beneficencia, siempre atendiendo los elementos mínimos de información previo al consentimiento, lo que deberá consistir en: “la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”,¹⁸ a fin de brindar servicios médicos de calidad.

III. Interpretación jurídica de los servicios de salud en el Derecho Público Mexicano.

Desde una metodología deductiva, interpretaremos los ordenamientos jurídicos aplicables al derecho a la salud, tanto en el plano internacional como en el nacional.

En primer lugar, debemos referirnos a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual establece los derechos básicos que tiene todo ser humano solo por el hecho de serlo y que en su numeral vigésimo quinto,¹⁹ señala el derecho a la salud, el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, estableciendo una visión de previsión hacia los posibles riesgos a que todo ser humano se encuentra expuesto a lo largo de su vida, como puede ser la enfermedad, la muerte, la vejez y el desempleo, por mencionar solo algunos de ellos, recordando que la visión de la Organización de las Naciones Unidas se construyó con el fin de asegurar el progreso social y fomentar el crecimiento del

¹⁸ Derechos Humanos en Salud, Hoy; Una Perspectiva desde la Bioética y el Bioderecho, García Colorado Gabriel, Agencia Multimedia de Comunicación, México, 2014, p. 159

¹⁹ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 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, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr> [consultado el 27/11/2016]

nivel de vida de todos los habitantes del mundo, a través de la concepción de derechos fundamentales, la dignidad y el valor de la persona humana.

Derechos humanos significa referirnos a un conjunto de valores básicos e irrenunciables, a la materialización jurídica de un ideal forjado por la humanidad, a aspiraciones de justicia y equidad.²⁰ Por lo que en el anhelo por difundir y garantizar el respeto a los derechos humanos e implementar medidas progresivas, pero sobre todo efectivas en cada uno de los territorios miembros del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se establece la obligación de satisfacer, proveer y garantizar el derecho a la salud, independientemente de las condiciones económicas, políticas, geográficas o sociales de cada uno de los Estados parte, vinculándose de forma interdependiente con otros derechos como la educación, el trabajo, la alimentación, la vivienda y la no discriminación.

Previo a los instrumentos internacionales antes referidos, en el ámbito regional se aprobó la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; estableció la protección de los derechos esenciales del hombre mediante la generación de circunstancias que permitan a los habitantes de América progresar espiritual y materialmente. Se reconoce que el derecho a la salud debe ser garantizado a través de medidas sanitarias y sociales de manera global, pero con la limitante de los recursos públicos que dispongan.²¹

Posteriormente, el 22 de noviembre de 1969, en la Ciudad de San José, Costa Rica se suscribió la Convención Americana sobre Derechos Humanos, también llamada

²⁰ Derecho y Vulnerabilidad Social, Coord. García Rosas Elías y Benjamín s. Lovera Esteves, Publicaciones Administrativas Contables Jurídicas, México, p.54

²¹ El artículo 2, apartado 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que cada uno de los Estados Partes se compromete a adoptar medidas para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que dispongan.

Pacto de San José de Costa Rica, en donde se estableció un cúmulo de obligaciones hacia los Estados para adoptar medidas legislativas, con el fin de garantizar de manera efectiva los derechos y libertades económicos, sociales y culturales contenidos en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, en el marco de compromisos de desarrollo progresivo, asegurando que los alcances obtenidos por un Estado son irreversibles.

Derivado del interés de salvaguardar y garantizar los denominados derechos de segunda generación, se desarrolló el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como “Protocolo de San Salvador”. Documento internacional que fue adoptado el día 17 de Noviembre de 1988 en la ciudad de San Salvador, República del Salvador, durante el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General.

Es así que en el artículo décimo del Protocolo de San Salvador²² se reconoce el Derecho a la Salud como un bien público, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, centrandose los objetivos en la atención primaria a la salud o también conocida como atención de primer contacto o de primer nivel; estableciéndose además la necesidad de encontrarse al alcance de todos los miembros de la población, así como establecer los mecanismos necesarios para contar con inmunización total en cada región, así como el establecimiento de una

²²<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html> [consultado el 03/12/2016]

Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre derechos Humanos en Materia de derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador,” Artículo 10 Derecho a la Salud:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

verdadera cultura de prevención de enfermedades endémicas y profesionales, basándose todo ello en una educación sobre la prevención y tratamiento de los diversos problemas de salud.²³

En este orden, llegamos al análisis de la Declaración y Programa de Acción de Viena; cuyo documento fue concebido en el marco de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en fecha 25 de Junio de 1993, considerando que la mencionada conferencia constituía una valiosa oportunidad para efectuar un análisis exhaustivo del sistema internacional de derechos humanos y de los mecanismos de protección de los mismos, con el fin único de promover una observancia cabal de esos derechos en forma justa y equilibrada, particularizando en los rubros de educación, salud y apoyo social; teniendo como objetivo supremo la protección de los sectores vulnerables que cada Estado posee de entre los miembros de su población.

Finalmente, es de señalar el Convenio Número 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, el cual fue suscrito durante la Conferencia General de Organización Internacional del Trabajo, convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, efectuada el 7 de Junio de 1989, donde se reconoce que muchos pueblos indígenas y tribales no pueden gozar de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población de la nación en que viven, debido a que sus normas, valores, costumbres y perspectivas han sufrido menoscabos gravísimos, estableciendo una clara obligación hacia los Estados de proporcionar a los pueblos indígenas accesos que les permitan organizar los servicios y medios indispensables para poder gozar del máximo nivel posible de salud física y mental por medio de

²³ El Estado Mexicano ratificó el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; con solo una reserva relativa al artículo octavo, el cual habla sobre derechos de huelga, manifestando que dicho numeral se aplicará en la República Mexicana dentro de las modalidades y conforme a los procedimientos previstos en las disposiciones aplicables en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de sus leyes reglamentarias.

planes comunitarios, en donde intervengan cada uno de los pueblos interesados para hacer viables los servicios de salud independientemente de las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales que se tengan en un determinado lugar.

Por lo anteriormente señalado, es innegable la responsabilidad del Estado Mexicano de salvaguardar el derecho a la salud, por lo que ha realizado una serie de acciones para la armonización del marco jurídico con los compromisos contraídos a nivel internacional.

Una de las reformas trascendentes a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de derechos humanos, es la publicada el día 10 de junio de 2011 en el Diario oficial de la Federación, pues se trata de una iniciativa que pone a México a la vanguardia al fortalecer y ampliar la protección de los derechos humanos. Y es que va desde una precisión terminológica, al diferenciar los derechos humanos de sus garantías, hasta importantes modificaciones como el reconocimiento de otra jerarquía de los tratados; establecer la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos; e incluir en el texto constitucional los principios *pro homine*, de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

En específico, respecto al derecho a la salud, durante el mandato del Presidente Miguel de la Madrid Hurtado se iniciaron una serie de ajustes legislativos por parte del Estado mexicano con el fin de garantizar de una forma integral dicho derecho, por lo cual, en el mes de diciembre del año de 1983, el Honorable Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, misma que entró en vigor el 1° de julio de 1984, estableciéndose esta disposición federal como una norma rectora garante del derecho a la salud por medio de la implementación de bases y modalidades para

llevar a cabo el acceso a los servicios de salud, tanto a nivel federal como en la respectiva jurisdicción de cada una de las Entidades Federativas. Esto es, se expidió la Ley General de Salud como un ordenamiento reglamentario del derecho a la protección de la salud, mismo que gozamos todas las personas bajo los principios rectores del Sistema de Salud, establecidos en el Artículo 2º de la Ley General de Salud.²⁴

Sin duda, el numeral antes mencionado, nos aporta un conjunto de características fácticas y axiológicas necesarias para proteger y conservar las condiciones de salud, a través del acceso a los servicios de salud y asistencia social de manera oportuna, teniendo como fin último, el pleno ejercicio de las capacidades humanas y con ello contribuir al desarrollo de nuestro país.

De tal suerte, que se cuenta con un extenso cúmulo de ordenamientos aplicables en materia de salud en nuestro territorio, entre los cuales se pueden mencionar: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la Ley General de Salud; la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; los Reglamentos de la Ley General de Salud (en materia de: Prestación de Servicios de Atención médica; Control Sanitario de Actividades, establecimientos, productos y servicios; Control Sanitario de productos y servicios; Insumos para la salud; Control Sanitario de la publicidad; Sanidad Internacional y; Disposición de órganos, tejidos y cadáveres de

²⁴<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> [consultado el 08/12/2016]

Artículo 2º. Ley General de Salud

El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; ...
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.²⁴

seres humanos); el Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud; los Acuerdos de Coordinación para la integración orgánica y descentralización operativa de los servicios de salud en las Entidades Federativas; los Acuerdos de coordinación para la descentralización del ejercicio de las funciones de regulación y control de los Estados; el Acuerdo 141 en el que se establecen los giros sujetos a Aviso de funcionamiento; las Normas Oficiales Mexicanas SSA, en materia de Regulación Sanitaria; el Catálogo oficial de plaguicidas; y Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

Leyes, reglamentos, acuerdos y normas oficiales que proporcionan elementos técnicos conducentes a una prestación pública de calidad, así como la distribución de las competencias con que cuenta cada autoridad sanitaria dentro del territorio nacional, para así estandarizar cada uno de los procedimientos específicos.

IV. Desafíos en la Universalización de los Servicios de Salud en México.

Actualmente al interior de los subsistemas de salud en México, impera una creciente tendencia hacia la complejidad, debido a que los ciudadanos prefieren o necesitan acudir con mayor frecuencia a los hospitales, farmacias o laboratorios públicos tal y como lo señala el Dr. Julio Frenk Mora, ex Secretario de Salud en México, quien establece que “Todo sistema de salud implica la interacción entre los prestadores de servicios y los miembros de una población.” Esta interacción se caracteriza por diversas dimensiones de complejidad,²⁵ quedando de manifiesto que los prestadores de servicios y los miembros de una determinada población no actúan en forma aislada, sino que ambos elementos pertenecen a distintas estructuras que

²⁵ FRENK, Julio, La Salud de la Población hacia una Nueva Salud Pública, México, Fondo de Cultura Económica 1993, p. 102.

dan vida a esa interacción y que responden a diversos intereses; siendo el primer elemento de complejidad que se debe considerar en el Sistema Nacional de Salud.

El segundo elemento a considerar, es el hecho que los prestadores de servicios de salud y las poblaciones no son grupos homogéneos, el personal de salud es variado y cada grupo tiene intereses propios, además de que en nuestro país los servicios de salud de forma general se agrupan en instituciones de seguridad social como lo son IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, entre otras, donde según informes oficiales se atiende a un 36.1 por ciento de la población usuaria de los servicios de salud, los servicios médicos privados atienden a un 28.4 por ciento de la población usuaria y los servicios a la población abierta como IMSS- Oportunidades y Seguro Popular atienden a un 35.5 de la población usuaria de los servicios de salud.²⁶

En este contexto, se deben enfatizar las tipologías que tiene cada uno de los centros poblacionales en nuestro país, ya que pueden ser rurales, semi rurales, de grandes núcleos urbanos, diferentes ocupaciones laborales, estratos económicos diferentes, la ubicación geográfica, los grupos étnicos, entre muchos otros factores, que en su conjunto lo hacen más complejo.

Existen otros actores que inciden como pueden ser las universidades, o entes generadores de recursos humanos capacitados, la investigación científica, las compañías aseguradoras, empresas farmacéuticas transnacionales y aquellos otros actores de la economía que impactan en la salud.

Por la complejidad de las prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, existen aspectos importantes que generan inequidad en el otorgamiento de la prestación de los servicios médicos en la estructura sanitaria de México, es decir, los servicios de salud se dividen en tres niveles de atención médica a la salud, organizados de la siguiente manera:

²⁶ Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal01&s=est&c=35121> [consultado el 10/12/2016]

I.- Primer nivel de atención. Lo constituyen las Unidades de Atención Primaria a la Salud, donde se otorgan servicios de salud integrales en lo relativo a la medicina familiar; siendo este el primer contacto de las personas con el Sistema Nacional de Salud Pública, contemplado como el nivel más importante en el andamiaje sanitario mexicano.

II.- Segundo nivel de atención. Lo constituyen los hospitales generales o de zona, donde se atiende a los pacientes remitidos por las Unidades de Atención Primaria a la Salud, de acuerdo a la regionalización del territorio nacional, donde se proporcionan servicios de diagnóstico terapéutico y de rehabilitación, de conformidad con la gravedad y complejidad del padecimiento, otorgando los servicios de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecología, pediatría y geriatría, sin contar con servicios médicos de alta especialidad.

III.- Tercer nivel de atención. Es la red de hospitales de alta especialidad, tecnología y máxima resolución diagnóstica-terapéutica, atendiendo a los pacientes que son remitidos a esta instancia por hospitales del segundo nivel o por excepción, los que el primer nivel envía por razones de complejidad del padecimiento. El otorgamiento de estos servicios médicos se encuentra concentrado en los Institutos Nacionales de Salud como lo son, el Hospital Infantil de México, Institutos Nacionales de Cardiología, Cancerología, Ciencias Médicas, Nutrición, enfermedades respiratorias, neurología y neurocirugía, pediatría, perinatología, psiquiatría, salud pública, rehabilitación y medicina genómica.

Como se puede observar en la distribución de los Centros de Salud en México, existe una clara diferencia de los servicios otorgados por el Estado, debido a que todos los Institutos Nacionales que otorgan atención hospitalaria se encuentran concentrados en el Distrito Federal, aun cuando en el interior de la República existen regiones en donde se presentan el mayor índice de un determinado padecimiento.

Un ejemplo claro de la mala distribución de los servicios de salud, es el caso de los Estados de Chiapas y Oaxaca. Entidades que presentan el mayor índice de desnutrición, sin embargo, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, se encuentra Ubicado en la Ciudad de México, obligando a que un número importante de pacientes tengan la necesidad de desplazarse al centro de la república para ser atendidos.

Por lo que valdría la pena analizar y fortalecer los esquemas de prestación de los servicios de salud en México, con el fin de garantizar su efectividad mediante la descripción objetiva de las prestaciones a otorgar en materia de salud, pero sobre todo, establecer los mecanismos jurídicos de exigibilidad.

Actualmente las barreras que existen en México son muchas, por ejemplo la centralización de los hospitales de alta especialidad en la Ciudad de México, sin que existan este tipo de nosocomios en otros estados de la república, donde la necesidad por enfermedad o índice de mortalidad que presentan los distintos núcleos poblacionales puede ser mayor. Además, la falta de portabilidad de derechos en cada uno de los subsistemas de Seguridad Social, la falta de un expediente clínico electrónico que le permita a cualquier médico en cualquier parte del territorio nacional tomar decisiones en el menor tiempo posible, el desabasto en medicamentos y material de curación generado en reiteradas ocasiones por compras consolidadas, etc., son retos complejos en la toma de decisiones por parte de la autoridades sanitarias en México, las cuales deberían estar respaldadas por datos confiables de registro civil como número de nacimientos, defunciones, boletín epidemiológico fiable permanente; lo que permitiría orientar las acciones e instrumentos necesarios que garanticen el acceso a los servicios de salud, así como destinar los recursos y esfuerzos a la zona geográfica y/o grupo poblacional en donde se obtengan los mejores resultados posibles.

En nuestro país uno de los grandes retos y deudas sociales, además de ser un objetivo del milenio no cumplido, es la muerte materna, la cual es asociada a países con bajos recursos económicos.

Los países firmantes de los objetivos del milenio y entre ellos México han dado a conocer los resultados de las acciones que han obtenido con sus medidas implementadas desde el año 1990 al 2015, donde el Estado Mexicano se comprometió a reducir en este periodo la mortalidad materna en tres cuartas partes, es decir, reducir la razón de mortalidad materna de 88.7 defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos que se registraron para el año 1990, a una meta nacional para el año 2015 en razón de mortalidad materna de 22.2 defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos, sin embargo el objetivo planteado no se logró ya que para el año 2014 únicamente se alcanzó una razón de mortalidad materna de 38.9 defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos, siendo actualmente Durango, Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Chihuahua los Estados de la República con la razón de mortalidad materna más alta de nuestro país.²⁷

La muerte materna sin duda es sinónimo de desigualdad, rezago social y económico, pero más aún representa violaciones sistemáticas a los derechos humanos de las mujeres mexicanas por parte del Estado, ante una incapacidad o falta de respuesta ante estos hechos. Como lo es también el objetivo del milenio denominado Meta 6.A, el cual redujo para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, donde para el año 1990 en México se tenía una tasa de mortalidad por VIH/SIDA de 1.7 por cada 100 habitantes, para el año 2014 una tasa de mortalidad por VIH/SIDA de 4.0 por cada 100 habitantes, habiéndose fijado una meta nacional para el año 2015 de 3.5 por cada 100 habitantes, siendo para el año 2014 las entidades de la república con la mayor tasa de mortalidad por VIH/ SIDA los siguientes Tabasco 11.1, Quintana Roo 10, Campeche 8.8, Veracruz 8.5 por cada 100 habitantes. Un elemento indispensable que debemos resaltar como una

²⁷ Cifras proporcionadas por el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en coordinación con el Instituto nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm> [consultado el 13/12/2016]

corresponsabilidad de la población hacia el Estado, son los estilos de vida no saludables, mismos que inciden directamente en el boletín epidemiológico de México en la frecuencia y tipo de padecimientos que conlleva a la muerte como lo es: la falta de ejercicio, el consumo de alcohol, tabaco, drogas, así como la ingesta de alimentos hipocalóricos, junto con la frecuencia de todo tipo de accidentes. Estos constituyen los graves problemas que azotan la salud de la población, y paradójicamente todas esas causas son prevenibles con acciones y medidas educativas, de capacitación o fomento sanitario, por ello es necesario que la población conozca los beneficios que representa para la calidad de vida personal y colectiva el desarrollo de estilos de vida saludables.

V. Avances de la Universalización de los Servicios de Salud en México.

El Estado Mexicano ha realizado esfuerzos importantes por lograr la universalización de los servicios de salud, pues el día 7 de abril de 2016 en la Ciudad de México se firmó el Acuerdo Nacional hacia la Universalización de los Servicios de Salud, en donde se reconoce que México ha alcanzado importantes logros en cuanto a la afiliación de la población al sistema social de salud, pero también un sistema de salud caracterizado por estar segmentado en diversos subsistemas, donde los distintos grupos poblacionales cuentan con diferentes derechos y servicios; lo que representa una barrera para alcanzar el efectivo acceso a los servicios de salud en México.

La segmentación por grupos de población es el principal origen de inequidad en nuestro sistema sanitario, al generarse prestaciones diferenciadas en cuanto a cobertura, calidad, portabilidad de beneficios entre otras, por ello con el ánimo de minimizar la fragmentación jurídica institucional se acordó fortalecer la coordinación de acciones entre el programa IMSS-Prospera y el Sistema de Protección Social de Salud (Seguro Popular), procurando la construcción de un modelo de atención homogéneo dirigida por la Secretaría de Salud, con la participación integral de las instituciones de seguridad social y prestadores de servicios de salud de los estados.

Concibiendo la necesidad de poner en operación un Padrón General de Salud, a fin de identificar a las personas y su condición de aseguramiento o cobertura, para otorgar servicios de salud debidamente homologados por normas técnicas, guías de prácticas clínicas, protocolos de atención, expedientes clínicos electrónicos, así como la celebración de instrumentos jurídicos interinstitucionales que establezcan los términos, condiciones y formas de pago con las que se garantizará la atención médica, sin tomar en cuenta su tipo de afiliación.

VI. Consolidación efectiva de un Sistema Universal de Salud: Buscando una Solución.

El acceso a los servicios de salud debe sustentarse en primera línea por la prevención de enfermedades y riesgos sanitarios que pongan en peligro la salud y la vida de las personas, que permita conservar la salud mediante elementos materiales pero más aún educativos, como lo son estilos de vida saludables.

Tal y como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud con el fin de preservar la vida, mantenerse sanos, paliar la discapacidad, el dolor en la vejez, advirtiendo que si no se adoptan medidas, el envejecimiento de los miembros de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano.²⁸ Es decir, promover las medidas de corresponsabilidad entre la población y el Estado para disminuir los estilos de vida riesgosos como el sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, ingesta excesiva de alimentos hipocalóricos, entre otros.

²⁸<http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
[consultado el 19/12 /2016]

Debemos proponer medidas, instrumentos y políticas eficaces que garanticen a la población mexicana el acceso a los servicios de salud a todas las personas sin importar su condición social, estatus laboral, lugar de residencia, capacidad económica o tipo de enfermedad.

Para asegurar la autonomía y la viabilidad financiera de nuestro sistema de salud, es indispensable no alterar las estructuras de organización de las instituciones que actualmente operan en México; lo que si resulta urgente es redefinir los mecanismos de coordinación interinstitucional, y con ello optimizar la utilización de la Infraestructura hospitalaria, recursos humanos, bienes y servicios, procurando una efectiva protección de la salud por medio de acciones de interrelación.

No se trata de fusionar a las instituciones públicas de salud y crear un ente nacional único para la prestación de los servicios de salud en México, sino de ejecutar acciones de interrelación que permitan la debida integración del expediente clínico electrónico para una atención médica eficiente y de forma pertinente, al constituir el “Conjunto de información ordenada y detallada que recopila cronológicamente todos los aspectos relativos a la salud de un paciente y la de su familia en un periodo determinado de su vida.”; representa pues, una base para conocer las condiciones de salud, los actos médicos, así como los diferentes procedimientos ejecutados por el equipo médico a lo largo de un proceso asistencial.²⁹

El expediente clínico electrónico es una importante fuente de información que permite tomar decisiones prontas e idóneas al médico tratante, obteniendo en tiempo real información proveniente de laboratorio, imágenes, análisis del paciente, lo que sin esta herramienta al profesional de la salud le implicaría esperar por un amplio tiempo antes de iniciar cualquier procedimiento concreto.

²⁹ Manual del Expediente Clínico Electrónico, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, México, 2011, p. 13

Es necesario interconectar la interfaz de comunicación entre instituciones hermanas de salud, para que sin importar el organismo, las personas cuenten con su expediente clínico electrónico en cualquiera de ellas, lo que traería múltiples beneficios no solo económicos, sino también para la debida atención médica evitando duplicidad de estudios y análisis previos a la toma de una decisión médica.

Además de la puesta en marcha del expediente clínico electrónico en la totalidad de instituciones públicas, que en algunas de ellas ya se encuentran en fase de desarrollo, es necesario plantear en México un sistema médico de capitalización individual, no se debe confundir con el sistema de pensiones, pero sin duda se tomarán elementos que pueden compartir, como la creación de un mecanismo de ahorro médico, en el cual toda persona independientemente de la institución de la cual sea derechohabiente o asegurado, acumule recursos económicos para enfrentar una posible enfermedad futura, dejando en claro que lo propuesto será con plena independencia de los recursos, cuotas y aportaciones destinados al pago por concepto de servicios médicos.

Es decir, el sistema médico de capitalización individual, funcionaría como una subcuenta individual de cada trabajador, donde cada quincena se recaudarían las cuotas y aportaciones determinadas, al paso del tiempo se podría constituir un fondo que lograría atender algunos tipos de tratamientos o procedimientos médico, teniendo así la persona la opción de elegir el tipo de institución, ya sea pública o privada, que le pueda tratar de manera idónea su padecimiento con cargo a este fondo médico individual.

Con la puesta en marcha de este sistema médico de capitalización individual se estaría fomentando estilos de vida saludables como el consumo de agua simple, la

correcta alimentación, la actividad física diaria, la lactancia materna entre muchas otras, propiciando que la atención médica que pueda necesitar una persona, si es su elección, se pagará con cargo a su fondo médico constituido por el paso de los años, sin olvidar que la infraestructura y servicios que prestan las instituciones públicas seguirán trabajando y teniéndose a su disposición como hasta ahora.

En muchas ocasiones se pueden escuchar a las personas decir “llevo tantos años aportando para mi institución de seguridad social, y cuando necesito una consulta no me la pudieron brindar por que estaba el hospital lleno” pero teniendo este sistema individual complementario a los servicios que prestan las instituciones de salud, esa persona podría acudir a cualquier institución pública o privada a recibir los servicios médicos que necesite.

Además de la puesta en marcha de este sistema médico de capitalización individual es necesario la creación de tarifas y tabuladores médicos universales, con el objetivo de emitir criterios homólogos tendientes a establecer el costo de cada uno de los servicios médicos, lo que propiciaría tener una base de referencia nacional que permitiría otorgar servicios médicos a población no derechohabiente de la unidad tratante, por lo que teniendo un sistema de pago o compensación interinstitucional, se podría otorgar un servicio médico a un paciente no derecho habiente, y la institución aseguradora podría reembolsar a la primera los costos que erogó la institución tratante con motivo de la atención a un paciente no derechohabiente y así establecer un verdadero pase universal de atención médica en México.

Con el nacimiento de un pase universal de atención médica, las instituciones tendrían el reto de homologar la calidad de sus servicios de atención médica, apeguándose a los protocolos, medicamentos de cuadro básico y equipamiento; es

decir, las instituciones de salud tendrían que ofrecer ciertos elementos mínimos para poder ingresar al Sistema Nacional de Salud, elementos dictados por la regulación y elementos técnicos normativos vigentes que permitan a las instituciones de salud ofrecer servicios médicos equivalentes, con independencia de una u otra institución médica, posteriormente compensando los servicios otorgados a población derechohabiente de alguna institución distinta.

Con la implementación general de un expediente clínico electrónico accesible para toda institución de salud, un sistema médico de capitalización individual, tarifas y tabuladores médicos universales, sistema de pago o compensación interinstitucional, calidad general de los servicios, en México se podría brindar servicios de salud de manera universal, con base en su plataforma actual de subsistemas de atención médica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovich Víctor, *Derechos Sociales Instrucciones de Uso*, Fontamara, México, 2006.
- Beuchot Mauricio, *Filosofía y derechos humanos*, Edit. Siglo XXI, Madrid, 1993.
- Carpizo, Jorge, *Derechos Humanos y Ombudsman*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1993.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de desarrollo Social, *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*, México, CONEVAL, 2014.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Informe de Evaluación de la política de Desarrollo social en México*, México, CONEVAL, 2010.
- Contreras Nieto, Miguel Angel, *El Derecho al Desarrollo como Derecho Humano*, primera reimpresión, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, Toluca, México, 2001.
- Delgado Moya Rubén, *El Derecho Social del Presente*, Porrúa, México, 1977.
- Dirección General de Información en Salud, *Manual del Expediente Clínico Electrónico*, Secretaría de Salud, México, 2011.
- Donabedian, Avedis, *Perspectivas en Salud Pública*, Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica, México, D. F. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Frenk, Julio, *La Salud de la Población hacia una Nueva Salud Pública*, México, Fondo de Cultura Económica 1993.
- García Colorado Gabriel, *Derechos Humanos en Salud, Hoy; Una Perspectiva desde la Bioética y el Bioderecho*, García Colorado Gabriel, Agencia Multimedia de Comunicación, México, 2014.

- García Rosas Elías y Benjamín S. Lovera Esteves, Coordinadores, *Derecho y Vulnerabilidad Social*, Publicaciones Administrativas Contables Jurídicas, México, 2010.
- Gallego García, Elio, *Fundamentos para una teoría del derecho*, Edit. Dykinson, S.I., Madrid, 2005.
- Hernández Ochoa, Ma. Teresa y Dalia Fuentes Rosado, *Hacia una cultura de los Derechos Humanos*, Serie folletos 91/93, México, CNDH, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Anuario estadístico y geográfico de los Estados Unidos Mexicanos*, México, INEGI, 2015.
- Kayie Dionisio J., *Los derechos de los pacientes, Prevención de la violencia, atención a grupos vulnerables y los Derechos Humanos*, fascículo 4, México, CNDH, 2003.
- Kuthy Porter, José y otros, *Temas actuales de bioética*, Edit. Porrúa, México, 1999.
- Mendizábal Bermúdez, Gabriela, (Coordinadora), *La atención a la salud en México*, México, Edit. Fontamara, 2010.
- Muguerza, Javier y otros, *El fundamento de los Derechos Humanos*, Edit. Debate, S.A., Madrid.
- Octavio Cantón J. y Santiago Corcuera C., Coordinadores, *Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Edit. Porrúa, México, 2004.
- Oficina de la Presidencia de la República Palacio Nacional, *Objetivos de Desarrollo del milenio en México Informe de avances 2015*, 1ª. Edición, México, 2015.
- Organización Panamericana de la Salud, *Situación de salud en las Américas, Indicadores Básicos 2015*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2015
- Ortiz Herrera, Margarita, *Manual de Derechos Humanos*, México, Edit. PAC, 1993.
- Peces-Barba, Gregorio. *Derechos Fundamentales*, 3ª. Ed., Edit. Debate, Madrid, 1980.
- Trovel y Sierra, Antonio, *Los Derechos Humanos*, Edit. Tecnos, Madrid, 1968.
- Ruiz Maza, Francisco, *Los derechos de los pacientes, Prevención de la violencia, atención a grupos vulnerables y los Derechos Humanos*, fascículo 4, México, CNDH, 2003.

- Secretaría de Salud, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*, México, SSA, 2012.
- Smith, Edmund Arthur, *Teoría del bienestar social*, Edit. Hvmánitas, Buenos Aires, 1971.
- Soberón Acevedo, Guillermo, *La protección de la salud en México*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1987.

INFORMÁTICAS

- www1.umn.edu/humanarts7gencmm/epcomm14s.htm
- www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt
- <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal01&s=est&c=35121>
- <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- <http://www.cidh.org/basicos/Basicos1.htm>
- [http://sjdh.gob.hn/sites/default/files/Carta%20Internacional%20Americana%20de%20Garantias%20Sociales\(Bogota,1948\).pdf](http://sjdh.gob.hn/sites/default/files/Carta%20Internacional%20Americana%20de%20Garantias%20Sociales(Bogota,1948).pdf)
- <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- <http://www.undp.org.mx/spip.php?article19>
- <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_29ene16.pdf
- <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odm.htm>
- http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
- http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/InfoGralSP.pdf