



**Universidad Autónoma
del Estado de México**

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Análisis de la eficiencia del sistema de salud desde una Metodología Basada en el Enfoque de los Derechos Humanos: Caso de estudio de Santa María Jajalpa, municipio de Tenango del Valle, Estado de México.

Ensayo

Que para optar por el título de
Licenciada en licenciatura de Ciencias Políticas y Administración Pública

Presenta

Aquetzalli Mancilla López

Directora

Dra. Laura Elizabeth Benhumea González

Toluca, Estado de México, octubre 2024.



Contenido

Introducción.....	3
Los Derechos Humanos y la existencia de una evaluación.....	7
Principios del Derecho a la Salud: Estructura del sistema de salud en México	31
Cumplimiento de los Derechos Humanos desde una perspectiva internacional...46	
Estudio de Caso de Santa María Jajalpa	69
Conclusiones.....	111
Referencias.....	115

Introducción

La convivencia entre los seres humanos se torna compleja cuando en ocasiones cada persona desea satisfacer sus necesidades y cumplir sus objetivos a costa de las necesidades de otros, en este sentido, desde hace décadas el mismo ser humano intentó regular y normar su conducta en relación con el trato y respeto a los demás. Los derechos humanos entonces nacen como una necesidad de mejorar el trato entre iguales, creando una sociedad más humana, con respeto, no discriminación, una vida más justa, donde el mayor logro sea vivir con dignidad y seguridad.

El abordaje del objeto de estudio de este ensayo es el analizar y evaluar la eficiencia del sistema de salud en la comunidad de Santa María Jajalpa, municipio de Tenango del Valle desde una metodología basada en el enfoque de los derechos humanos (EBDH)., dicho enfoque es fundamental para visibilizar las deficiencias que existen en el sistema de salud, las cuales afectan negativamente la atención y prevención de enfermedades. Cabe destacar que estas deficiencias representan una violación al derecho a la salud, un derecho humano que el Estado debería garantizar mediante la prestación de servicios de salud y la educación en prevención.

Entre las características de los derechos humanos se tiene que son universales, lo que significa que, sin importar la nacionalidad, cultura, rasgos físicos, color de piel, sexo, lengua o cualquier otra condición, todos los seres humanos tenemos los mismos derechos y estos son indivisibles e interdependientes porque están relacionados entre sí, es decir que para ejercer un determinado derecho es necesaria la intervención de otro u otros.

Otra característica de los derechos humanos es su transnacionalidad, ya que están por encima del Estado y su soberanía, por lo tanto está obligado a respetar y garantizar su que “miento, entonces una vez determinado el derecho debe quedar claro que es inherente a la persona; por lo que lo hace irreversible y sólo en situaciones específicas establecidas en el artículo 29 de la Constitución Federal se establece que “la restricción o suspensión sólo procederá en los casos de invasión, perturbación grave de la paz pública u otro que ponga a la sociedad en grave peligro o conflicto” (Martínez & Santana, 2016).

Así mismo la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos dice que “los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. Los derechos humanos se caracterizan fundamentalmente porque:

- están avalados por normas internacionales;
- gozan de protección jurídica;
- se centran en la dignidad del ser humano;
- son de obligado cumplimiento para los Estados y los agentes estatales;
- no pueden ignorarse ni abolirse;
- son interdependientes y están relacionados entre sí, y
- son universales” (OMS, 2021).

Por lo tanto se reafirma la idea de que los derechos humanos están protegidos por la constitución, protegen a las personas, no pueden ser suspendidos y a lo largo del tiempo han sido clasificados de diversas maneras de acuerdo a su naturaleza, origen o contenido, pero lo importante es conocerlos, y en este sentido hablaremos sobre un Enfoque Basado en los Derechos humanos (EBDH) más específico en los servicios de salud que involucra conocer, entender y aplicar los derechos humanos fundamentales.

En el presente trabajo se exponen temas como “Los derechos humanos y la existencia de una evaluación”, donde se describe la salud como un derecho humano, junto con los derechos sociales. Además, se explora cómo el EBDH puede ayudar a evaluar el modelo de salud vigente en México, permitiendo conocer la calidad, eficiencia, accesibilidad y disponibilidad de los servicios médicos, así como la importancia de medir estos aspectos.

En el segundo tema que aborda este ensayo, hablaremos sobre los “Principios del Derecho a la Salud: Estructura del sistema de salud en México”, analizando la estructura, el origen, funcionamiento y formas de evaluación del sistema de salud, en donde se comprueba por qué es importante tener una evaluación de calidad en los servicios de México, esta evaluación se lleva a cabo desde los principios del EBDH, dando pauta a la importancia de no solo tener el derecho a la salud, sino que cumpla con todos los parámetros de calidad, disponibilidad y accesibilidad. Por otra parte, el tercer título, el “Cumplimiento de los derechos humanos desde una perspectiva internacional”, explica el esquema propuesto para la evaluación del sistema de salud que nos lleva a una investigación con base en una metodología de análisis crítico con un enfoque basado en derechos humanos, considerando cada una de sus dimensiones de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, que a continuación se muestran:

“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.

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.

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” (CONEVAL, 2018, p. 44).

La metodología expuesta en el presente ensayo del sistema de salud en México se fundamenta en un enfoque basado en derechos humanos, este método reconocido internacionalmente, utiliza ciertos criterios para destacar la importancia de fomentar políticas públicas actualizadas. Bajo este contexto, se realizó un análisis de 50 cuestionarios aplicados a la comunidad de Santa María Jajalpa, los cuales evidenciaron la falta de participación gubernamental en la resolución de diversos derechos fundamentales.

Los resultados obtenidos de la investigación del centro de salud visibilizaron que las 3 dimensiones prioritarias del EBDH, son susceptibles a mejoras, demostrando con ello la importancia de una evaluación a los servicios de salud con un Enfoque Basado en los Derechos humanos.

LOS DERECHOS HUMANOS Y LA EXISTENCIA DE UNA EVALUACIÓN

La salud como derecho humano

El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada entre otras (Politica, 2021). El goce del derecho a la salud está relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

El derecho a la salud abarca libertades y derechos.

- Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias, por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados.
- Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar (Mateo Diaz, 2021)

Al mismo tiempo, la OMS determina que las violaciones o la no observación de los derechos humanos pueden conllevar graves consecuencias sanitarias.

La discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales. Muchas personas con trastornos de salud mental permanecen en centros para enfermos mentales contra su voluntad, a pesar de que tienen la capacidad para tomar decisiones sobre su futuro. Por otra parte, cuando faltan camas de hospital, se suele dar de alta prematuramente a personas de esos grupos, lo que puede dar lugar a altas tasas de readmisión, y en ocasiones incluso a defunciones. Esto constituye una violación de sus derechos al recibir el tratamiento.

Asimismo, se suele denegar a las mujeres el acceso a servicios y atención de salud sexual y reproductiva, tanto en países en desarrollo como en países desarrollados. Esta violación de los derechos humanos está profundamente arraigada en valores sociales relativos a la sexualidad de las

mujeres. Además de la denegación de la atención, en algunas sociedades se suele someter a las mujeres a intervenciones tales como esterilización, abortos o exámenes de virginidad. (OMS, 2021)

Para esto, los derechos subjetivos como los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA), “que se identifican como aquellos derechos que se relacionan con la satisfacción de necesidades básicas de las personas, y comprenden distintos derechos humanos” (México, 2023) se inclinan por la realización del ser humano en condiciones de dignidad, mediante la satisfacción de mínimos esenciales que salvaguarden esferas como la autonomía, la identidad y los ámbitos materiales de existencia, contribuyendo a la reducción de las brechas de desigualdad en la sociedad, que entienden a la salud

no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo y del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Abarca la atención de salud oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. (IIDH, 2020)

Para la realización de estos derechos, cada estado tiene la obligación de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos que dispongan para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, administrativas o de otra naturaleza, la plena efectividad de estos derechos, evitando tomar medidas regresivas.

Para el entendimiento de los temas y para un mejor desarrollo de indicadores, estos deben estar incorporados en el marco normativo de derechos humanos que “los indicadores cuantitativos 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” (CNDH, 2020).

El derecho a la salud fue establecido primero por la Constitución de la OMS (1946) que estipula: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. Lo que actualmente entendemos

como un derecho y que la OMS ha propuesto desde 1977 como una meta en el Programa Mundial de Salud para Todos desde el año 2000.

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:

- 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 este) 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 implicaciones 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 les 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, 2008)

Para poder cumplir con estos elementos debemos tener presente las diferentes infraestructuras y personal para atender a los pacientes en los diferentes estados. Reconocemos que, si bien hablamos de que la salud es un derecho universal, el estado juega un papel importante en garantizarlo, también se considera que hay diferentes factores que pueden predecir situaciones, como ejemplo: si se sabe que México tiene el primer lugar en embarazos adolescentes, se puede fijar metas u objetivos para prevenirlos; creando programas, promocionando si es necesario de casa en casa o desde su centro de salud más cercano los preservativos para ambos sexos.

Lo importante del enfoque basado en derechos humanos es investigar, prevenir y trabajar en base a los resultados, es un enfoque que permite identificar las debilidades en el sector salud para crear soluciones efectivas para la sociedad, partiendo de la importancia de los derechos humanos a nivel global. En este caso, se toma como referencia una pequeña localidad con menos de 10,000 habitantes.

Derechos sociales

Los derechos sociales “son derechos subjetivos de prestación positiva fáctica del Estado” (Arango, 2015), y tienen una amplia historia, producto de revoluciones y luchas políticas, donde han sido reconocidos a grupos o colectividades, como la clase trabajadora, en forma de derechos laborales y a la seguridad social, o a individuos en estado de necesidad, en forma de un derecho a la subsistencia. “Hoy en día se reconoce a los derechos sociales fundamentales carácter de derechos subjetivos, siendo su objeto prestaciones positivas fácticas del Estado, entre ellas la alimentación, la salud, la educación, el trabajo, la vivienda y la seguridad social” (Arango, 2015).

Como derechos subjetivos pueden, a su vez, adoptar la modalidad de derechos morales, humanos, fundamentales o legales, dependiendo de las decisiones políticas y de la doctrina jurídica imperante en cada sistema jurídico, ahora es importante no olvidar su importancia ya que con estos derechos se debe proveer bienes o servicios para garantizar por ejemplo la salud. El grado de desarrollo y protección de tales derechos varía en función de los sistemas jurídicos de cada país y, también, de la fuente predominante que los reconoce.

Para la realización de estos derechos, cada Estado tiene la obligación de adoptar medidas 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, administrativas o de otra naturaleza, la plena efectividad de estos derechos, evitando tomar medidas regresivas.

Asimismo, a partir de los análisis sobre los derechos sociales y sus dimensiones realizados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL):

Se advierte que hay grupos de población cuyo ejercicio de derechos se encuentra sistemáticamente comprometido. La población indígena enfrenta brechas en todos los casos en que se compara con población no indígena; lo mismo pasa con otros grupos sociales como las mujeres, la población joven y las personas con alguna discapacidad, quienes encuentran mayores

obstáculos para acceder a los mismos beneficios que sus contrapartes.
(CONEVAL, 2021)

Los derechos sociales implican la acción del Estado y no abstención con otro tipo de derechos, que están muy vinculados a la política social, y que se requieren recursos económicos, humanos, infraestructura, investigación e inversión para su garantía, ello a través de la planeación y las políticas públicas. Esto los hace ser derechos con dificultades en su implementación ya que depende de cierta forma del desarrollo del país, donde la multiculturalidad, no haga evidente las carencias del Estado.

Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH)

El Enfoque Basado en Derechos Humanos está fundamentado en valores, principios y normas universales, propios de la dignidad de la persona humana, que se refieren a la vida, libertad, igualdad, seguridad, bienestar social y cualquier otro aspecto ligado al desarrollo integral de la persona, y que se sustentan en los derechos humanos. El EBDH nos orienta desde sus inicios a crear acciones para garantizar a las personas su libertad de ejercer sus derechos humanos.

El enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que, desde el punto de vista normativo, está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde, el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo.

Al mismo tiempo, el enfoque basado en los derechos humanos es un marco metodológico que establece hacia dónde se deben dirigir los esfuerzos; es decir, de qué manera se deben garantizar las condiciones mínimas que las personas merecen y con qué criterios se pueden evaluar las acciones que se llevan a cabo para promover el bienestar. Algunas de sus características son los principios que fundamentan las decisiones y acciones al igual que los agentes sociales que están

implicados, las metas que se persiguen y los criterios para valorar las instituciones y las acciones.

El enfoque hace referencia a aquello donde vamos a poner atención, para poder identificar el enfoque prioritario están las metas que vamos a proponernos y los criterios que utilizaremos para valorar lo que hacemos. Por lo tanto, el EBDH pretende centrar la atención en la eficiencia y calidad donde se está brindando un servicio que debería cumplir los estándares mínimos que las personas merecen para lograr un desarrollo integral.

El EBDH considera la evaluación como una parte del proceso de planificación del desarrollo, esencial para el aprendizaje y la mejora continua. Además, forma parte de la rendición de cuentas y de la mejora de los procesos de transparencia e intercambio de información en las políticas y proyectos de cooperación para el desarrollo. La incorporación del EBDH en la evaluación supone incorporar los principios, valores y normas de los derechos humanos, trabajar con sus componentes y situarse dentro de un entorno participativo, inclusivo y transparente. Esto implica incorporar un cambio de mirada y considerar elementos que no se han tenido en cuenta ahora o que no han sido muy valorados.

La incorporación del EBDH a la evaluación está relacionada con el enfoque que vamos a dar a la indagación que realicemos sobre el proyecto, con relación a cada una de sus dimensiones, y también con la misma incorporación de los principios, valores y normas de los derechos humanos en la evaluación. Una valoración con EBDH indaga en qué medida una determinada acción ha contribuido a la transformación de las relaciones de poder, corrigiendo las desigualdades, las prácticas discriminatorias y el injusto reparto de poder.

La prioridad de aplicar los principios de los derechos humanos ha sido la piedra angular de las iniciativas de reforma de las Naciones Unidas desde 1997. Este enfoque se centra particularmente en los grupos poblacionales que sufren mayor marginación, exclusión y discriminación. A menudo, esto requiere un análisis profundo de las normas de género, las diversas formas de discriminación y los desequilibrios de poder, con el fin de asegurar que las intervenciones alcancen a los sectores más marginados de la población.

Antes de 1997, la mayor parte de los organismos de desarrollo de las Naciones Unidas adoptaron un enfoque basado en las necesidades básicas donde identificaban las exigencias básicas de los beneficiarios y bien apoyaban iniciativas para mejorar la prestación de servicios, o bien fomentaban su cumplimiento. Sin embargo, por considerar aplicar los principios de los derechos humanos el EBDH logró ser un punto de partida para importantes investigaciones. Por esto, las Naciones Unidas han solicitado a los organismos financieros internacionales que incorporen en sus proyectos el Enfoque Basado en Derechos (EBD); las agencias de cooperación financian proyectos insistiendo en que las políticas públicas tengan EBD; y la academia en diversas partes del mundo busca que el EBD se difunda, enseñe y aplique.

Las Naciones Unidas han solicitado a los organismos financieros internacionales que incorporen en sus proyectos el Enfoque Basado en Derechos (EBD); las agencias de cooperación financian proyectos insistiendo en que las políticas públicas tengan EBD; y la academia en diversas partes del mundo busca que el EBD se difunda, enseñe y aplique.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas, que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosas que incluyen:

- **“No discriminación:** el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

- **Disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
 - **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
 - **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
 - **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos".
 (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Las políticas y los programas se han concebido para satisfacer las necesidades de la población como resultado de los mecanismos de rendición de cuentas establecidos. Un enfoque basado en los derechos humanos identifica relaciones a fin de emancipar a las personas para que puedan reivindicar sus derechos, y alentar a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones en lo concerniente a la creación de sistemas de salud más receptivos.

Obligaciones del Estado frente al Derecho a la salud

En su calidad de derecho humano, el derecho a la salud, así como los otros derechos, deben ser reconocidos y garantizados por los instrumentos jurídicos internacionales y constitucionales para evitar que el poder público o de particulares lo pueda vulnerar o violar. De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el derecho a la salud es el derecho al disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social.

El derecho a la salud obliga al Estado a garantizar a los ciudadanos la posibilidad de poder disfrutar del mejor estado de salud que sea posible. Esto significa que el estado de salud dependerá de cada y que el Estado debe asegurar el mismo acceso a la atención médica al conjunto de su población (obligación de medio).

De este modo, “el derecho a la salud se divide en varios derechos específicos que los países deben asegurar:

- El derecho a un sistema de protección de la salud
- El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades
- El derecho al acceso a los medicamentos esenciales
- La promoción de la salud materna e infantil
- El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados
- Por último, la educación y la concienciación sobre la salud.” (Humanium, 2021)

Además, la materialización del derecho a la salud supone que los países establezcan servicios de salud que estén disponibles en cualquier circunstancia, accesibles para todos, de buena calidad y aceptables (es decir, que se ajusten a la ética médica y sean respetuosos con las diferencias biológicas y culturales).

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 menciona a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 25). Fue reconocida nuevamente como derecho humano en 1966 en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12): Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad. (WMA-The World Medical Association-Derecho a la salud)

Entre los trabajos realizados con enfoque en derechos humanos está un estudio diagnóstico del derecho a salud, elaborado por el CONEVAL. En este se presenta un sistema analítico del que se pretende abordar 3 dimensiones, la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad para medir su compromiso con el 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 aceptable. Pero todo esto se llevó a cabo mediante un proceso de investigación y a sabiendas que el sistema de salud de México es regulado por las normas oficiales mexicanas y reglamentos en materia de salud, hacía falta un medio donde se evaluará el trabajo y resultados de los profesionales de la salud tanto la evaluación de los usuarios.

Para esto El artículo 2° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) entrado en vigor el 3 de enero de 1976

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. (Pacto Internacional de Derechos Económicos, 2021)

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.

¿Qué es un sistema de salud?

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos de un país cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Sin embargo, no es el único objetivo, dado que en nuestra temporalidad amerita más que solo mejorar la salud, también implica prevenir enfermedades, revisar tendencias epidemiológicas, vacunación, entre otras. El sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho, en el caso mexicano el sistema de salud ha pasado en los últimos 4 años una serie de cambio de modelos, comenzando con el Seguro Popular, el INSABI, y actualmente el IMSS-Bienestar, esta serie de transición ha provocado una destacada inestabilidad legal y administrativa de los principales programas destinados a atender a la población.

El Coneval señaló que, según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022, se ha observado un aumento significativo en el número de personas que enfrentan carencia de acceso a servicios de salud, al pasar de 16.2% a 39.1% entre 2018 y 2022, lo que equivale a un total de 50.4 millones de personas sin acceso a instituciones de salud. Estos resultados subrayan la urgencia de establecer un sistema nacional de salud integral que garantice la atención de la población y asegure el acceso a los servicios de salud de forma universal. (CONEVAL, 2022)

Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Fortalecer los sistemas de

salud significa abordar las limitaciones principales relacionadas con la dotación de personal y la infraestructura sanitaria, los productos de salud (como equipo y medicamentos), y la logística, el seguimiento de los progresos y la financiación eficaz del sector. Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud.

Un sistema de salud necesita personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones, orientaciones, direcciones generales también tiene que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a los usuarios.

Las malas condiciones de los sistemas de salud en muchas partes del mundo en desarrollo es uno de los mayores obstáculos al incremento del acceso a la atención sanitaria esencial. Sin embargo, los problemas relativos a los sistemas de salud no se limitan a los países pobres. En algunos países ricos, gran parte de la población carece de acceso a la atención por causa de disposiciones poco equitativas en materia de protección social. En otros, los costos son cada vez mayores a causa del uso ineficaz de los recursos.

Por regla general, se reconoce cada vez más que para mantener y mejorar el grado de salud de la población del mundo, los gobiernos deben diseñar sistemas de salud sólidos y eficientes, que presten buenos servicios preventivos y curativos a las mujeres, los hombres y los niños, sin distinción alguna. La OMS ha contraído el compromiso de prestar asistencia a sus Estados Miembros en esa tarea. (OMS, 2021).

El primer principio aplicado ante todo en el sector privado considera la atención de salud como un elemento más del sistema general de recompensa, que se asigna partiendo de la base del poder adquisitivo. Las instituciones de la seguridad social funcionan de acuerdo con el segundo principio, el del mérito reconocido, en el que se estima la necesidad de prestar atención médica a grupos definidos de la población. Este carácter selectivo encuentra una justificación ética en el hecho de

que los grupos amparados ocupan una posición estratégica en la sociedad (como puede ser el caso de las fuerzas armadas).

Un tercer principio plantea la necesidad de ayudar a los grupos más vulnerables de la sociedad y de ese modo proteger el bien común.

En los últimos años ha surgido un nuevo principio de asignación de recursos, el principio de la ciudadanía, que surge al ampliarse los conceptos de derechos civiles y políticos al campo de los asuntos sociales. En este contexto, la atención de salud en lugar de convertirse en un producto, un privilegio o un objeto de caridad, adquiere las características de un derecho social. (Soberón & Narro, 1985).

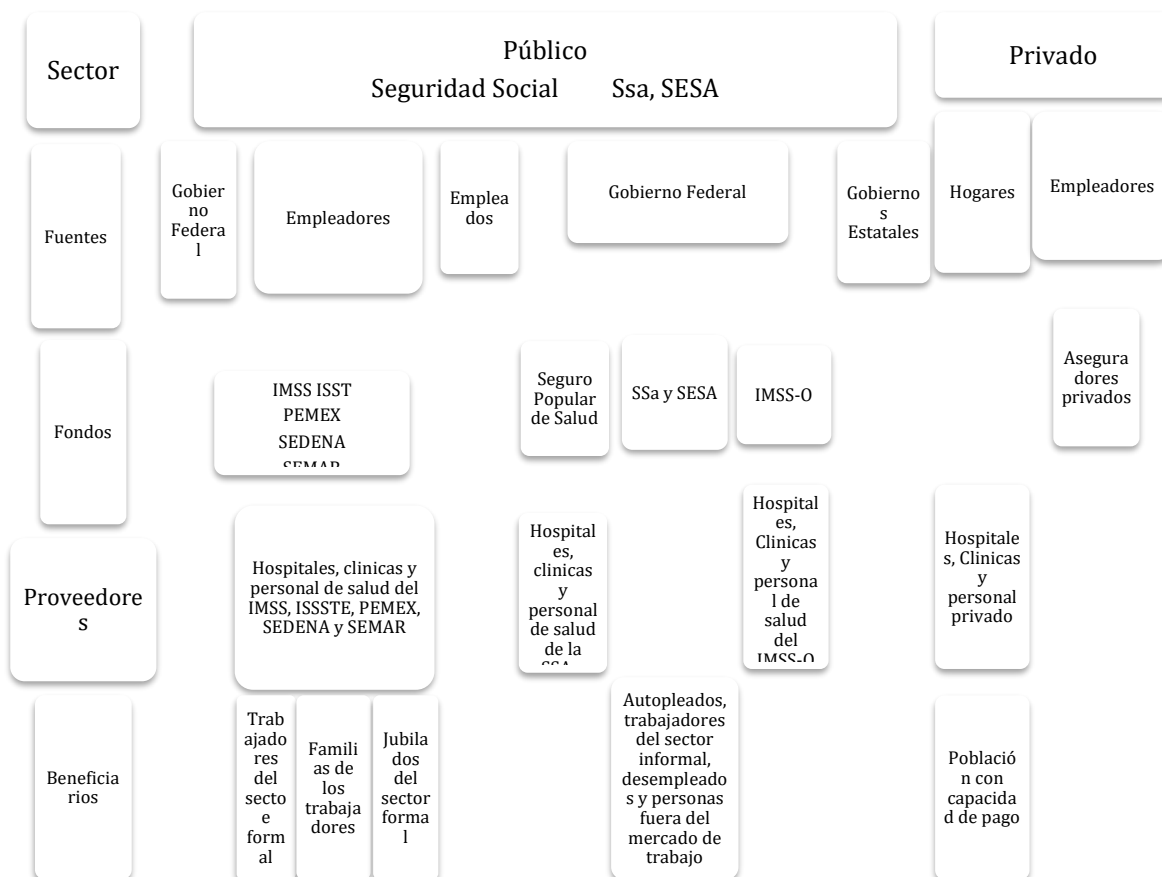
Los sistemas de salud en el mundo

Existe mucha diversidad entre los diferentes países que tienen el mismo sistema de atención médica. Además, más de un sistema puede coexistir en el interior de un mismo país. El tipo indicado para cada uno de ellos se refiere al sistema por el cual obtiene atención, por lo tanto, los sistemas no son fijos e inamovibles. Hay un proceso continuo de revisión o reemplazo. Los cambios de un sistema a otro no se producen conforme a una progresión inevitable.

La asistencia médica pública y privada nos da una nueva forma para elegir donde atender problemas de salud. Sin duda las situaciones económicas varían dependiendo del lugar al que elegiremos, pero la calidad, seguridad y efectividad es debatible. En los sistemas de salud se pueden establecer “cuatro grupos según su grado de fragmentación (integrado o segmentado) y participación del sector privado en el aseguramiento y la prestación de servicios dentro de los sistemas públicos de salud o de los sistemas de seguridad social. Y sólo una minoría de los países de la región tiene sistemas integrados de salud (países angloparlantes del Caribe, Costa Rica, Brasil y, muy recientemente Uruguay) en tanto que su mayoría los países que tienen sistemas altamente segmentados por grupos poblacionales” (Villar, Ávila, & Guideon, 2010).

En el siguiente cuadro se muestran los grupos del sistema de salud antes del INSABI y el IMSS Bienestar.

Diagrama 1: Sistema de Salud de México antes del INSABI y IMSS-Bienestar



Fuente: Elaboración propia en base al cuadro del artículo de Sistemas de Salud de México.

Como se puede observar en la imagen el sector público y privado tienen diferentes fuentes, financiamientos, proveedores, lo que no dice en el cuadro es que los grupos más vulnerables de la población en el sector económico que no puede pagar un servicio privado son más del 50%, también tienen riesgos de vulnerabilidad en no contar con servicios de salud cercanos a sus viviendas, profesionales capacitados en medicina para atender enfermedades, prevenir riesgos entre otras.

Por lo anterior, los sistemas segmentados de salud que predominan en los grupos más pobres, por lo general, no tienen una cobertura explícita de aseguramiento y dependen de la red de prestadores de servicios de salud financiados con impuestos generales. “Los trabajadores del sector formal constituyen la población cautiva de

una o varias entidades de seguridad social segmentados por tipo de empleo” (Villar, Ávila, & Guideon, 2010). Por ejemplo, los trabajadores del sector formal público y el formal privado, los maestros, las fuerzas armadas, militares servidores públicos, entre otros.

Los tipos de modelos sanitarios en el mundo

El Sistema Nacional de Salud en México, en su funcionamiento presenta segmentación y fragmentación. Coexisten distintos aseguradores que actúan de manera independiente y desarticulada y el acceso a uno u otro está en función de la inserción laboral y la capacidad de pago de las familias. Los aseguradores principales son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que cubre al 43.3% de la población total del país, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que cubre alrededor del 7% y Petróleos Mexicanos (PEMEX), Fuerzas Armadas, Secretaría de Marina y varios aseguradores para trabajadores estatales cubriendo alrededor del 5.9% de la población.

En estudio de Milton Terris un estadounidense médico en salud pública y epidemiólogo, que propuso una nueva definición, donde salud es un estado de bienestar físico, mental, social y la capacidad para funcionar, no solo era la ausencia de enfermedad o discapacidad, reconoció que hoy existen en el mundo tres modelos básicos de atención médica: asistencia pública, seguro de salud y sistema nacional de salud, estos, a su vez, están asociados y corresponden a los tres sistemas económicos básicos del mundo actual: precapitalista, capitalista y socialista. “El sistema de asistencia pública domina en 108 países” (Terris, 2020) con 1.862 millones de habitantes, lo que representa el 49% de la población mundial. Estos países están ubicados en Asia, África y Latinoamérica y su organización política varía desde colonias y semicolonias a naciones más independientes, en desarrollo. La economía es fundamentalmente agrícola, el sistema de propiedad de la tierra es

comúnmente feudal o semifeudal, “incluso una economía tribal puede ser significativa en algunas áreas” (Terris, 2020).

Además del sistema de asistencia pública, administrado por los departamentos de salud, pueden existir programas organizados por las agencias de seguridad social para los trabajadores industriales y los empleados.

Cuando existen, esos programas cubren solamente a una pequeña parte de la población. Algunas de estas agencias contratan la atención con los médicos y hospitales privados, como en el programa de Chile para empleados y el de Argelia para trabajadores no-agrícolas. La mayoría, sin embargo, otorgan atención en sus propios hospitales y policlínicos en razón de la escasez de los servicios públicos y privados; Costa Rica, México, Turquía son ejemplos de esta organización. (Terris, 2020).

El sistema de seguro de salud domina en 23 países con 711 millones de habitantes, es decir el 18% de la población mundial. Estos países están ubicados en Europa Occidental y Norteamérica, estando incluidos también Australia, Nueva Zelanda, Japón e Israel. Todas son naciones industrializadas con economía capitalista.

El servicio nacional de salud predomina en 14 países con 1.254 millones de habitantes, es decir, el 33% de la población mundial. El conjunto incluye nueve naciones socialistas en Europa, cuatro en Asia y Cuba en América. Todos estos países son industrializados o bien se encuentran en un rápido proceso de industrialización. A diferencia de los sistemas de asistencia pública y la mayoría de los sistemas de seguros, el servicio nacional de salud cubre la totalidad de la población (Terris, 2020). A continuación, el cuadro simplificado de esta información.

Tabla 1*Diferentes sistemas de salud*

Sistema de salud	Porcentaje de la población mundial	Ubicación
Sistema de asistencia pública	1.862 millones de habitantes lo que representa el 49%	Asia, África y Latinoamérica
Sistema de seguro de salud	711 millones de habitantes lo que representa el 18%	Europa Occidental y Norteamérica, estando incluidos también Australia, Nueva Zelanda, Japón e Israel.
Servicio nacional de salud	1.254 millones de habitantes lo que representa el 33%	Incluye nueve naciones socialistas en Europa, cuatro en Asia y Cuba en América.

Fuente: Elaboración propia en base a los sistemas de salud. Obtenido de: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2015/02/n14a041.pdf>

¿Por qué es importante evaluar los sistemas de salud?

Las evaluaciones en el sector salud tradicionalmente se han dirigido a estudiar estructuras, procesos y/o resultados de servicios, programas y políticas. Estas evaluaciones han permitido medir el cumplimiento de metas operativas y, en ocasiones, cuantificar el impacto de dichos servicios, programas y políticas sobre algunos indicadores simples de condiciones de salud. Sin embargo, el cumplimiento de las metas operativas no siempre implica el éxito de una iniciativa de salud, y la suma del impacto de los logros de los servicios, programas y políticas no necesariamente constituye un fiel reflejo del desempeño agregado de un sistema de salud. Los sistemas son, por definición, distintos a la suma de sus partes.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) “los objetivos finales, básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son tres: i) mejorar la salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y iii) garantizar seguridad financiera en materia de salud” (Tapia, 2006). La razón de ser de todo sistema de salud es mejorar la salud; esto implica alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que a su vez

supone contar con un sistema de salud efectivo. Sin embargo, en ocasiones se puede proteger o mejorar la salud promedio de la población atendiendo de manera desproporcionada las necesidades de ciertos grupos privilegiados. Esto no es deseable. El sistema de salud, por lo tanto, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente la salud de aquellos que están en peores condiciones. En este sentido el sistema de salud debe ser también equitativo.

Para garantizar la objetividad e imparcialidad de los resultados, la normatividad sanitaria establece que la evaluación de los programas y servicios debe estar a cargo de instituciones académicas y de investigación u organismos especializados, de carácter nacional e internacional, que cuenten con amplio reconocimiento y experiencia en la respectiva materia. El propósito de estas evaluaciones es el de identificar los principales retos que enfrenta la marcha de los programas y servicios de salud a nivel nacional, documentar los avances de los programas de salud desplegados en el país y plantear las tareas necesarias para el fortalecimiento de las actividades de salud.

Los sistemas de salud deben, además, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, lo que significa ofrecer servicios de salud en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Hay otros objetivos importantes de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios, y el uso eficiente de recursos, entre otros. A estos objetivos, sin embargo, se les ha denominado instrumentales porque son deseables sólo en la medida en que contribuyen a mejorar las condiciones de salud, el trato adecuado o la seguridad financiera, es decir, en la medida en que contribuyen a alcanzar los objetivos intrínsecos o medulares del sistema de salud.

La relación entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud, no sólo médicos sino también enfermeras y personal administrativo, es una relación asimétrica. La incertidumbre y la vulnerabilidad que la enfermedad genera en el individuo que busca atención médica, lo pone en desventaja frente a la autoridad del médico u otros miembros del personal de salud. Por esta razón, es muy

importante promover el respeto de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud.

Evaluación de los sistemas de salud

El concepto de calidad proviene de la industria manufacturera y es de difícil definición por varias razones. Por un lado, además de ser un juicio de valor, es un término primario desde el punto de vista lógico; esto quiere decir que es un término que se utiliza para definir otros términos. En este sentido, comparte la misma problemática que otros términos como belleza, bondad o justicia. Los gurús de la calidad en el mundo a lo largo del tiempo también han vertido el concepto y la visión que tienen de la palabra calidad; Para Phil Crosby, la calidad es: ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos. Crosby introdujo el programa de mejora tratando de concienciar a las empresas para que centraran sus esfuerzos en la necesidad de obtener calidad.

El objetivo conciso es suprimir gran parte de las inspecciones haciendo las cosas bien a la primera. Promueve sus 14 pasos para administrar la calidad en otro libro titulado “Calidad sin lágrimas”, a este libro se le conoce por su lema: cero defectos, y el autor considera que “la calidad total es el cumplimiento de los requerimientos, donde el sistema es la prevención, el estándar es cero defectos y la medida es el precio del incumplimiento” (Crosby, 1926-2001). Enunciando así los 14 puntos como:

Paso 1: Compromiso de la dirección

Paso 2: Equipos de mejora de la calidad.

Paso 3: Medidas de la calidad

Paso 4: El costo de la calidad

Paso 5: Tener conciencia de la calidad

Paso 6: Acción correctiva

Paso 7: Planificación cero defectos

Paso 8: Capacitación del supervisor

Paso 9: Día de cero defectos

Paso 10: Establecer las metas

Paso 11: Eliminación de la causa error

Paso 12: Reconocimiento

Paso 13: Consejos de calidad

Paso 14: Empezar de nuevo

Del paso uno al 14 se pretende llegar a lo que ya mencionamos como “cero defectos”, empleando planeación, implementación y operación de un programa exitoso para el mejoramiento de la calidad, el primer paso pretende que haya compromiso de la alta dirección, iniciando por mejorar la calidad de la organización, el paso dos pretende que todos los involucrados tengan el mismo compromiso por mejorar, el paso tres lleva el lema “lo que no se mide, no se puede cambiar”, por lo que debe haber medidas para mejorar la calidad del producto, el paso 4 nos dice que calidad no tiene un costo por lo que si se realiza un producto de mala calidad se está perdiendo dinero, y es un costo que se debe asumir.

Y así paso a paso seguimos con que se deben identificar las causas de la no calidad, se debe emprender, implementar un programa de actuación con el objetivo de prevenir errores, también un programa de formación o capacitación hacia los supervisores, fijar objetivos, eliminar todo aquello que impida el cumplimiento del programa de actuación error cero, determinar recompensas a quienes cumplan las metas establecidas, aceptar que nadie tiene el conocimiento y experiencia absoluta, lo que promueve el intercambio de ideas, pensamientos y experiencias y por último, tener presente que la mejora de la calidad no tiene fin.

De acuerdo con W.E. Deming (Gestiopolis, 2001) es: el grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente. Se le considera el padre de la tercera revolución industrial o la revolución de la calidad, con sus famosos 14 puntos. Entre sus libros se puede citar: Calidad, productividad y competitividad, en donde hace ver la necesidad del liderazgo en la 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 los cuales son:

1. Crear constancia con el propósito de mejorar los productos y servicios
2. Adoptar una nueva filosofía de cooperación
3. Desistir de la dependencia en inspección masiva para lograr calidad
4. Terminar con la práctica de comprar a los precios más bajos
5. Mejorar constantemente
6. Establecer el entrenamiento o capacitación
7. Establecer supervisión
8. Eliminar los miedos y construir confianza
9. Romper las barreras entre los departamentos.
10. Eliminar eslóganes, exhortaciones y metas a la fuerza laboral
11. Eliminar las cuotas numéricas y la gestión por objetivos
12. Remover las barreras que impiden el orgullo de un trabajo bien hecho
13. Instituir un programa vigoroso de capacitación y auto-mejora
14. La transformación es trabajo de todos.

Estos puntos se abren camino a la transformación constante, permiten primero la evolución individual, al crear constancia, esforzarse a garantizar calidad, asumir responsabilidad, el mejoramiento continuo, una parte que es igual a los pasos anteriores de Crosby son la capacitación del personal, el implementar liderazgo, el planteamiento de objetivos, mientras que en los puntos de Deming se muestran más rigurosos en que la calidad es un proceso de aprendizaje continuo, y quien lidera

ese aprendizaje es el líder de la organización, pero la calidad es un compromiso de todos.

¿Por qué es importante la calidad?

En cualquier aspecto de nuestra vida el concepto de calidad forma parte esencial de lo que somos y hacemos, 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. La cantidad y calidad de la información que se intercambia entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud es uno de los insumos básicos de toda acción de salud.

En el ámbito de los servicios personales, la información que se le proporciona al paciente es, en sí misma, un resultado de la intervención, ya que disminuye la incertidumbre y el temor inherentes a la enfermedad, y le proporciona al paciente elementos para contender con la situación que enfrenta.

Y es así como podemos decir que la

“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.” (Conocimiento, 2015)

Cuando llevamos la definición de calidad al campo de los servicios de salud toma más relevancia, pues no solo incluye lograr la satisfacción del paciente, sino mejorar su calidad de vida, extenderla y en muchos casos, evitar que se enferme o muera. Actualmente, la calidad se ha convertido en uno de los pilares básicos para la competitividad en los Servicios de Salud, en un medio donde, otorgar calidad y sin errores, es un requisito indispensable para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familiares, quienes cada vez están más informados y son más exigentes.

Así mismo, el paciente es quien define la calidad de acuerdo con su percepción partiendo de lo que espera recibir, como es una atención adecuada, oportuna, con competencia profesional, seguridad y respeto a la ética de la práctica médica, así como una buena comunicación, instalaciones confortables y un trato digno entre otros aspectos, para satisfacer sus necesidades y expectativas buscando siempre como resultado final, recuperar su salud.

¿Cómo medirla?

Desde la perspectiva del EBDH, la calidad puede ser evaluada tomando como premisas el grado de compromiso en la política pública con los servicios ofertados de los elementos legales, reglamentarios o 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 (Fierros, 2014).

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores. Sin embargo, existen diferentes definiciones de calidad entre ellas la de Luft y Hunt quienes definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos”.

De Geyndt apunta que las distintas definiciones que se la han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones. Señala que el concepto de atención médica

o atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla.

Desde el punto de vista del paciente, es conocido, por ejemplo, que para algunos una consulta médica de buena calidad, debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático, mientras que para otros la entrevista médica sólo será satisfactoria si el médico destina una buena parte de su tiempo a oír los pormenores de la naturaleza, historia y características de los síntomas que aquejan al paciente.

Desde el punto de vista del médico (como exponente principal del proveedor de salud) tampoco existe un patrón estrictamente uniforme de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad. Se acepta, por lo menos, que esta tiene una relación con el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología correspondiente. Si un médico utiliza un procedimiento anticuado para tratar una dolencia, no podrá decirse que está brindando atención médica de calidad.

Si bien el concepto de calidad es el más permeable en la evaluación de los servicios médicos, se integran también la accesibilidad y disponibilidad en el concepto de calidad donde para efectos de este trabajo se revisarán más adelante la forma en que cada uno está delimitado para cualificar la garantía del derecho a la salud.

PRINCIPIOS DEL DERECHO A LA SALUD: ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

La salud es un derecho humano que debe garantizar efectivamente y con calidad la protección de más de 126.2 millones de personas en México, independientemente de su condición social o estatus laboral. Esto depende de la construcción de un sistema de salud eficiente y eficaz. El concepto actual de salud pública se usa en todo el mundo y es más complejo. La mayoría de los países coinciden en que la salud pública depende de elementos económicos, políticos, sociales, culturales y ecológicos.

Por eso es importante realizar la investigación, actualizar el tema y de los resultados obtenidos a base de una metodología que ya ha sido utilizada, tendremos un mejor diagnóstico para poder demostrar las variables que hacen que el Sistema de Salud en México sea funcional (o que podrían hacer que el sistema sea eficiente y de calidad). También se tendrá un análisis de las condiciones materiales del hospital o centros de salud, así como una evaluación de la calidad de los servicios.

Para la estructura del sistema de salud es importante considerar el tema de calidad ya que con él se debería evaluar los resultados del servicio médico, “la calidad del servicio puede definirse como la evaluación de cumplimiento, es decir si cumple con los fines que tiene previsto y que puede verse modificado por futuras experiencias” (Melara, 2013). Es por ello, que resulta necesario conocer el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de salud para que los hospitales puedan conocer en qué nivel se encuentran y así mismo tomar acciones correspondientes de mejora.

De acuerdo con la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud está constituido por dependencias y entidades públicas, prestadores de servicios de salud del sector social y privado, y distintos mecanismos que permiten mantener la coordinación institucional para garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud (LGS, 2015). Ahora bien, México ha tenido grandes y diferentes cambios en el área de salud; desde atender sólo a personas enfermas a tener programas de salud, prevención y detección oportuna de enfermedades, “la creación en 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social” (IMSS, s.f.). El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fue creado en diciembre de 1959, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) creado en 1987. Lo relevante es que según la Ley General de la Salud en el capítulo III habla de los prestadores del servicio a la salud a quienes se menciona que son:

- i. Servicios públicos a la población en general;
- ii. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo

del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;

- iii. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y
- iv. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria (Ley General de Salud, 2021).

Sin embargo, el programa Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) del presidente Andrés Manuel López Obrador, que pretende ser un Instituto cubriendo servicios de salud gratuitos y de calidad a todas las personas que se encuentren en el país y no cuenten con seguridad social sólo fue un prototipo que se utilizó durante la pandemia, sin embargo, ahora los sistemas de salud están concentrados en el IMSS Bienestar.

Los esfuerzos realizados hasta ahora para avanzar en la cobertura universal en salud no han logrado resolver los problemas de fragmentación del Sistema de Salud ya que sigue habiendo una marcada segmentación entre el esquema de seguridad social, el servicio de salud pública y privada. Esto da como resultado un descuido de la imagen de la sociedad y un desánimo interno de los prestadores del servicio. Un análisis de cómo se están realizando las actividades hospitalarias, del trato humanitario a los pacientes, la accesibilidad de los servicios, de la percepción del uso de recursos entre otros, nos daría como resultado una propuesta de mejora.

Origen e Historia

El Sistema de Salud de México es un sistema organizado en tres ejes, cada uno de los cuales puede ser identificado con diferentes niveles socioeconómicos. Estos ejes son productos de la evolución histórica de un sistema que, desde su nacimiento, ha presentado una clara división entre aquellas personas que son beneficiarias de la seguridad social. Pero antes de hablar de ellos, debemos conocer ¿de dónde surge el sistema de salud en México?

La Ley General de Salud (artículo 79) sólo reconoce la práctica curativa de los profesionales médicos; en 1976 se formalizó a las parteras, con la condición de que sean capacitadas por médicos, para tener el nombramiento de parteras empíricas capacitadas. El costo de los servicios se incrementó como resultado del aumento en el volumen e intensidad de la atención, y el sistema, que tenía prestaciones de universalidad, seguía sin dar cabida a gran número de familias de escasos recursos. En los años setenta, surgió la segunda generación de reformas, con la finalidad de crear un sistema nacional de salud.

Así, en 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR (que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad), dirigido a la población en el campo. Años más tarde, la SSA instrumentó el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, dirigido a las zonas de miseria urbana.

Con el objetivo de constituir la eventual integración de los servicios, en 1983 emergieron nuevas iniciativas, entre ellas, el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En este contexto comenzaron la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA” (Document, 2020).

Los sistemas de salud surgieron para mejorar la salud de la población, para responder a las necesidades de las personas, reducir la discriminación o falta de atención a las personas de bajos recursos económicos, para brindar protección financiera contra los excesivos costos de los servicios de mala calidad que se brindaban a las personas. Estos sistemas se crean a partir de 1943, año en el que se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud.

En 1841 se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros, y perteneciente al ramo de la beneficencia pública. Durante esa época, hubo una gran gama de instituciones dedicadas al cuidado de la salud, con sede en la Ciudad de

México, entre las cuales podemos destacar la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (mismo año) y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841). Estas instituciones cumplían a medias sus funciones, pues no efectuaban aspectos fundamentales, vigentes en esa época, referidos a la salud pública. (Fierros, 2014)

En 1895 el médico Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad, y el ingeniero Roberto Gayol comenzaron el proyecto de construcción del Hospital General, que abrió sus puertas en 1905. Esto se debía principalmente a la falta de hospitales en higiénicos y ventilados, en condiciones propicias para el tratamiento de los enfermos. Proliferaban hospitales que habían sido fundados a finales del siglo XVIII y principios del XIX, que carecían de las condiciones necesarias para ser considerados libres de microorganismos contagiosos (Álvarez, 2010).

En 1998, en este país se hallaba en proceso de elaboración de un permiso oficial para el ejercicio de los terapeutas tradicionales. En relación con el otorgamiento de dicho permiso para ejercer la medicina tradicional se tienen diversas posiciones dentro de la estructura de gobierno; por un lado, algunas instituciones como el Instituto Nacional Indigenista (INI), la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contemplan el apoyo a terapeutas tradicionales dentro de sus proyectos (Nigenda, et al., 2001).

El Estado mexicano ha participado formalmente en el campo de los servicios de salud desde la Reforma liberal de mediados del siglo XIX, cuando las modificaciones a las leyes mexicanas transfirieron al gobierno la operación de los establecimientos sanitarios, centros de salud y hospitales que, hasta ese momento, habían estado bajo administración de la iglesia católica.

Durante el Porfiriato se instituyó el Consejo Superior de Salubridad y el primer código sanitario en el país. Desde 1915 se habían establecido algunas juntas sanitarias en varios estados de la república, y en 1917 se

creó el Departamento de Salubridad Pública, órgano de orden federal de orientación higienista. Dentro de la orientación social del gobierno de Lázaro Cárdenas del Río, se creó la Secretaría de la Asistencia Pública en 1937 (Temez et al., 2012).

Esta institución tenía como propósito prestar asistencia social, incluyendo servicios de salud, a los sujetos considerados socialmente débiles. Tras la fusión entre esta secretaría y el Departamento de Salubridad Pública en 1943 surgió la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Desde 1948, cuando se constituyó la OMS, se planteó a la salud como un derecho humano fundamental. A partir de 1978, con la Declaración de Alma-Ata (Organización Mundial de la Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, 1978), el principio de “salud para todos” fue cobrando importancia y se puso especial énfasis en la necesidad de fomentar el acceso de toda la población a la atención primaria en salud. La OMS define la cobertura universal en salud como el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos en salud (Organización Mundial de la Salud, 2010). Este tema ha ido cobrando fuerza en muchos países, especialmente desde 2005, cuando los estados miembros de la OMS establecieron el compromiso de desarrollar sistemas de financiamiento para la salud que permitieran avanzar hacia la cobertura universal (Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal., 2010).

Un paso importante en la configuración del Sistema de Salud se dio en 1983, cuando se estableció en la Constitución que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Ello marcó el inicio de un proceso de actualización legislativa y cambios en la organización del Sistema Nacional de Salud, que empezó con la promulgación de la Ley General de Salud. La visión fue iniciar una reorganización del sistema por funciones, con enfoques en la calidad, eficiencia y mejora en la cobertura efectiva en salud de la población.

A partir del año 2000 se hicieron nuevos intentos para reorganizar el llamado Sistema Nacional de Salud (SNS). Particularmente, se llevó a cabo la reforma a la Ley General de Salud mediante la cual se creó el Sistema de Protección en Salud (SPSS), cuyo componente operativo es el Seguro Popular (SP). Esta iniciativa surgió a partir de la propuesta de alcanzar la cobertura universal para un número delimitado de intervenciones por medio de un instrumento financiero de aseguramiento. También se propuso disminuir el gasto de bolsillo en salud con la creación de un sistema de incentivos que permitiera subsidiar la demanda en vez de la oferta como lo había hecho hasta entonces la Secretaría de Salud. Según su propio ideólogo y promotor, la inversión insuficiente en salud ante el nuevo perfil de enfermedades, junto a la creciente demanda de los ciudadanos por obtener servicios de alta calidad con protección financiera para todos, motivaron la reforma a la Ley General en Salud de 2003 que dio origen al SP (Frenk, 2012).

El Estado reconoció en ese momento los problemas de cobertura en salud de las instituciones de seguridad social y se planteó el objetivo general de avanzar gradualmente hacia la cobertura universal en salud mediante la inclusión al SNS de más de 50 millones de personas que no tenían acceso a la seguridad social. Conocido comúnmente como Seguro Popular, el esquema calificado como universal entró en vigor el 1 de enero de 2004.

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Diario Oficial de la Federación, 2013), la política de salud en los últimos años tiene entre sus objetivos avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal y asegurar el acceso a los servicios de salud. En particular, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2011), establece seis objetivos vinculados con la consolidación de las bases de un Sistema Nacional de Salud Universal:

- a. consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- b. asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad;

- c. reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida;
- d. cerrar las brechas en salud existentes entre diferentes grupos sociales y regiones del país;
- e. asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y
- f. avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Seguridad Social.

De esta forma, hemos llegado a una situación donde el gobierno de México y la sociedad deben trabajar en conjunto, donde se debe hacer un análisis de la estructura y su capacidad de resultados, mientras que se evalúa su trabajo basado en el enfoque de derechos humanos, porque todo debería llevar la satisfacción de que se está haciendo bien con efectos positivos.

Estructura y funcionamiento

El Sistema Nacional de Salud mexicano es definido como un conjunto de entidades públicas federales y estatales, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio de México. Fue establecido después de la reforma a la Ley General de Salud mexicana de febrero de 1984. El surgimiento del Sistema Nacional de Salud está relacionado con la reforma sanitaria que se ha implementado gradualmente en el país a partir de la década de 1980, después de la crisis financiera que llevó al borde de la quiebra al Estado mexicano.

Para poder enfrentar esta situación de epidemiológica:

El gobierno mexicano suscribió una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, entre los que se encontraba precisamente el desmantelamiento de los servicios estatales de salud y la implementación de un sistema de orientación liberal que permitiera la participación de actores privados en el campo de la salud. (EIBENSCHUTZ, 2007)

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), entre otros, que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se encuentran el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). Por su parte, el sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago.

Tabla 2: *Esquema de acrónimos*

ACRÓNIMOS DEL SISTEMA DE SALUD	
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridad Social
IMSS-O	IMSS-Oportunidades
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
PEMEX	Petróleos Mexicanos
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina-Armada de México
SESA	Sistema Estatal de Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SSA	Secretaría de Salud
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar

Fuente: Elaboración propia. Con base en el cuadro de los sistemas de salud.

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso de ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

La población afiliada a la SSA y de los SEESA se atienden en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSA y a los SEESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, 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.

La afiliación o derecho 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, 2018). 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, 2018).

Evaluación a los sistemas de salud

La concentración de la información en salud en México es responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud de la SSA. A través del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), publica información sobre nacimientos, muertes, casos de enfermedad, recursos financieros, recursos humanos, recursos materiales, infraestructura y servicios.

El SINAIS incluye varios subsistemas, destacan dentro de ellos el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud. Por otra parte, el sistema de salud mexicano cuenta con 12 Institutos Nacionales de Salud y diversos centros de investigación del IMSS en donde trabajan alrededor de

1 200 investigadores de tiempo completo. En estos centros se hace investigación en biomedicina, medicina clínica y salud pública.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), es una agencia de la SSA con autonomía técnica, administrativa y operativa encargada de realizar tareas de regulación, control y fomento sanitario. Es responsable, entre otras actividades, de controlar y vigilar los establecimientos de salud; prevenir y controlar los factores ambientales; promover el saneamiento básico y la salud ocupacional; controlar los riesgos sanitarios de productos y servicios; realizar el control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos e insumos médicos; regular desde el punto de vista sanitario la publicidad de actividades, productos y servicios; controlar la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, y las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos.

La Dirección General de Evaluación del Desempeño de la SSA es la encargada de evaluar el desempeño de los sistemas nacionales y estatales de salud, los programas prioritarios, y los servicios personales y de salud pública. Los resultados de sus actividades los publica en rendición de cuentas, un informe anual que da seguimiento a los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y una serie de informes en los que se presentan los productos de evaluaciones comparativas de los sistemas estatales de salud y de las diferentes instituciones de salud.

Mientras que, para promover un trato digno de los usuarios de los servicios de salud se creó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), lanzada formalmente el 22 de enero de 2001, fue la primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo que permitió, por una parte, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención médica que se desarrollaban de manera aislada, tanto en el sector público como en el privado y, por la otra, estimular a aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención para sus pacientes.

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.

En el periodo de 2009 a 2019 la participación promedio del sector salud al Producto Interno Bruto del país fue de 5.6%.

Tabla 3: *Esquema del PIB*

Concepto	2019
PIB ampliado del sector salud	1,379,096
PIB de actividades económicas del sector salud	1,016,262
Valor del trabajo no remunerado en cuidados de salud	362,834

Fuente: Elaboración propia, con base en el INEGI, recuperado el 13 septiembre de 2023 de: <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/>

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. El Seguro Popular se insertó en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de México, compuesto por la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados. Desde su nacimiento, el sistema ha separado a la población con derechos sociales definidos “derechohabientes” de aquellos sujetos a la acción asistencial del Estado “población abierta”. El efecto del Seguro Popular en el acceso a servicios de salud fue en especial significativo en las personas con menores ingresos.

El diagnóstico realizado por el Programa Nacional de Salud (Pronasa) 2000-2006 resumió en tres los retos a los que se enfrentaba el SNS para lograr mejorar las condiciones de salud de la población:

- *“equidad para abatir los rezagos y desigualdades,*
- *calidad para solucionar la heterogeneidad en los servicios y*
- *protección financiera para más de 50 millones de mexicanos que no contaban con seguridad social” (Federación, 2001).*

En otras palabras, su principal objetivo es garantizar el acceso integral a los servicios públicos de salud para todos los mexicanos bajo un esquema de aseguramiento sin distinción de su condición social, laboral y económica. La OMS (2008), define la evaluación del impacto en la salud (EIS) como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos.

La evaluación de los sistemas de salud puede realizarse, por lo menos, en dos niveles. El primero es aquel en el que se encuentran los procesos que el sistema establece en la forma de programas y servicios de salud. El segundo se despliega a escala sistémica, es decir, en materia de grandes políticas. Mientras que los servicios de salud son un componente esencial dentro de los sistemas de salud, y representan una síntesis del esfuerzo colectivamente organizado con el fin de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud de la población. México, reconociendo esta importancia, ha establecido dentro del Sistema Nacional de Salud un sistema de evaluación que obliga a cada administración a realizar anualmente la evaluación de los principales programas y servicios de salud.

Cabe destacar que el propósito de las evaluaciones es facilitar el alcance de los objetivos últimos de la intervención que frecuentemente se refieren a mejorar los indicadores que dan cuenta del fenómeno sanitario, pero dentro de las evaluaciones realizadas no se tiene una evaluación con un enfoque basado en derechos humanos, por lo que los indicadores son diferentes a los ya conocidos y mencionados en diferentes artículos como lo hizo el Consejo Nacional de Salud (CNS), elaborando en 1996 una lista de 71 Indicadores de Resultado, con los que “se buscó evaluar los servicios de salud, las actividades de regulación y fomento

sanitario, y los programas de salud desarrollados en las entidades del país” (México, 2002).

Posteriormente, en 1998, “el CNS redujo este número a 46 indicadores. A principios de 2001, en vista de los cambios en el perfil epidemiológico del país, los éxitos en el control de diversos padecimientos, y las prioridades de la nueva administración, el CNS volvió a revisar la lista de indicadores” (México, 2002), pero esto señala que se deben evaluar muchas cosas y para eso existen tantos indicadores, sin embargo nuevamente no se trata de cantidad, sino de calidad.

La importancia de llevar a cabo los indicadores de accesibilidad, disponibilidad y calidad es porque han perdido relevancia, creyendo, equivocadamente, que no son los temas que se deben tratar en el sistema de salud, y es todo lo contrario. Dentro de los temas está el trato que se les da a los pacientes que es uno de los más importantes junto con su accesibilidad de los servicios, que haya suficiente personal y material para ellos, porque si se está brindando un servicio eso se espera, que la enfermera, médico entre otros cumplan con las medidas sanitarias, que se les brinde un trato digno, respetuoso incluso amable, porque la imagen del hospital a parte de su infraestructura son el cómo se brinda el servicio.

Por otra parte, ninguno de los estudios anteriores ha evaluado la importancia de los derechos humanos considero que es igual de importante como los ya mencionados, porque en el área de la salud como en otros se debe garantizar la calidad y accesibilidad del servicio, por eso enfatizo mi atención en el estudio del CONEVAL 2018, que se proponen metas para garantizar los derechos de los pacientes, pero también el de los trabajadores, porque los derechos son de todas y todos sin excepciones.

En el diagnóstico del CONEVAL 2018, se describen metas como “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 este punto, se consideran las dificultades de algunos ciudadanos para el traslado, y accesibilidad del servicio, esto con dos ideas: una, la distancia; y dos, el número de consultas que se den o, si así fuera, que no hubiese médicos en la zona. Hay un sinfín de posibilidades que deben plantearse para los diferentes lugares, pero cumpliendo con algunos indicadores marcados en el EBDH estos podrían mejorar en gran cantidad.

El EBDH es una visión que permite observar dimensiones que el gobierno, que los mismos responsables del sistema de salud han ignorado y en todo caso no han querido aceptar que hay mucho trabajo por hacer en la calidad, disponibilidad, accesibilidad, este enfoque intenta medir la protección de un bien específico, atender la salud no solo desde un sentido administrativo, sino abarcando dimensiones que son importantes para que el derecho a la salud se cumpla, lo que permite que el objetivo de las evaluaciones se volvieran parte fundamental para la transformación de lo que ahora es el sistema de salud.

CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS HUMANOS DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Metodología para medir la calidad en el Sistema de Salud en México

Ya se ha mencionado que el sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado y que el enfoque basado en derechos humanos es un instrumento que establece criterios éticos para el desarrollo y la aplicación a las políticas públicas basándose 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 (CONEVAL, 2018).

El EBDH “ha sido utilizado en diferentes organizaciones con la intención de delimitar el quehacer de los Estados, ya que se ha consolidado como un instrumento que define criterios éticos para la formulación y aplicación de políticas públicas y gubernamentales” (CONEVAL, 2018). Esto hay que tomarlo en cuenta por qué el sistema de salud en México lo necesita, requiere nuevas y/o actualizadas políticas públicas que se adapten a esta temporalidad. Pasamos por una pandemia, la cual sólo denotó más las grandes deficiencias de infraestructura y accesibilidad.

Cabe aclarar, sin embargo, que el

EBDH no excluye al individuo de responsabilidades. Las distintas acepciones del EBDH 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 (CONEVAL, 2018).

El EBDH es una metodología conocida internacionalmente que parte de la concepción del individuo como sujeto de derechos, con requerimiento de acciones y prestaciones efectivas por parte de sujetos obligados, principalmente el Estado. Este enfoque intenta eliminar la concepción de las personas como individuos con necesidades que deben ser asistidas, es decir, coadyuva a superar la visión de que la labor del Estado es más de beneficencia que de servicio. (CONEVAL, 2018, p. 31).

Es importante distinguir que el modelo tradicional de servicios a la salud abarca sólo lo que indica la palabra de realizar una acción y no debería sólo hacer el procedimiento, sino llevarla a cabo con valores y principios. El EBDH promueve medir tres condiciones indispensables que cambian la perspectiva del modelo ambiguo de hacer las cosas, mostrando una cara diferente colocando como prioritarias la accesibilidad, calidad y disponibilidad.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, se pueden definir estas dimensiones como:

Accesibilidad 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.

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 calidad 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. (CONEVAL, 2018, p. 44)

Tales dimensiones deben ser delimitadas para cualificar la garantía del derecho a la salud, de modo tal que la accesibilidad tiene 3 subdimensiones: la primera es la física, que es el conjunto de características que considera la localización geográfica de acceso razonable o un medio de tecnología moderna a los servicios de salud; la segunda es la económica, que se caracteriza por la capacidad de pago de las personas 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 y por último la tercera, de información, que es el 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.

Tabla 4: *Esquema analítico de la dimensión de accesibilidad*

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	SUBDIMENSIÓN		DEFINICIÓN
ACCESIBILIDAD	No existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo	A1	Física	Conjunto de características que considere la localización geográfica de acceso razonable o por medio de tecnología moderna a los servicios de salud.

ACCESIBILIDAD	DEFINICIÓN	SUBDIMENSIÓN		DEFINICIÓN
	físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender (CONEVAL, 2014).	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 213 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.

Fuente: Esquema analítico de la dimensión de accesibilidad, CONEVAL, 2014, consulta 2021, p.46.

Para la disponibilidad, se tienen en cuenta dos aspectos: el primero, son los recursos humanos, la infraestructura física y servicios médicos que se refiere al personal sanitario, formado y competente, también a la disponibilidad de

infraestructura o establecimientos, bienes y servicios para la atención a la salud suficientes. La segunda son los servicios básicos determinantes de la salud, que son 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.

Tabla 5: *Esquema analítico de la dimensión de disponibilidad*

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.

Fuente: Esquema analítico de la dimensión de disponibilidad, CONEVAL, 2014, consulta 2021, p.47.

Mientras que la calidad es interpretada y evaluada de diferentes métodos esta está subdividida en 3; la primera es seguridad, que consiste en 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. La segunda es efectividad, que 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. Por tercera, está la atención, centrada en la persona donde se da 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.

Tabla 6: *Esquema de analítico de calidad*

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	SUBDIMENSIÓN		DEFINICIÓN
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.
--	--	--	--	---

Fuente: Esquema de analítico de calidad, CONEVAL, 2014, consulta 2021, p.47.

Este enfoque de calidad consiste en mantener la seguridad de los pacientes evitando riesgos iniciando por tener las instalaciones seguras, recibir una atención oportuna, y que en cada momento se sienta seguro, la segunda es la efectividad que pretende que los servicios lleguen a servir a todos los que la necesiten de manera completa, y por último la atención centrada en la persona es que cada persona tiene el mismo valor, la misma prioridad y los mismos derechos, por lo tanto debe recibir un buen trato iniciando por la atención en recepción, canalizarla dependiendo sus necesidades y recibir toda la información necesaria.

El reto de la evaluación se enfoca entonces no solo a conocer los resultados de funcionalidad de los servicios, programas y políticas, sino conocer las evaluaciones dirigidas a medir el grado en que se están alcanzando los objetivos intermedios y los objetivos últimos del sistema de salud, que en sus razones de existencia persiguen el mejoramiento de la calidad de salud y vida de la población. (Benhumea, 2021, p. 224).

Indicadores basados en derechos humanos

Para la identificación de algunos indicadores se muestran: la medición de la garantía 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, 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. Ante ello es necesario:

(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 este) 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 les 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, 2008).

En este sentido se van identificando y al mismo tiempo se incorporan los indicadores propuestos por el CONEVAL donde anteriormente ya dividimos las dimensiones y sus subdimensiones comenzando con la accesibilidad vista como “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, 2021,p. 64), el primer punto de esta es la accesibilidad física donde se trata de investigar, analizar y cuestionar si problemas como las barreras geográficas (la distancia que recorren las personas para llegar al área de salud más cercana), el segundo la infraestructura vial, tercero la existencia de mecanismos de transporte y como cuarto punto los horarios de atención.

ACCESIBILIDAD

Tabla 7: *Indicadores del tema accesibilidad*

1 ACCESIBILIDAD	
1.1 ACCESIBILIDAD FÍSICA	
Barreras Geográficas	Tiempo de traslado al lugar donde se atendió debido a problemas de salud.
Infraestructura Vial	Componentes físicos que interrelacionados entre sí de manera coherente y bajo cumplimiento de ciertas especificaciones técnicas de diseño y construcción, ofrecen

	condiciones dignas para la circulación de los usuarios.
Mecanismos de Transporte	Medios físicos para el traslado de las personas desde su hogar hasta el centro de salud más cercano.
Horarios de Atención	Tiempo en que hay acceso a las áreas médicas para poder acceder a ellas.

Fuente: Elaboración propia, con base en: el estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018.

En esta parte, debe hacerse una aproximación del grado de accesibilidad física por tipo de localidad y grado de aislamiento. De manera complementaria, se recomienda analizar el tiempo que tardan las personas en trasladarse; esto para identificar las causas o consecuencias de no tener acceso a los medios de salud por distancia, por falta de transporte o de tiempo de traslado. Una opción que se ha implementado para reducir el riesgo de muertes por falta de acceso es la implementación de telemedicina y telesalud, lo que evitaría el traslado de las personas. Esto sería una limitante para quienes no cuentan con acceso a la información.

La segunda subdimensión es la accesibilidad económica donde

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. (CONEVAL, 2021, p. 69).

Dentro de los factores de la accesibilidad económica están: el gasto total público de salud, el gasto de bolsillo, costo de los servicios de salud, la cuestión económica es un tema que nos aqueja a las personas porque no sólo deja ver la precariedad de las localidades, sino la falta de trabajo, el desequilibrio de sueldos y gastos

familiares, si bien el Estado proporciona ciertos pagos la pregunta es si estos son suficientes. También recordar que un gasto mayor no implica, necesariamente, una mejor condición de salud de la población o en la efectividad del estado en proveer acceso al derecho de salud, esto incluye la evaluación del correcto uso de recursos.

Tabla 8: Segundo indicador del tema accesibilidad

1 ACCESIBILIDAD	
1.2 ACCESIBILIDAD ECONÓMICA	
Gasto Total Público de Salud	Es un indicador que permite medir la obligación que el Estado tiene con la implementación del derecho a la salud.
Gasto de Bolsillo	Se refiere al gasto directo de las familias para solventar requerimientos de la atención de la salud (no incluye seguros médicos privados).
1 ACCESIBILIDAD	
1.2 ACCESIBILIDAD ECONOMICA	
Costo de servicios de Salud	Gastos ligados a la producción del servicio, entre ellos el pago de mano de obra e insumos.

Fuente: Elaboración propia, con base en: el estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018.

Como último, la subdimensión de la accesibilidad de información, este

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. Esta subdimensión 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. (CONEVAL, 2021, p. 74).

Tabla 9: Tercer indicador del tema accesibilidad

1 ACCESIBILIDAD	
1.3 ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN	
Conocimiento del Poder Solicitar, Recibir Y Difundir Información	Es información básica que las personas deberían conocer.
Participación Activa en el Autocuidado	Temas relacionados con el autocuidado son por ejemplo que en temporadas de frío las personas no salgan de casa, se abriguen, que si es temporada de lluvias eviten la acumulación de aguas negras para evitar enfermedades, entre otras.
1 ACCESIBILIDAD	
1.3 ACCESIBILIDAD A LA INFORMACIÓN	
Conocimiento Sobre el Derecho a La Salud	Si bien esto pareciera muy obvio aún hay quienes no reconocían a la salud como un derecho.
Involucramiento de la Comunidad En Los Temas Sustantivos	La participación de las personas en actividades municipales de salud, en servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
Automedicación	Este tema se refiere a la información que las personas conocen y asocian medicamentos con enfermedades iguales o parecidas ya padecidas, o la búsqueda de esta en vía internet.

Fuente: Elaboración propia, con base en: el estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018.

Cada dimensión está correlacionada una con la otra, todas son igual de importantes para lograr nuestro objetivo y en el caso del cuadro anterior nos muestra la importancia de la accesibilidad a la información, ya que la información es una herramienta muy poderosa que se puede usar a su favor, en esta subdimensión donde se observa la necesidad de contar con información básica, también se tiene

la participación activa en el autocuidado, en donde la información de conocer las fechas de cambio de climas, las frutas que te brindan vitaminas, entre otros cuidados personales, el hecho de que la salud es un derecho y que no muchas personas lo saben.

Dentro del mismo tema se habla del involucramiento de la comunidad en este caso en la salud, para participar en conferencias de salud, en campañas, promocionar los servicios con que cuenta la unidad a sus vecinos o conocidos entre otras, pero así como es bueno comunicar la información se debe estar pendiente en su veracidad, ya que la automedicación se da por creer tener conocimiento de un medicamento que funcionó y no es el correcto para el padecimiento que se tiene.

DISPONIBILIDAD

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” (CONEVAL, p. 78, S.A.). En esta parte, la primera subdimensión es la de recursos humanos, entendida 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.

Tabla 10: *Primer indicador del tema disponibilidad*

1 DISPONIBILIDAD	
1.1 RECURSOS HUMANOS	
PERSONAL MÉDICO	Todo personal médico que preste sus servicios en el hospital, independientemente de su puesto (Jefe de servicio, etc.), esto incluye a enfermeros y enfermeras, médicos especialistas.
PROFESIONAL CAPACITADO	Corresponde a la suma de los directores, gerentes, personal asistencial y personal no asistencial.
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL	Esto corresponde al número de personal que debería contar un área de salud.

Fuente: Elaboración propia.

Este es un gran tema ya que, por ley, se debe contar con el personal suficiente pero también capacitado, pero a lo que CONEVAL refiere no se trata sólo de saber hacer las cosas, cumplir con los procedimientos médicos, sino también de brindar un trato digno de conocer las complicaciones del paciente al llegar a su consulta, un buen tratamiento es la obligación como prestador de un servicio, pero la amabilidad, la comunicación del personal con las personas es único.

Mientras tanto, como segunda subdimensión se encuentra la 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 resolutive; 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), Centros de atención a la salud (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000) (CONEVAL, 2021, p. 84).

En esta parte se determina el volumen de servicios que el sistema provee a la población.

Tabla 11: Segundo indicador del tema disponibilidad

1 DISPONIBILIDAD	
1.2 INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y SERVICIOS MÉDICOS	
Número de establecimientos	Se refiere a la cantidad de consultorios u hospitales con los que cuenta una localidad ya sea rural y urbana.

Bienes y servicios públicos de salud	Este apartado es más complejo ya que los bienes y servicios deben cumplir con lo establecido con la ley en relación con el cálculo de camas, personal médico y de enfermería para los establecimientos de atención médica.
1 DISPONIBILIDAD	
1.2 INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y SERVICIOS MÉDICOS	
Centros de atención de salud	La evaluación de si el número de afiliados con los que cuenta la unidad tiene la capacidad de atender a los usuarios, su cobertura en horarios de atención.
Unidades médicas de consulta externa	No solo abarca las intervenciones médicas en el área de salud sino la satisfacción del paciente y si se surte el medicamento en tiempo y forma.
Disponibilidad de Unidades de Hospitalización	Al igual que es la capacidad del personal con los pacientes internos es la capacidad de cumplir con número de intervenciones quirúrgicas.

Fuente: Elaboración propia, con base en: el estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018.

Como se ha mencionado antes, esta es una investigación en donde todo está relacionados los temas de infraestructura con disponibilidad, comenzando con conocer si el número de personal concuerda con lo la clínica y/o hospital tiene la cantidad suficiente para abastecer las necesidades que se requieren, en este misma dimensión entra la cantidad por ejemplo de camas ya que, se supone, todo debe estar afín, al igual que dependiendo la institución se debe conocer su número de afiliados para saber si cuenta con los medios necesarios para solventar procedimientos médicos. Conocer y verificar si se cuenta con el suficiente personal para intervenciones quirúrgicas, el personal por especialidad, que el porcentaje de pacientes con recetas surtidas sea el 100% o si sus unidades médicas están abiertas los 365 días del año.

Otra subdimensión de la disponibilidad son los servicios básicos como determinantes de la salud como lo son el servicio de agua potable, drenaje, servicio sanitario, infraestructura sanitaria adecuada como el material de piso incluyendo (paredes y techos), uso de combustibles a base de carbón o de leña.

Tabla 12: Tercer indicador del tema disponibilidad

2 DISPONIBILIDAD	
1.3 SERVICIOS BÁSICOS COMO DETERMINANTES DE LA SALUD	
Servicios Básicos	Se evalúa si se cuenta o no con servicios de: <ul style="list-style-type: none"> ● Agua potable. ● Drenaje. ● Servicio sanitario. ● Infraestructura sanitaria adecuada. ● Material de piso. ● Uso de combustibles a base de carbón o leña.

Fuente: Elaboración propia, con base en: el estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018.

El cuadro representa, a grandes rasgos, lo que se debe analizar para identificar si los servicios médicos son los apropiados para atender a usuarios puesto que se refiere más a la infraestructura, si se cuenta con los medios para no ser fuente de infecciones en lugar de prevenirlas o mejorarlas, la sanitación del lugar y el mantenimiento del lugar.

CALIDAD

La calidad 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 en el momento correcto, a la persona indicada y en el lugar adecuado (CONEVAL, 2021, p. 98). La calidad es obligación de los trabajadores, prestadores de servicios, es el medio por el cual las personas evalúan el servicio, su satisfacción del trato, “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 & Alcántara, 2015).

SEGURIDAD

El primer tema trata de evaluar la calidad en la salud, esto relacionado con evitar lesiones como resultado de la atención que pretende ayudarles. Dentro de este, los indicadores son la evaluación de espera en urgencias un ejemplo de este sería una mujer embarazada que refiere dolor o sangrado y que espere un tiempo mayor a 30 minutos en ser atendida por un profesional de la salud, o la evaluación de los procesos concluidos con evidencia de una mala práctica médica, en esta se incluyen los actos mal realizados que provocan un daño o lesión al usuario, las infecciones nosocomiales que son las enfermedades contraídas después de las 48 horas de haber acudido al área de salud y que no se contaba con ellas.

Tabla 13: *Primer indicador del tema calidad*

3 CALIDAD	
1.1 SEGURIDAD	
Infecciones Nosocomiales	Las infecciones nosocomiales (IN) son las infecciones que se contraen 48 horas después de la hospitalización y que no estaban presentes ni en período de incubación al ingreso (Organization, 2002).
Tiempo de Espera en Urgencias	Tiempo promedio (en minutos) que se lleva para que un paciente sea atendido en el servicio de urgencias.
Mala Práctica Médica	La mala práctica médica (o negligencia médica) surge cuando un doctor, un profesional de la salud, hospital u otra facilidad de cuidados de salud, no atiende a

	alguien de acuerdo a los estándares aprobados en la profesión médica, y como resultado, esa persona sufre daños, se enferma, o su condición o enfermedad empeora.
--	---

Fuente: Elaboración propia, con base en: el estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018.

Efectividad

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. Este punto es relevante para conocer la efectividad del servicio porque ya hemos hablado de que no sólo es importante llevar a cabo el servicio en tiempo y forma sino también los resultados y el proceso de llevarlo a cabo.

Tabla 14: *Segundo indicador de calidad*

3 CALIDAD	
1.2 EFECTIVIDAD	
Perfil epidemiológico	El perfil epidemiológico muestra una población expuesta a un conjunto importante de factores de riesgo vinculados al entorno y al modo de vida, que generan una doble carga de enfermedad, con una prevalencia relevante de enfermedades no transmisibles, acompañada de una alta incidencia de enfermedades transmisibles (Levcovitz, Fernández Galeano, Rodríguez Buño, & Benia, 2016)

3 CALIDAD	
1.2 EFECTIVIDAD	
Principales causas de muerte	Este concepto abarca las principales causas de muerte, estas estarán enfocadas en la localidad.

Fuente: Elaboración propia, con base en: el estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018.

La parte de efectividad va más destinada a la persona, al usuario porque no solo se detectan enfermedades con las que no contaba al ingresar a la unidad, donde anteriormente se podría identificar los factores de riesgo que los provocaron, como la falta de limpieza de cuidados, una mala práctica médica, entre otros, por eso se dice cualquier enfermedad transmisible donde debe haber un contagiado y quien lo provoca o las causas que lo provocaron, al igual que algunos hábitos de las personas hacen más fácil la identificación de las principales causas de muerte.

ATENCIÓN CENTRADA AL CLIENTE

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. El apartado es fundamental para detectar deterioro en la calidad dirigida al cliente y en este caso a los pacientes que asisten para recibir una atención médica.

Tabla 15: Tercer indicador de calidad

3 CALIDAD	
1.3 ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	
Atención personalizada	Esta hace referencia a que no haya distinción alguna por género, tono de piel, situación económica, vestimenta entre otras, que no haya discriminación ni preferencias personales.
Percepción de los usuarios en los servicios	La percepción de los usuarios en los servicios es eso: la situación que vivieron, si entendieron su enfermedad, el proceso de recuperación, los procedimientos que se le llevaron a cabo y el por qué, si se sintieron incómodos o les resultó satisfactoria la atención.

Fuente: Elaboración propia, con base en: el estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018.

Dar prioridad a las personas no es un tema nuevo ni se debe ignorar ya que supone que la atención en el área de salud está enfocada para ellos, debe darse sin retrasos, sin interrupciones y sin secuencia lógica, también se debe tener en cuenta que es muy importante especificar que la atención centrada a las personas es más amplia que la atención centrada en el paciente ya que varios de ellos llevan acompañante y si bien este no tiene alguna enfermedad a quien acompaña sí y puede ser este la única persona que le ayude a su recuperación, entonces si esta no entiende los procedimientos, dificulta el mejoramiento temprano y eficiente.

Delimitación del objeto de estudio

Con base en la investigación previa, no hay suficiente información respecto a evaluar los sistemas de salud desde una perspectiva más amplia que no sólo califique la calidad en aspectos materiales sino la calidad en el trato a las personas durante el proceso médico por el que se asiste con el personal de salud y viceversa. Un factor importante en todo momento es el respeto que se debe tener y el cual nadie menciona. Por otra parte, un tema oculto por los medios de comunicación y la misma sociedad es la disponibilidad que tienen las personas al recibir atención médica de calidad junto con la accesibilidad a medicamentos.

Teniendo en cuenta que la salud es un derecho y debe ser obligación del Estado prever de estos servicios, fue muy evidente la insuficiencia del Estado para contar con los servicios básicos y necesarios para la crisis desde de la pandemia COVID-19 que tuvo como consecuencia la pérdida de muchas vidas. El escenario era claro: estábamos ante una enfermedad nueva, donde el sistema de salud en México sufría carencia en servicios médicos, un nuevo programa INSABI del que pocos sabían y no hay un manual que hasta la fecha sirva como instructivo para las y los trabajadores de salud.

México ha tenido bajo presupuesto del Estado para el área de salud donde deja al descubierto que, desde el inicio de la pandemia, no se contaba con el personal suficiente, que no tienen material las instalaciones públicas y mucho menos sus hospitales tienen la suficiente capacidad de espacio para los pacientes, pero el pánico que provocó esto fue destacar que el personal de salud no está capacitado para brindar un servicio de calidad, de respeto a los derechos a las personas, es así como a base de 26 preguntas donde se evalúan temas como accesibilidad, disponibilidad y calidad se evaluó la eficiencia del sistema de salud del Centro de Salud de la localidad Santa María Jajalpa, localizada en el Municipio de Tenango Del Valle con fines educativos y de investigación.

El Municipio de Tenango del Valle cuenta con un sólo hospital perteneciente al sector público llamado "Hospital Municipal Mariano Matamoros Bicentenario

Tenango Del Valle”, de ahí 10 delegaciones y 10 subdelegaciones sin embargo, sólo se cuenta con 9 centros de salud. Para entender su cobertura se describirá primero la base de los “Modelos de Unidad Médica” escrita por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, donde tienen un modelo existente que describe cómo las unidades médicas deben incorporar espacios dignos, enfocados al paciente y su familia; con tecnología de vanguardia que se adhiera a las necesidades de los interesados.

En este caso la comunidad donde se realizó el estudio fue Santa María Jajalpa que cuenta con “6,755 habitantes de los cuales 3,277 son hombres y 3,478 son mujeres” (SEDESOL, 2010). El realizar un cuestionario en un tiempo donde los enfermos por COVID era alta, fue el motivo de sólo realizar 50 cuestionarios teniendo el mínimo contacto físico, y las medidas de seguridad en ambas partes, para definir el área existe un modelo que deben tener las unidades médicas descritas en el siguiente cuadro donde se muestra un modelo de centro de salud según la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Tabla 16: *Modelo centro de salud*

Servicios: Atención clínica básica y servicios básicos de salud a la comunidad: promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, diagnóstico temprano de enfermedades	
Capacidad de atención: Atiende localidades de entre 500 a 6,000 familias	
RECURSO HUMANO	
1 núcleo – Un médico, 2 enfermeras	2 núcleos – 2 médicos, 2 enfermeras + 2 enfermeras
3 núcleos – 3 médicos, 3 enfermeras, cirujano dentista	4 núcleos - Auxiliar administrativo, auxiliar de intendencia, enfermera para CEYE, vacunación y curaciones, enfermera
5 núcleos - Técnico en estadística en salud	6 núcleos – Director, administrador, auxiliar almacén y farmacia, taquimecanógrafas, chofer, técnico laboratorista, trabajadora social.
7 núcleos - Técnico radiólogo	10 núcleos- Médico epidemiólogo

Fuente: Elaboración propia con base en: Modelos de las unidades de salud 2018.

Con base en esta información, el Centro de Salud de Santa María Jajalpa está clasificado como urbano núcleo 03. Sin embargo, la realidad es que cuenta con una enfermera de base, dos pasantes de medicina, dos TAPS, un psicólogo y el médico encargado de la unidad en un horario de 8:00 am a 3:00 pm.

En tanto el turno de sábados y domingos, donde tienen un horario de 8:00 am a 20:00 pm, sólo cuenta con un médico y una enfermera donde se han atendido entre 70-80 personas diarias, esto brindando los servicios de consulta externa donde generalmente la enfermera es quien se encarga de medir, pesar y tomar muestras de temperatura, presión arterial, y dependiendo las necesidades del paciente si padece de alguna enfermedad congénita se toman muestras de glucosa, se realizan consultas de embarazadas, pruebas de sífilis y VIH, brindan servicio de métodos anticonceptivos, pruebas de Papanicolau, curaciones, aplicación de inyecciones y muestras de tamiz neonatal.

Todas estas actividades se realizan en el turno especial, donde la infraestructura del centro de salud, tiene en la planta baja el estacionamiento, un cubículo de recepción, de enfermería, de farmacia, archivo, CEYE, un pequeño salón, el cubículo del psicólogo, del dentista y dos para consultas externas, con dos áreas de baño uno para mujer, para hombre y el del personal, en la planta alta se cuenta con una pequeña cocina.

Los 50 cuestionarios fueron a la población mayor de 20 años que asistieron a la clínica para consulta externa, donde se les solicitaba su consentimiento para responder las preguntas con fines educativos, las preguntas tienen respuestas cerradas en donde se debe elegir una de las opciones las cuales están correlacionadas entre las dimensiones del enfoque a la salud y la comunidad.

ESTUDIO DE CASO DE SANTA MARIA JAJALPA

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se utilizó un cuestionario para el personal de salud y otro para los usuarios del servicio médico. En el cuestionario están plasmados los temas de disponibilidad, acceso y calidad del servicio, de tal manera que se proporcione información no sólo de satisfacción del paciente sino también una evaluación del cumplimiento del derecho a la salud, recordando que todo es enfocado al EBDH, por lo tanto, no sólo se tendrá datos cuantitativos sino cualitativos donde se expondrán las perspectivas de 50 entrevistados.

Teniendo como uno de los principales temas la importancia de llevar a cabo en los servicios de salud el derecho de las y los ciudadanos, se tiene como puntos clave el involucramiento de los médicos, enfermeras y trabajadores para que esto se lleve a cabo de la mejor forma, e instruir, educar y transformar las mentes de los pacientes para que los dos involucrados estén conscientemente satisfechos del trato digno.

Se pretende que el EBDH resuelva uno de los temas controversiales en los hospitales que es el tiempo de espera y la discriminación de los pacientes con alguna epidemiología específica que les impida comunicarse por ejemplo los sordo mudos, se espera que la evaluación sea para mejorar el trato de los pacientes cumpliendo solamente su derecho legítimo de recibir atención médica.

Medir la calidad desde la perspectiva de las personas es un tema subjetivo, pero con eso precisamente se observa una evaluación de los pacientes al servicio y en la elaboración de la investigación se tienen datos reales de las instalaciones médicas, en donde se evalúa si la atención que reciben es eficiente, no han sido discriminados por situación de género, edad, enfermedad entre otras y el tiempo de espera para recibir atención médica.

El tema de disponibilidad es más cuantitativo, porque se tienen datos sobre el número de establecimientos que cuenta el municipio, si se cuentan con los servicios

básicos, el personal médico y capacitado profesionalmente al igual que se toman diferentes temas para evaluar la accesibilidad; primero, el tema económico; segundo, de información, ambos de suma importancia para el análisis.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

La edad promedio de los 50 entrevistados es de 43 años, de los cuales el 80% son mujeres y el 20% hombres, donde podemos deducir que es menor el porcentaje de hombres que acude a consulta médica, en el cual se observa que las mujeres se preocupan más por su salud, o los hombres evitan más los servicios médicos por trabajo, creencias, entre otros. Otro dato es que, para las consultas generales, el mayor porcentaje de asistencia es entre las edades de 20 a 35 años, continuando con la asistencia de niños menores de 10 años, no tienen porcentaje de mortalidad materna y esto se debe por ser centro de salud de nivel 3 que no cuenta con área de hospitalización ni tiene cirugías. Mensualmente, se atienden de 15 a 20 consultas prenatales y 5 consultas de anticonceptivos. El número de población es de 7,555 habitantes donde el 2% es población portadora de VIH.

Para dar inicio al análisis del cuestionario primero se tratará la variable de accesibilidad física donde intervienen las barreras geográficas, de infraestructura vial, los mecanismos de transporte y horarios de atención, en el tema de accesibilidad donde se obtuvieron los siguientes datos teniendo en cuenta que para su elaboración corresponden 19 preguntas del cuestionario aplicado en la comunidad del centro de salud de Santa María Jajalpa que se presentan a continuación.

Tabla 17: Tema accesibilidad

1.-¿Cuánto aproximadamente tarda en llegar al hospital, centro de salud o clínica a la que le corresponde su atención?	1 A 10 MIN	11 A 20 MIN	21 A 30 MIN	MÁS DE 30 MIN	TOTAL
Respuestas	20	22	8	0	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

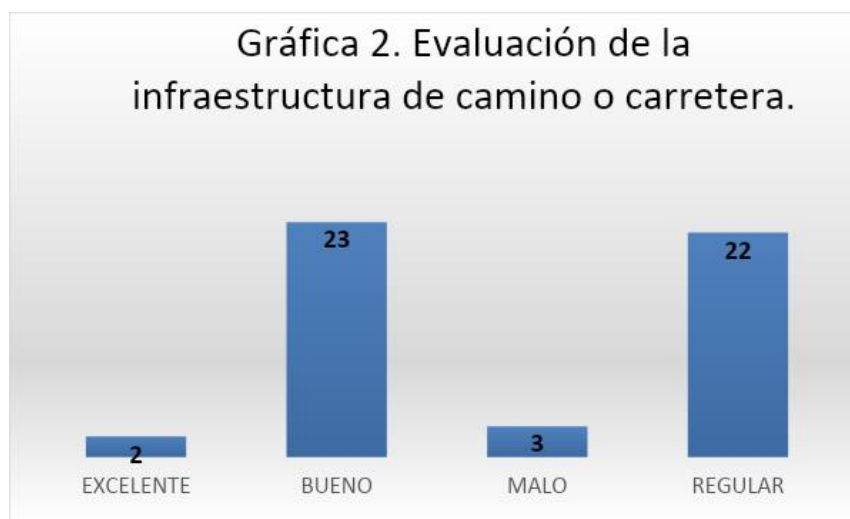
Tanto en la tabla 16 como en la gráfica 1 se muestra la respuesta de los 50 entrevistados donde ninguno tarda más de 30 min para llegar al centro de salud, 8 de ellos tarda entre 21-30 min, 22 de ellos tarda entre 11 a 20 min y 20 de ellos tarda menos de 10 minutos para llegar a la unidad médica donde podemos concluir que la mayoría no tiene un distanciamiento mayor a 2.5 km de su casa a la unidad. Pero, si alguna persona necesitara de hospitalización o algún servicio de urgencia, el hospital que le corresponde está a 6.3 km del centro de salud ya que, como se mencionó anteriormente, el centro médico es de tercer nivel.

En el mismo tema de la infraestructura vial se les preguntó si la carretera o camino que toman para llegar a la unidad médica cumple con ciertas especificaciones técnicas de diseño, teniendo como resultado lo siguiente:

Tabla 18: Tema accesibilidad

2.- ¿Cómo calificaría la infraestructura de la carretera o camino que toma para llegar a su destino? Teniendo en cuenta si hay baches, este pavimentado, es de terracería entre otros.	EXCELENTE	BUENO	MALO	REGULAR	TOTAL
Respuestas	2	23	3	22	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Como se puede observar tanto en la tabla 17 y en la gráfica 2 la infraestructura de la carretera o camino cuenta con 23 votos que lo califican como bueno y 22 como regular esto teniendo en cuenta si el camino está pavimentado, no cuenta con

baches, si es de terracería, propenso a accidentes, entre otros. Sin embargo, sólo 3 personas están en desacuerdo que el camino sea bueno y se adhiera correctamente a sus necesidades mientras que 2 están completamente seguros que cuentan con un excelente servicio.

En el tema de mecanismos de transporte, la comunidad es conocida por ser el punto medio para tres localidades; Tenango del Valle, Santiago Tianguistenco y Joquicingo. Por la distancia menor a 2 kilómetros que las personas recorren de sus casas para llegar al centro de salud, es mínima, por lo que son pocos los que utilizan algún servicio, sin embargo, por tener servicio de fines de semana y días festivos, comunidades cercanas viajan por el servicio que puede variar entre uno o dos pasajes, para el caso anterior está representado en la siguiente tabla gráfica.

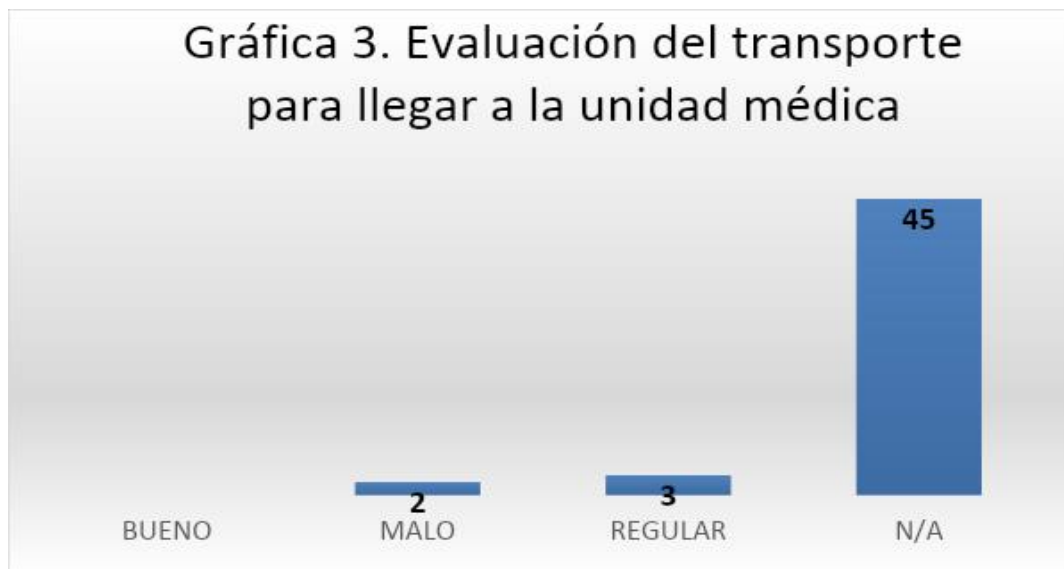
A esta comunidad se le conoce como un punto medio entre tres localidades importantes: Tenango del Valle, Santiago Tianguistenco y Joquicingo. Gracias a ello esta localidad tiene una gran red de transporte, aunque en el caso de este estudio el resultado es que, cuando la distancia que la gente debe recorrer es menor a 2 kilómetros, son pocas las personas que utilizan el transporte. Sin embargo, para los desplazamientos de fines de semana y días festivos, las comunidades cercanas viajan por el servicio y éste puede variar entre uno o dos pasajes. Para este caso, los resultados se ven representados en la siguiente tabla y gráfica.

Tabla 19: *Tema accesibilidad*

3.- ¿Cómo calificaría su servicio de transporte para llegar al hospital/centro de salud o clínica?	BUENO	MALO	REGULAR	N/A	TOTAL
Respuestas	0	2	3	45	50

Fuente: Elaboración Propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Gráfica 3. Evaluación del transporte para llegar a la unidad médica



Fuente: Elaboración Propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

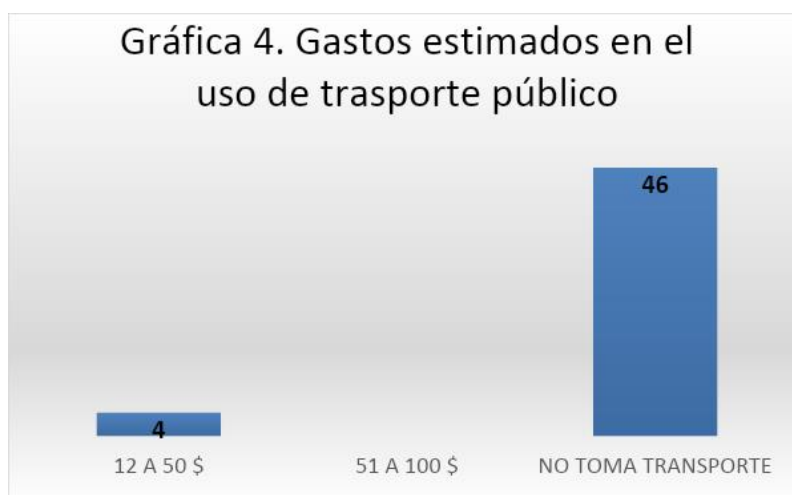
Esta fue una evaluación sencilla, ya que son pocos los que toman algún transporte para llegar de su casa al centro de salud, 45 no lo necesitan, mientras que 3 lo evaluaron como regular y dos como malo. Esto puede ser porque el servicio de taxis y combis suelen ir llenos o transitan lento dentro de esta área, pero esto varía ya por el horario, regularmente en fines de semana en las consultas de 8:00 am no hay problema por encontrar transporte pero que las unidades cumplan con los requerimientos que ocupan los usuarios es otro tema.

Sin embargo, al evaluar el gasto del transporte observamos que no es costoso llegar a la unidad, teniendo en cuenta que la zona es pequeña a comparación de otras comunidades cercanas a Santa María Jajalpa que deben tomar más de un transporte o una distancia más lejana a los 3 kilómetros para tener asistencia médica teniendo estos resultados:

Tabla 20: Tema accesibilidad

4.- ¿Cuánto gasta en el servicio de transporte?	12 A 50 \$	51 A 100 \$	NO TOMA TRANSPORT E	TOTAL
Respuestas	4	0	46	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

En el resultado de gasto en transporte que se muestran en la tabla 19 correspondiente a la gráfica 4 como consecuencia se tiene que 46 no lo usan, esto es porque les queda relativamente cerca el camino de su casa a la unidad médica, solo una persona llegó en bicicleta y no gastó en el servicio, mientras que las otras 4 gastan alrededor de los \$50.00 (cincuenta pesos), una cantidad considerable ya que es de ida y vuelta de sus casas a la unidad.

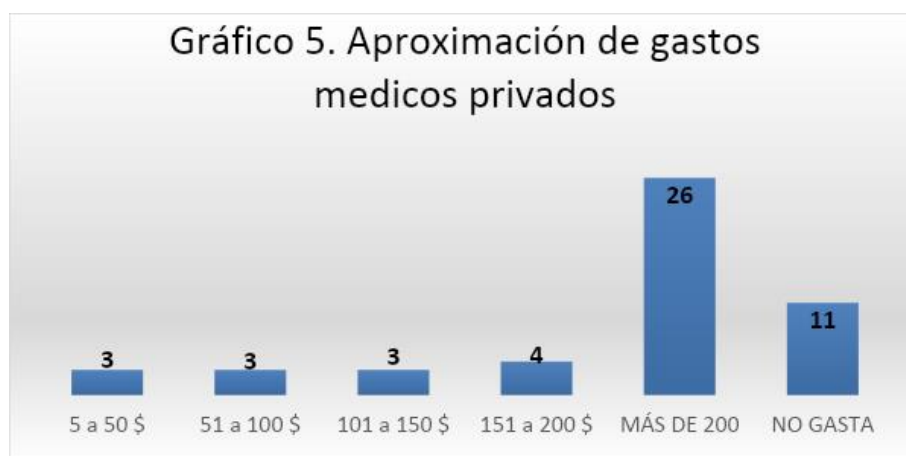
Otra pregunta relacionada con la economía fue conocer si las personas han optado por asistir a un médico privado, o no, teniendo opción debieron consultarlo por situaciones relacionadas con el centro de salud entre ellas, que esté cerrado o se

les haya negado consulta y si este fuera el caso cuánto aproximadamente sería su gasto teniendo como resultado lo siguiente:

Tabla 21: Tema accesibilidad

5.- ¿Regularmente cuánto gasta cuando asiste a consulta médica privada? En caso de que el C.S. se encuentre sin servicio	5 a 50 \$	51 a 100 \$	101 a 150 \$	151 a 200 \$	MÁS DE 200	NO GASTA	TOTAL
Respuestas	3	3	3	4	26	11	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

En la gráfica 5 podemos ver los resultados, donde la pregunta nos permite conocer el dinero aproximado que gastan al no ser atendidos en un centro de salud pública, generando así que 26 de ellos aseguran gastar más de 200 pesos en una consulta general privada agregándole gastos de medicamentos y transporte si fuera el caso,

en promedio gastan entre 500 y 800 pesos los cuales evidentemente se pueden ahorrar optando por las consultas públicas.

El valor más bajo de gastos está entre 5 a 50 pesos esto puntualizando que es sin asistencia médica privada y sólo por autorecetarse medicamentos como paracetamol que su costo de venta no excede los 50 pesos, por otra parte 11 de las personas no asiste a consultas privadas, esperan la asistencia médica pública o se automedican con medicamento tradicional, por ejemplo para una gripe un té de manzanilla sin embargo, por lo tanto automedicarse es una problemática que va a la alza.

Por otra parte, se preguntó si algún servicio cobra por la atención médica, donde se obtuvo que todos los entrevistados no han sufrido de ninguna extorsión de dinero por parte de los servidores de la salud, como se muestra a continuación:

Tabla 22: *Tema accesibilidad*

6.- ¿Algún servicio cobra o requiere un monto de dinero extra?	SI	NO	TOTAL
Respuestas	0	50	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Para esta pregunta, como en las del mismo cuestionario, se enfatizó que las respuestas serían confidenciales con fines médicos y educativos. Gracias a ello, las respuestas fueron considerablemente confiables ya que no había motivos para mentir, y el personal de salud del turno no estuvo presente en ningún momento.

Ahora bien, un tema muy importante es el tiempo que han tardado las personas en ser atendidas, esto teniendo en cuenta el sistema que usan los fines de semana para el centro de salud de Santa María Jajalpa, las consultas inician a las 8:00 am y, conforme van llegando, van teniendo el número de atención; es decir, si la primera en llegar a la unidad es una mujer de 43 años, le sigue otra mujer de 34 y un hombre de 19 van teniendo el número 1, 2, 3 y 4 respectivamente sin importar el motivo de consulta, esto teniendo en cuenta que la atención entre Médico y paciente puede durar de 15 a 30 minutos, esto significa que si fuiste el último en llegar con la ficha 20 tendrás que esperar unas cuantas horas para recibir la atención, por lo tanto se obtuvo la siguiente información:

Tabla 23: Tema calidad

7.- ¿Cuál es el tiempo máximo que ha esperado para recibir atención?	1 A 10 MIN	11 A 20 MIN	21 A 30 MIN	MÁS DE 30 MIN	TOTAL
RESPUESTAS	8	2	9	31	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Anteriormente, en la gráfica 1, observamos que el tiempo de llegada a la unidad no es mayor a los 30 minutos, a pesar de esto que resultaría ser una ventaja para que las personas logran llegar antes de las 8:00 a.m. para ser de las primeras fichas, esto no sucede así y tienen que esperar un tiempo más largo por no estar antes de la entrega de un lugar para consulta, teniendo en cuenta el tiempo de espera se atribuye a que solo se cuenta con una sola doctora dando consultas y claramente el tiempo que se toma por cada paciente según su patología, estas situaciones son de conocimiento para la población.

Por lo que se puede decir que las primeras 2 personas no tardarán en recibir atención médica y estarán satisfechas del resultado mientras que las últimas por el tiempo de espera pueden llegar a desesperarse y molestarse, entonces 31 personas evalúan su tiempo de espera mayor a los 30 minutos.

El punto de accesibilidad en la información, como ya hemos mencionado, es un tema importante porque de aquí parte que las personas tengan conocimiento de las actividades que se practican en las diferentes áreas del centro de salud, sus requisitos, horarios entre otras cosas y para esto se crearon preguntas específicas para resolver este tema y como resultado es lo siguiente:

Tabla 24: Tema accesibilidad

8.- ¿Qué tan informada se encuentra sobre los servicios que brinda el hospital, centro de salud o clínica?	ENTERADO(A) DE TODO	MÁS O MENOS	NO ESTOY INFORMADA	TOTAL
Respuesta	7	31	12	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Como primer punto está ¿qué tan informada está la comunidad sobre los servicios que brinda en Centro de Salud o clínica? Y, como análisis de los resultados, podemos ver que, de los entrevistados, sólo 31 se considera más o menos informado, 7 de ellos está enterado de todo y los 12 restantes no están informados de ningún servicio que se brinde en el centro de salud. Desde este resultado podemos observar que es muy poco el interés de las personas para conocer los servicios de salud como también de la institución para hacer difusión.

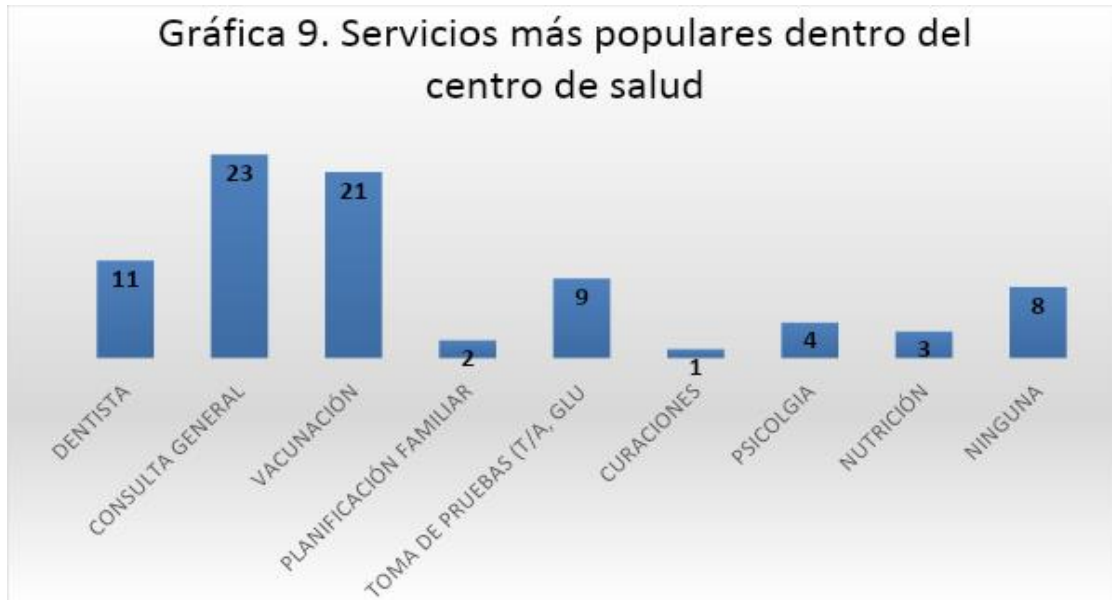
Que la gente no esté interesada en conocer los servicios que se brindan dependen mucho de la difusión de la clínica para ampliar la información en la comunidad, quizás por falta de personal, pero esto implica que no se está llevando a cabo una buena prevención de enfermedades, las personas que asisten a consulta no son las únicas con el deber de comunicar la información de las áreas que existen sino también el mismo personal.

Continuando en esto se les preguntó ¿cuáles eran los servicios que conocían del centro de salud?, para poder verificar si en serio estaban informados y los resultados son los siguientes:

Tabla 25: Tema accesibilidad

9.-¿Qué servicios conoce que brinde el centro de salud?	DENTISTA	CONSULTA GENERAL	VACUNACIÓN	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	TOMA DE PRUEBAS (T/A, GLUCOSA, PAPANICOLAU, TAMIZ, SIFILIS Y VIH)	CURACIONES	PSICOLGIA	NUTRICIÓN	NINGUNA	TOTAL	PORCENTAJE
Respuestas	11	23	21	2	9	1	4	3	8	82	60.98

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Esta pregunta nos permitió conocer los servicios que han recibido las personas. Un punto interesante fue que la mayoría de estos servicios como dentista, vacunación y psicología son servicios que solo se brindan de lunes a viernes, pero se menosprecia el trabajo de las y los enfermeros o se desconocen ya que no solo es medir y pesar, se realiza toma de signos vitales, realizan papanicolaou, pruebas de sífilis, VIH entre otros, por eso tiene muy poca relevancia para las personas, mientras que el mayor número de popularidad de los servicios es la consulta general ya que se atienden todas las enfermedades.

Dentro del tema de accesibilidad, se consideró importante conocer la perspectiva de las personas, primero si el horario de atención se adhiere a sus necesidades teniendo como resultado que todos los entrevistados lo consideran prudente, recordando que se dan dos horarios de consulta primero a las 8:00 am y el segundo a las 13:00 pm con aproximadamente entre 20 y 25 fichas por horario.

Tabla 26: Tema accesibilidad

10.- ¿Considera que el horario que ofrece la institución se adhiere a las necesidades de su persona?	SI	NO	TOTAL
Respuestas	50	0	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

En esta gráfica se muestra el nivel de satisfacción al 100%. Esto con base en que todos y todas consideran que tener servicio en fines de semana es excelente y dos veces al día es aún mejor, debido a que el horario se acopla a sus actividades, destacando también que el centro de salud de Santa María Jajalpa es uno de los pocos en dar servicio los fines de semana y días festivos.

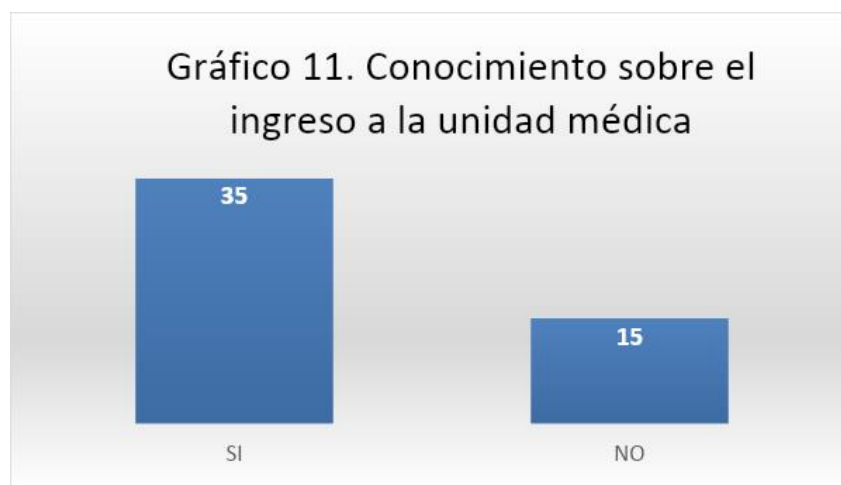
En cuanto al tema de accesibilidad a la información está el conocer el trasfondo de las personas con su autocuidado, en donde se incluyen las medidas de salud donde se pretende averiguar su conocimiento en medidas de seguridad para ingresar al centro de salud, obteniendo así lo siguientes datos:

En el tema de accesibilidad a la información está en conocer el trasfondo de las personas con su autocuidado, donde se incluyen las medidas de salud, ya que es temporada de COVID-19, debe tener cuidado para cuidar de su salud y el de las demás personas, también se pretende conocer su conocimiento en medidas de seguridad para ingresar al centro de salud teniendo los datos que se muestran a continuación:

Tabla 27: Tema accesibilidad

11.- ¿Sabe el procedimiento para ingresar a la unidad?	SI	NO	TOTAL
Respuestas	35	15	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Esta información demuestra que 15 de las 35 personas no conoce las medidas de seguridad del centro de salud, cabe destacar que utilizan el cubrebocas porque en cualquier lugar les niegan la entrada si no lo llevan puesto, y no por su cuidado o la protección de terceros. En la entrada del centro de salud se encuentra el vigilante

que es quien proporciona gel antibacterial pero en realidad son muy pocas las personas cuidadosas que asisten con los cuidados correspondientes a sus síntomas identificados.

Es importante mencionar que, para la investigación, y a partir del COVID-19, al entregar la ficha de consulta se les pregunta si asisten por alguna infección respiratoria; es decir, si cuentan con dolor de garganta, estornudos, congestión nasal, tos o fiebre y no se les permite la entrada a la unidad, haciéndolos esperar afuera sin importar la hora donde no se cuenta con un área adaptada para la espera y cuando toca su ficha entran por otro acceso donde se les atiende.

Al aplicar los cuestionarios se observó que una medida de cuidado para la salud se les preguntaba a las personas que tipo de afección tenían, es decir los que asistían para una consulta con síntomas de alguna infección respiratoria como dolor de garganta, estornudos, congestión nasal y tos, fiebre y no se les permitía el acceso a la unidad, teniendo que esperar afuera sin importar la hora, clima entre otros factores, el área donde tenían que esperar no está adaptada para la comodidad de un paciente y se les permitía el acceso por otra entrada, dividiendo así los probables contagios de COVID-19 y los que iban por consulta externa.

En la investigación que se realizó en las instalaciones del centro de salud de Santa María Jajalpa se observa que las personas que asisten a consulta con síntomas graves o leves de IRAS no tienen permitido el acceso a la instalación, sin importar el horario. Esta medida se utiliza para hacer una clase de división de síntomas para evitar que existan contagios no deseados. Sin embargo, esto parece también una discriminación por enfermedad, las unidades no estuvieron ni están preparadas para dar una atención de calidad a quienes asisten a consulta. El tiempo que ha pasado desde que inició la pandemia debió ser suficiente para que las instituciones aprendieran y llevarán a cabo medidas de seguridad para las personas que no les permiten el acceso a las instalaciones ya que se está violentando sus derechos a recibir atención médica de calidad.

Cambiando de tema, se les preguntó si participaban en las convocatorias de salud, por ejemplo, campañas de vacunación, detecciones de VIH, certificados médicos entre otras y este fue el resultado:

Tabla 28: Tema accesibilidad

12.- ¿Participa en las convocatorias de salud?	SI	NO	TOTAL
Respuestas	25	25	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

El 50% de los entrevistados sí participan y el otro 50% no lo hace en las convocatorias de la unidad médica probablemente puede deberse a cómo el personal del centro de salud está difundiendo los servicios que tiene. Esto independientemente del horario de atención (entre semana o fines de semana), todo el personal tiene como responsabilidad compartir información de las áreas en el centro de salud o referirlas a una si es el caso. Por otra parte, quizás a las personas no les interesa participar, esto con base en que el porcentaje es más alto por consultas médicas que por conocer los servicios, esto impide que las personas de

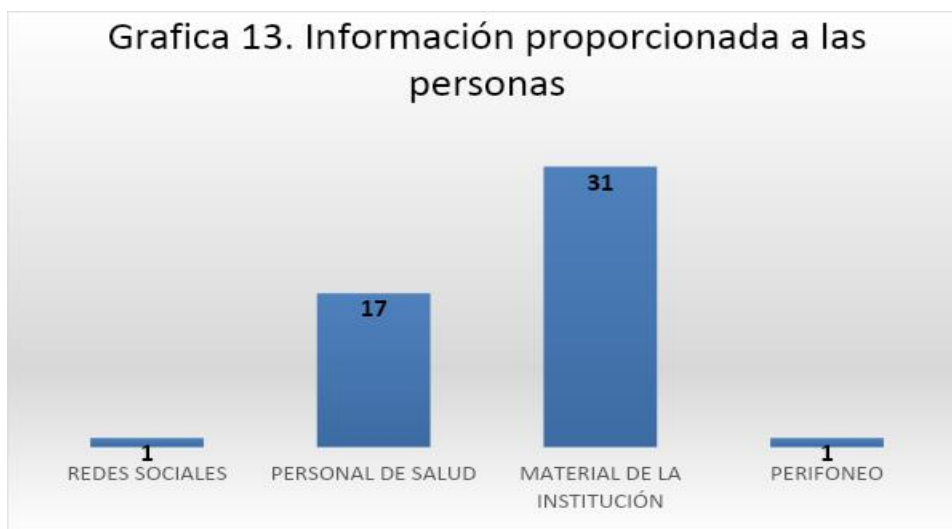
la comunidad asistan, por ejemplo, con la dentista, servicio que todos podrían requerir.

Para conocer cuál es la forma en la que las personas se enteran de los servicios que se brindan en el centro de salud se les hizo la pregunta dentro del cuestionario, observar esta información lleva a la siguiente cuestión: “¿Quién dice la verdad?”, también para conocer cuál es el medio de comunicación por donde conocen la mayoría de las actividades y estos fueron los resultados:

Tabla 29: Tema accesibilidad

13.- ¿Por qué medio se entera de la información que proporciona en el C.S.?	REDES SOCIALES	PERSONAL DE SALUD	MATERIAL DE LA INSTITUCIÓN	PERIFONEO	TOTAL
RESPUESTAS	1	17	31	1	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

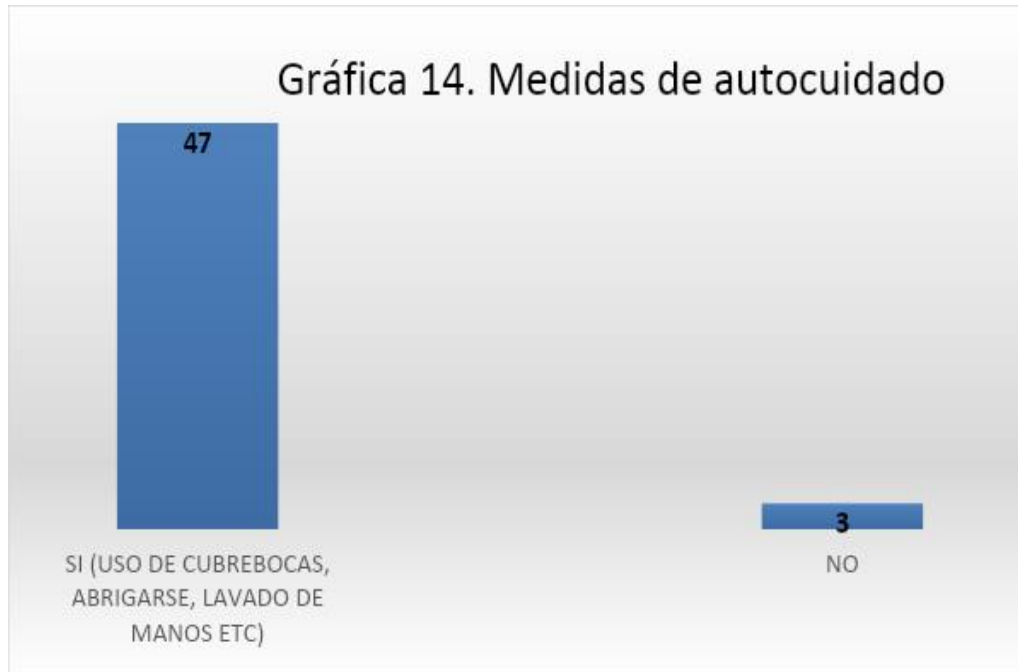
Esta información muestra que quienes votaron por perifoneo y redes sociales estaban mal informados o confundidos ya que, el centro de salud, no lleva a cabo ninguna de estas opciones, solo fueron señuelos. Mientras que, las 31 personas que votaron por los materiales de la institución hacen referencia a los carteles que se pegan dentro y fuera de las instalaciones por lo tanto sólo aquellas que los leen son medios para difundir a otras personas la información al igual que los asisten a algún servicio y son avisadas por el personal de salud con 17 votos.

En este sentido, es importante conocer qué tanto conocen los autocuidados las personas en donde la mayoría sí las conoce, como el lavado frecuente de manos, el uso de cubrebocas, abrigarse bien en tiempos de frío y no exponerse a cambios bruscos de temperatura, alimentarse con frutas y verduras y beber 2 litros de agua diario fueron los temas que más conocían.

Tabla 30: *Tema accesibilidad*

14.- ¿Atiende o conoce las medidas de salud para su autocuidado?	SI (USO DE CUBREBOCAS, ABRIGARSE, LAVADO DE MANOS ETC.)	NO	TOTAL
Respuestas	47	3	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Sólo 3 personas no pudieron responder a qué actividades se relacionaban para su cuidado, mientras que las otras 47 atinadamente se protegen y antes de recibir atención médica hacen uso de medicina alternativa como tés de plantas naturales para el dolor de estómago o de cabeza.

Otro tema es conocer la perspectiva de las personas sobre si la salud es un derecho o sólo es brindado por el estado como una obligación y no es un derecho, pues fue interesante conocer que solamente 4 personas no lo consideran un derecho, pero después del cuestionario se les comentó la importancia de conocerlo como derecho y lo que implicaba para ella o él conocer sus beneficios y obligaciones.

Tabla 31: Tema accesibilidad

15.- ¿La salud es un derecho para las personas o solo es un servicio que se brinda?	ES UN DERECHO	A) ES SOLO OBLIGACIÓN DEL ESTADO Y NO ES UN DERECHO	TOTAL
Respuestas	46	4	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Con base en el análisis, se tiene como resultado que la falta de información sobre la salud se debe al analfabetismo que hay en la comunidad, esto teniendo en cuenta que, de un total de 7, 301 habitantes según el INEGI, existe un grado promedio de escolaridad femenina de 8.44 mientras que el promedio en el masculino es de 8.69 (INEGI, 2020). Esto puede producir afectaciones como que la población esté desinformada, que se concentren más en sus labores y sólo opten por medicina tradicional. Otro probable problema es la difusión de los servicios por parte de la institución, ya que no está dando la difusión de los servicios que brinda, ni tampoco se conoce si el servicio que se está brindando al paciente se siente lo hace sentir seguro, cómodo y en confianza para brindar la información que para cada persona

es personal, desde una simple gripe hasta una herida, una consulta externa o para paciente crónico.

Dentro de las instalaciones se tiene un cuadro de los derechos del paciente y del médico, pero son pocas las personas que conocen esta información, sería importante comprobar que en los cursos que hay en las instalaciones para mamás embarazadas que sólo se tienen entre semana, se les hable sobre temas relacionados con sus derechos y obligaciones.

La participación de los ciudadanos en su comunidad es importante para hablar de una convivencia sana y atención a las partes necesitadas por eso, se tuvo como resultado lo siguiente:

Tabla 32: *Tema accesibilidad*

16.- ¿Participa en servicios de la comunidad?	SI	NO	TOTAL
Respuestas	25	25	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

El resultado fue que solo la mitad asiste a faenas, temas de discusión, conferencias entre otros temas que para ellos son más interesantes que involucran a su comunidad, mientras que la otra mitad no lo hace, las principales causas son la falta de información del evento y que no tienen tiempo.

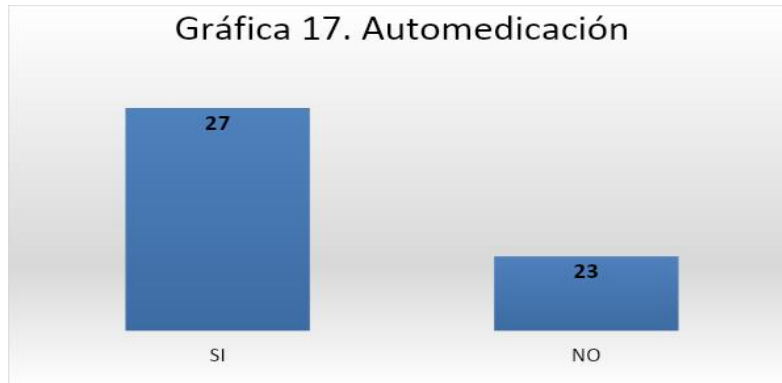
Estudiar una carrera en ciencias de la salud, como todas, requiere tiempo y esta en específico mucho más tiempo que cualquier otra carrera. Estudiar salud no es sólo recetar medicamentos sino saber medir las dosis, las contraindicaciones y efectos secundarios, las posibles reacciones alérgicas, intoxicaciones entre otras situaciones que pueden afectar el cuerpo. Por ello, se hace la invitación a las personas para que eviten automedicarse.

Cada vez son más personas que llevan a cabo esta práctica poniendo en riesgo sus vidas, sin tomar en cuenta que un médico general tiene no sólo los conocimientos, sino las capacidades y destrezas para diagnosticar, tratar y resolver procedimientos básicos en los pacientes. Uno de estos casos de automedicación es Eduardo. Él fue al médico en el mes enero y el médico le recetó un antibiótico, y en octubre volvió a enfermarse con síntomas muy similares a los de la visita de la primera vez. Entonces, para no perder el tiempo en consulta o no gastar dinero, tomó el mismo medicamento. Sin embargo, no obtuvo una mejora, pues el antibiótico previamente recetado no fue funcional para la nueva gripe. En este caso, un personal de la salud en consulta tomaría las medidas necesarias para conocer más acerca de la causa y efectos de la enfermedad. Los datos recolectados fueron los siguientes:

Tabla 3: *Tema accesibilidad*

17.- ¿Se ha automedicado?	Por voluntad Propia	Lo orientaron a hacerlo	No se automedica	TOTAL
Respuestas	25	2	25	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Se sabe que la automedicación puede llegar a ser peligrosa y dentro del análisis solamente 2 personas fueron orientadas a hacerlo es decir que otra persona se los recomendó, mientras que 25 fueron por voluntad propia dando como resultado las 27 que se han automedicado y 23 no lo han hecho, lo que nos lleva a la conclusión que el 54% de los entrevistados se han automedicado.

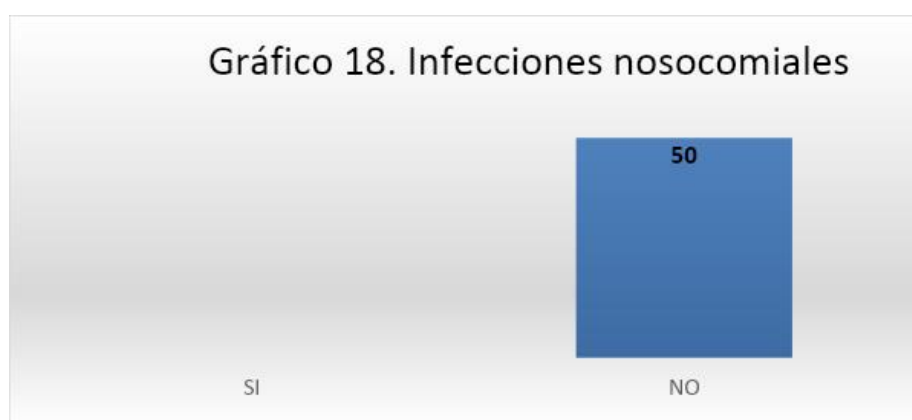
Esto es peligroso y muy importante ya que, al automedicarse, se pueden originar más problemas, uno de ellos es crear resistencia a los antibióticos, “además, puede producir efectos secundarios por el uso excesivo de algunos medicamentos, principalmente, en el caso de los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos que están relacionados con gastritis y hemorragias digestivas, así como interacciones entre medicamentos, ya que hay algunos medicamentos que no deben de ser combinados con otros” (Secretaría de Salud, 2016).

Para conocer las probables infecciones nosocomiales se les preguntó a las personas si en alguna ocasión un familiar, amigo o conocido había contraído alguna infección por asistir a una consulta médica y el resultado fue que esto no había sucedido.

Tabla 33: Tema calidad

18- ¿Algún familiar, amigo o conocido contrajo una enfermedad de la cual no tenía síntomas ni signos al asistir a la unidad médica?	SI	NO	TOTAL
Respuestas	0	50	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Como se puede observar en la gráfica, no han existido infecciones nosocomiales en las 50 personas entrevistadas, visibilizando con ello una buena práctica médica por parte de los trabajadores de salud, teniendo en cuenta que fue en temporada de COVID-19 cuando se realizó el cuestionario y las medidas de seguridad que el personal consideró para la seguridad de ambas partes fue, como ya se ha comentado, tener a las personas fuera de la unidad si la consulta era por IRA.

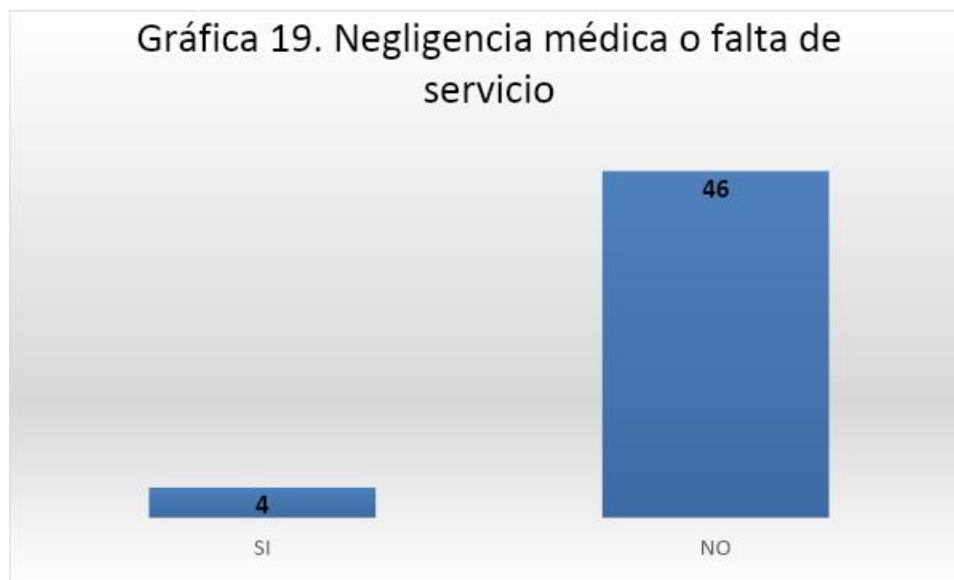
Por otra parte, se les preguntó a las 50 personas si en alguna ocasión que habían requerido una consulta esta se les había negado, por lo que 4 personas habían confirmado que sí, y en esta pregunta toco profundizar más la situación, ya que se

estaría tratando de una situación muy complicada, los cuatro casos fueron en el turno de entre semana y desconocen el nombre de la enfermera o enfermero que la negó.

Tabla 34: Tema calidad

19.- ¿Se le negado alguna vez algún servicio?	SI	NO	TOTAL
Respuestas	4	46	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

El primer caso fue de un policía a una persona que le negó el acceso a la unidad, la segunda persona argumenta haber llegado con las medidas adecuadas, pero no alcanzó ficha, el tercer caso se le negó una ficha por haber llegado tarde, la cuarta por tener una discapacidad (sordo, muda), y más o menos la mitad de los 46 dicen

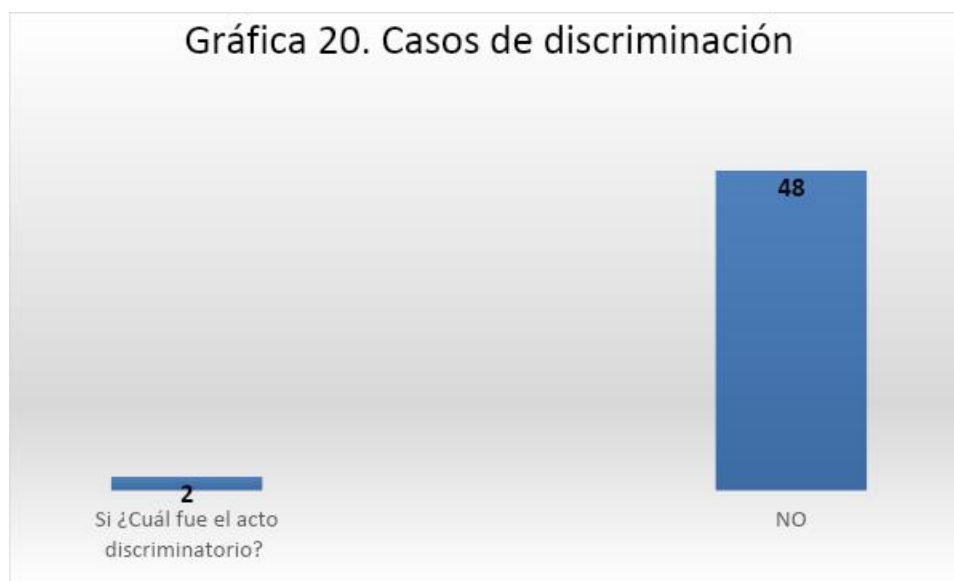
asistir los fines de semana por recibir un mejor trato ya que, entre semana, o dan muy pocas consultas o las enfermeras les ponen malas caras.

Para esto también se les preguntó si se habían sentido discriminados por el personal de salud y si ese fuera el caso cuál había sido ese acto de discriminación.

Tabla 35: Tema calidad

20.- ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por algún trabajador del C.S.?	Si ¿Cuál fue el acto discriminatorio?	NO	TOTAL
Respuestas	2	48	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Estos dos casos fueron primero por un policía y el segundo por parte de una enfermera; la situación es que, siendo una persona con problemas para escuchar y hablar, se le niega la consulta o tienen una mala atención con la persona que

requiere del servicio, han expuesto su inconformidad al recibir miradas, gestos de fastidio, lo cual es un acto discriminatorio, las personas asisten a la unidad médica por necesidad, ya es bastante malo estar enfermo y aún más que no se le atienda.

Para finalizar con el tema se les preguntó aproximadamente cuántas veces no se les había surtido la receta completa y aunque la mayoría comprende que no es culpa de la enfermera o doctora que no haya medicamento, no saben cuáles medidas deberían de seguir, pero como es tardado optan por comprar los medicamentos.

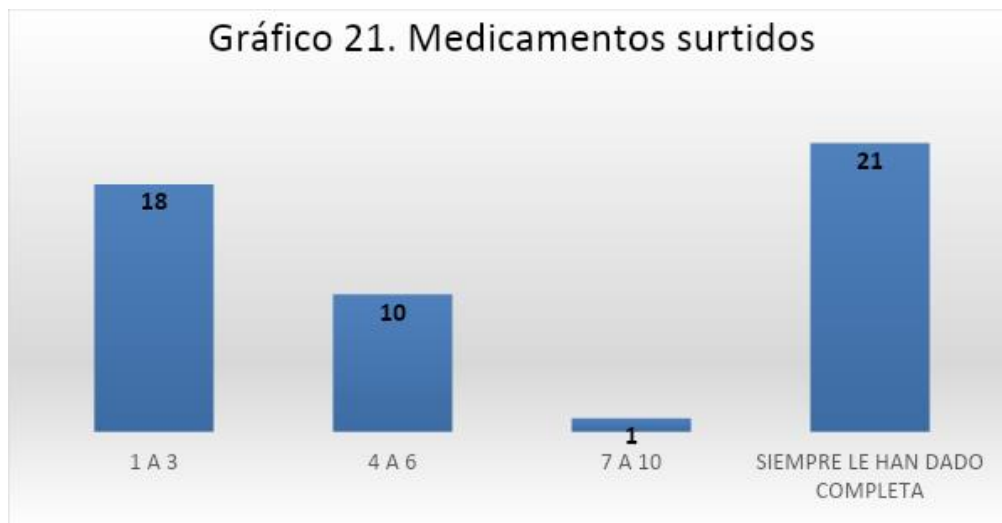
Para finalizar el tema de accesibilidad se tienen como resultados que no hay una falta de atención ni de inaccesibilidad a los servicios, que la ubicación del centro de salud es conveniente para la comunidad, que es un lugar donde transcurre el transporte lo cual la hace de fácil acceso, la mayoría de las personas no gastan en atención medica privada por la facilidad de horario y de atención, los servicios que más se conocen son los de consulta externa y de vacunación, y que la forma en que más se enteran de los servicios de salud son por medio de cartulinas.

Sin embargo, estamos hablando de una comunidad pequeña y de un cuestionario que se realizó para el turno de fines de semana, donde diariamente se atienden a mínimo 40 personas diarias, lo cual la hace diferente a otras comunidades de mayor capacidad, con mayor demanda para los servicios de salud, teniendo en cuenta que el mantenimiento de la infraestructura de las unidades es tardía, que el colapso de los hospitales por la falta de atención a causa del COVID-19 fue exorbitante y no se tenían claras las medidas de seguridad.

Tabla 36: *Tema disponibilidad*

21.- ¿Cuántas veces NO le surtieron todos los medicamentos prescritos?	1 A 3	4 A 6	7 A 10	Siempre la han dado completa	TOTAL
Respuestas	18	10	1	21	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

El resultado es muy simple, la mayor parte de las personas han recibido su medicamento completo, mientras que 18 personas de 1 a 3 veces no les dieron la receta completa, 10 llevan más ocasiones por medicamentos de consulta programática ya que tienen enfermedades congénitas y una está muy insatisfecha pues todas las veces que asiste no le dan completo el medicamento.

Y para hacer un análisis sobre la disponibilidad de los servicios básicos que son factores determinantes para la salud se les preguntó lo siguiente:

Tabla 37: Tema disponibilidad

22.-Su vivienda cuenta con techo de:	LAMINA	ASBESTO	LOZA	TEJA	CONCRETO	TOTAL
Respuestas	9	5	34	1	1	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

En el análisis de la gráfica se muestra que 34 de los entrevistados cuentan con techo de loza, 5 son de asbesto, 9 de lámina, 1 de teja y 1 de concreto, podemos observar que de los entrevistados 15 no tienen las condiciones adecuadas o preferibles para una vivienda digna que pueda protegerlos de situaciones de riesgo.

Entrar en temas de economía es algo complejo y más investigar la situación de cada persona porque podemos desprender temas como la educación, es decir si la persona que ingresa el sueldo familiar terminó una carrera o cuál es su situación escolar que le permite integrarse a trabajos formales, en este tema del trabajo si la situación es formal o informal, de esta forma se determina el sueldo que aproximadamente gana, y en base a lo observado de la entrevista, los datos sobre el número de personas que integran las familias, podrían ser un factor para requerir más necesidades y gastos, desde comidas, ropa, el pago de servicios, educación, entre otros, teniendo en cuenta la posibilidad de que los menores de edad están estudiando o no tienen la posibilidad hacerlo.

En la siguiente tabla y gráfica se muestra la situación del piso de cada casa, esta se incluyó para determinar riesgos en el hogar y también nos muestra que existen

factores dentro de la familia que impide colocar cemento y aún más loseta en las casas. El piso de la casa interviene como factor determinante de enfermedades leves como alergias hasta diarreas e infecciones parasitarias ya que la tierra puede albergar parásitos y bacterias.

Tabla 38: Tema disponibilidad

23.-SU VIVINDA CUENTA CON PISO DE:	TIERRA	CEMENTO	LOSETA	TOTAL
TOTAL	3	46	1	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

Como ya se ha mencionado, el tema de la infraestructura de un lugar interviene en la salud de las personas y en el caso de las personas entrevistadas se observa que de las 50 sólo una cuenta con loseta, 46 de las personas cuentan con cemento y sólo 3 tienen dificultades económicas ya que el piso de sus casas es de tierra.

De esta manera continúo ahora en el desglose de la siguiente tabla donde se muestra la disponibilidad de servicios básicos con los que deberían contar los hogares de las personas que fueron entrevistadas.

Tabla 39: Tema disponibilidad

24.- ¿Cuenta con drenaje?	SI	NO	TOTAL
Respuestas	45	5	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

El resultado fue que 5 personas entrevistadas son las que no cuentan con un sistema de drenaje mientras que el otro 45 sí. Esto es grave, porque si agregamos las anteriores gráficas determinamos que hay más de una familia cuyas enfermedades pueden involucrar el entorno donde viven, ya que el saneamiento deficiente es asociado con enfermedades diarreicas, lombrices intestinales, hasta se puede agravar el crecimiento de las personas, a parte del drenaje se les preguntó acerca de su vivienda si cuentan con agua potable y, como era de suponer, 4 de las 50 personas no cuentan con agua potable, que son las mismas que no tienen sistema de drenaje, su piso es de tierra y tienen techo de lámina.

Con esto podemos decir que 4 personas entrevistadas son más propensas a enfermedades y que sus familiares que viven con ellos, los bajos recursos económicos de las familias pueden variar, sin embargo, se les habló del riesgo y prevención de enfermedades.

Tabla 40: Tema disponibilidad

25.- ¿Cuenta con agua potable?	SI	NO	TOTAL
Respuestas	4	46	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

En el análisis de la gráfica podemos observar un tema que se incluyó en los factores que intervienen para las enfermedades de las personas y que su alcance de información sobre ellos no es muy común, al menos de este número de entrevistados 4 familias están en riesgo y la salud es el tema que nos aqueja y nos preocupa.

El tema de disponibilidad, en un primer momento, nos habla de los recursos humanos y para esto se le preguntó al personal médico si contaban con el personal

suficiente para atender a las personas con calidad, en cumplimiento a las normas y reglamentos, por lo que se deja en evidencia que hacen falta recursos humanos de enfermería y doctores para reducir la carga de trabajo. Sin embargo, como son el equipo que mejor saca resultados de la zona Tenango del Valle las autoridades no hacen mayores esfuerzos.

En el cuestionario se plantearon estas preguntas específicas para lograr obtener la información del cumplimiento o no de la dimensión que es la disponibilidad, donde se evalúa la infraestructura física, la disponibilidad de surtir medicamentos al 100%, pero la cuestión que más afecta para el buen seguimiento de la protección a la salud es el estilo de vida con el que cuentan las personas de la comunidad de Santa María Jajalpa, el impacto para una familia que no cuenta con elementos básicos como drenaje, agua potable, una vivienda con loza, piso firme como cemento y no tierra provocaría la presencia de más síntomas de alguna epidemiología.

El tema de estilo de vida de los habitantes de lo que tienen o no en base a sus posibilidades no es tomado en cuenta en el servicio a la salud, ya que se da por hecho que en esta época todos cuentan con las necesidades básicas, y esta es un ejemplo claro de violencia a la calidad de vida de las personas, donde debería haber mayor participación del gobierno para crear programas en base a las necesidades de las personas vulnerables.

Por último, para conocer la perspectiva de las personas con el tema de calidad se les preguntó ¿cuál calificación de calidad le darían al servicio de sábados y domingos? Cuyo resultado se muestra a continuación:

Tabla 41: Tema calidad

26.- ¿Del 1 al 10 cómo califica el servicio de salud? Donde 1 es malo y 10 excelente	TOTAL
1	0
2	0
3	0
4	0
5	2
6	0
7	1
8	13
9	8
10	26
TOTAL	50

Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.



Fuente: Elaboración propia, con base en los resultados obtenidos en el estudio de opinión que se llevó a cabo el 21 de noviembre del 2021.

El servicio de fines de semana tiene mejor perspectiva de las personas calificándolo como excelente un total de 26 personas, 13 lo han calificado con un promedio de 8 que sería como bueno y muy pocos consideran que es insuficiente y de mala calidad. Pero esto puede ser por la experiencia que han vivido, se les ha discriminado, han tenido un trato no digno para ellos o ellas, la perspectiva de cada persona habla, porque no conocen y no han requerido de servicios privados de salud, donde las instalaciones pueden ser mejores, el servicio es más personalizado, pero con un costo que a veces excede sus posibilidades.

En el tema de accesibilidad no marcados en el cuestionario se tomó para los pacientes, se le realizó una al personal de salud, para conocer sus habilidades, capacidades y profesionalismo de su carrera para brindar el servicio, lo cual mostro como resultados que la enfermera titulada y con cedula profesional tenía 10 años trabajando en el mismo turno y lugar, la cual la hacía parecer una buena trabajadora que conoce la comunidad y las personas, por otra parte de la médico de turno igual titulada y con cedula tiene dos especialidades que ejerce entre semana en consultorio privado, con 10 años trabajando en el mismo lugar de Santa María Jajalpa la cual es reconocida por la comunidad.

En la subdimensión de calidad se encuentra el tema de atención centrada en la persona, la cual nos indica que se debe dar prioridad a las personas durante el proceso de atención médica, el personal de salud a esto indica que los niños menores de 6 años con temperatura y embarazadas con malestares son prioritarios para evitar muerte materna, o enfermedades graves para los menores de edad, la atención personalizada también se refiere a la no discriminación por tono de piel, género, situación económica vestimenta entre otras.

También se muestran los resultados plasmados del tiempo de espera que tardan los pacientes para recibir la atención de salud y es por turno lo cual dependiendo la hora de llegada se le otorgara un turno es aproximadamente de más de 30 minutos, y si había situaciones donde el personal había negado el servicio de salud el cual

no es el caso, y no hay pruebas de discriminación por parte de los servidores de salud hacia los pacientes.

GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN CUANTO AL PRINCIPIO DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

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. En este punto, hemos destacado que no sólo es importante contar con los servicios de salud, mencionando que es el deber del Estado brindar este servicio. Sin embargo, no todas las localidades cuentan con servicio de salud y las personas necesitan un monto de dinero extra para el traslado de sus enfermos.

El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y posible acceso a servicios de atención de salud de calidad suficiente, donde su

objetivo general de la cobertura sanitaria universal es que todas las personas que necesitan servicios de salud reciban atención de alta calidad sin exponerse a dificultades financieras. Así, los servicios sanitarios de calidad (de promoción, prevención, cura, rehabilitación y paliación) están integrados en la definición de cobertura sanitaria universal (OMS, 2021).

Es por esto por lo que la calidad forma parte relevante en la salud pues conlleva al cumplimiento de las leyes y normas y más que esto, la calidad la hemos visto como el “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” (CONEVAL, 2021, p. 14).

Esto quiere decir que la calidad es cuantificable y cualitativa, aunque la calidad puede abarcar la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, esto implicaría que puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las

necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

La OMS tiene elementos característicos de la calidad que mediante un consenso deberían de ser:

Eficaces: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;

Seguros: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención; centrados en la persona: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;

Oportunos: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;

Equitativos: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;

Integrados: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y

Eficientes: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro. (OMS, 2021)

Dentro del análisis del EBDH está el perfil epidemiológico de la población mexicana, en 2019 según la Dirección General de Epidemiología Anuario de Morbilidad, registran más fallecidos en edades entre 25 y 44 años, que es básicamente las personas adultas y mayores de edad, esto es importante para poder crear una estrategia de prevención de enfermedades.

Tabla 42: Morbilidad mexicana 2019

Entidad Federativa	< de 1	01-abr	05-sep	oct-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65 y+	TOTAL
México	274 218	1 120 778	1 430 310	1 466 950	1 481 280	1 477 801	5 292 967	1 119 697	1 774 476	625 577	1 181 497	17 245 551

Fuente: Dirección General de Epidemiología, s.f. (https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/morbilidad/estatal/poblacion_grupo_edad_entidad_federativa.pdf). Revisado el 28 de junio de 2021.

Las principales causas de muertes han cambiado los últimos años mientras que en 2016 la principal causa eran las enfermedades de corazón, ahora son las infecciones respiratorias agudas, véase el siguiente cuadro.

Tabla 43: Principales causas de enfermedad en el estado de México

		Principales causas de enfermedad en el estado de México, por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2019 Población General											
NÚMERO	PADECIMIENTO	< de 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +	TOTAL
1	Infecciones respiratorias agudas	177 400	457 040	399 170	216 490	155 220	111 440	77 770	53 330	36 660	24 440	16 220	216 490
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las malas definidas	256 000	877 660	677 220	488 880	355 550	244 440	166 660	111 110	74 000	49 330	33 110	488 880

Principales causas de enfermedad en el estado de México, por grupos de edad
Estados Unidos Mexicanos 2019
Población General

NÚMERO	PADECIMIENTO													
3	Infección de vías urinarias	1 3 6 7	1 2 2 3 9	1 9 5 8 0	1 8 1 4 6	3 2 2 8 6	4 6 5 0 4	1 4 5 7 8 4	4 4 5 2 7 5	6 9 2 9 3	3 0 6 1 0	5 9 6 0 7 8	4 7 9 6 3 1	
4	Úlceras, gastritis y duodentitis	0	0	1 8 3 0	8 0 0 9	1 1 0 1 8 3	1 1 3 4 5 1	4 4 2 6 0 7	1 4 6 7 2	2 0 1 9 8		1 4 4 4 1	1 3 4 7 5 2	
5	Conjuntivitis	7 0 0 5	1 2 2 5 6	9 4 4 0	6 3 8 0	4 6 7 6	6 2 7 9	2 4 8 4 3	7 6 5 1	1 2 6 8 5	5 4 9 4	1 0 3 6 4	1 0 7 1 1 2	
6	Vulvovaginitis	0	0	4 3 8	1 4 9 9	8 2 0 8	4 1 4 9 5 1	4 0 7 1 0 3	8 1 0 2 0 3	8 2 3 4	2 1 9 0	1 5 9 2 2	8 8 2 2 6	
7	Gingivitis y enfermedad periodontal	4 9	7 6 7	2 0 7 1	2 9 7 4	5 6 3 0	8 5 8 8	2 3 0 6 8	9 5 7 8 3	9 3 4 6	4 5 2 2	6 9 5 1	6 9 7 8 7	
8	Obesidad	3 0 3	6 5 4	2 4 6 8	3 6 8 6	3 2 3 6	5 6 4 9	2 6 4 9 1 7	8 8 6 0 6	1 1 0 4 0	3 4 5 4	3 6 1 1	6 9 1 5 9	
9	Diabetes millitus no insulinodependiente	N / A	N / A	N / A	7 4	1 3 3	5 2 2	1 0 3 7 2	7 6 2 7 8	1 5 6 7 8	7 7 6 5	1 2 2 6 8	5 4 5 3 3	

10	Hipertensión arterial	N	N	N	N	1	6	9		1	7	1	
		/	/	/	/	4	7	3	6	2	2	4	5
		A	A	A	A	9	2	5	6	7	1	4	1
								7	7	4	5	8	4
									4	9		6	4

Fuente: Dirección General de Epidemiología, s.f.

(https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/estatal_grupo/mex.pdf)

f) Revisado el 28 de junio 2021.

Estas enfermedades no cambian, el diagnóstico sigue siendo el mismo desde hace años, y pareciera que las prácticas médicas y/o hospitalarias son como una enfermedad que se rehúsan a cambiar sus prácticas, que trabajan por cumplir sus horarios y dejan a un lado el trato de calidad para las personas, se olvidan de que quienes asisten el servicio ya llevan una preocupación que no se sabe si cuenta o no con el monto de dinero para pasajes, para medicamento, entre muchas otras situaciones que hacen vulnerable al paciente.

Las capacidades médicas son sorprendentes, analizan los síntomas y signos para poder dar el mejor tratamiento, pero la humanidad, los valores y su ética debe estar presente en cada consulta, para mejorar los servicios todos deben poner su grano de arena, las personas deben participar más en los servicios que ofrecen los centros de salud, compartir la información, el personal de salud le debe exigir más a su jurisdicción capacitaciones, medicamento, personal, y atención a su infraestructura por seguridad de ellos y de quienes asisten a consulta.

La calidad es un indicador que debe tratarse con cuidado, para proveer de los mejores servicios a la comunidad.

CONCLUSIONES

Este estudio de caso es para conocer si se están llevando a cabo los derechos humanos dentro del sector de salud, es aquí donde se centra la investigación, enfocados en resaltar 3 indicadores para evaluarlo, donde la accesibilidad, disponibilidad y calidad son los temas centrales ya que, cada uno de ellos diagnostica de manera muy detallada lo que debería de tener una unidad médica eficiente y eficaz, sin dejar a un lado el trato de los médicos con los pacientes y la atención que reciben.

Por lo tanto no se está garantizando el derecho a la salud teniendo en cuenta los tres indicadores tienen sus respectivas subdimensiones siendo así que accesibilidad cuenta con 3, la física, donde se consideran las características de localización geográfica; la económica, para conocer la capacidad de gastos que se tienen al tener que requerir algún servicio de salud, y la información siendo este relevante para toda la comunidad ya que son los medios que se cuentan para difundir los diferentes servicios médicos.

El segundo indicador, el tema de disponibilidad, se enfoca en la suficiencia de los servicios que cuenta la unidad médica teniendo como subdimensiones los recursos humanos infraestructura física y servicios médicos, refiriéndose así al personal de salud es competente, si la infraestructura y la atención de salud es suficiente, y la segunda son los servicios básicos determinantes de salud donde el tema personal como la economía o estatus de una persona interviene en su salud.

La principal debilidad del sistema de salud es el financiero, impidiendo que se cumpla la dimensión de calidad que tiene como principal rasgo evaluar si los servicios son los adecuados y cumplen con su objetivo, teniendo como subdimensiones seguridad, que trata sobre la atención necesaria para evitar lesiones; la efectividad, siendo este un tema basado en conocimientos, la capacidad de prestar los servicios de manera oportuna, y por último la atención centrada en la persona, el cual es un tema bastante importante puesto no se les da el tiempo ni la atención de calidad a las personas.

El factor financiero tiene en sus manos aumentar más centros de atención a la salud, el pago digno del personal, que las instalaciones cuenten con lo básico y lo necesario, que aumente la prevención de enfermedades realizando a mayor escala las campañas de salud, tener mejor relación paciente-medico, evitar negligencias médicas, mantener sus centros de salud equipados con medicamentos, evitar discriminaciones de los usuarios que asisten a consulta, capacitar a su personal en lenguaje de señas, entre muchas otras.

El derecho a la salud conlleva a exigir por parte de los trabajadores de salud, condiciones de trabajo seguras, es importante ya que es la unidad médica donde asisten muchas personas donde los resultados de la investigación arroja que un 30% son por alguna IRA, lo que por motivos de COVID-19 la seguridad es para los médicos como para los diferentes pacientes se vuelve prioridad, y en esto destaca que en la comunidad de Santa María Jajalpa quedan muchas viviendas en condiciones precarias que pueden afectar en su salud.

El horario laboral de fines de semana es incluyente, pero lo que se debe destacar es que no se cuenta con el personal suficiente, tampoco se están aplicando medidas de seguridad para quienes no pueden acceder a la instalación por seguridad de los pacientes que no van por síntomas de IRAS, ya que el COVID-19 es altamente contagiosa se distribuyen a los pacientes por horario de llegada, y por síntomas.

El acceso al centro de salud es bueno para las personas de Santa María Jajalpa ya que no es necesario tomar transporte para llegar a menos que sufra de alguna enfermedad que le impida caminar de 15 a 20 minutos máximo, el problema es el personal de salud insuficiente, como ya se mencionaba el turno de sábados y domingos tienen el número más alto en consultas mensuales, pero el personal es poco. Sin embargo, es en el horario de lunes a viernes donde se tiene un mayor número de quejas por parte de los pacientes.

Las personas tienen una perspectiva regular de la unidad, la calificación del trato que reciben por personal médico es buena pero el tiempo de espera para recibir atención es mala, casi la mitad de los entrevistados no conoce los servicios de salud, hay un alto número de personas que se automedican y la situación es que mientras el estado no tenga acciones personalizadas para beneficio de las

comunidades, para profesionalizar el personal y hacer de mejor acceso las unidades el servicio de salud sigue siendo un problema que nos perjudica e interesa a todos. Se tiene que reforzar la promoción de los servicios para tener mayor participación de las personas, crear círculos de confianza, de comunicación y exigir que el derecho a la salud no sólo sea que la unidad esté abierta, sino que la accesibilidad, disponibilidad y calidad sean prioridad para el Estado y las autoridades.

Dentro del tema de promoción de los servicios de salud, debería servir para la prevención de enfermedades un tema del que todos hablan, pero nadie hace nada o no es llevado a cabo de manera precisa, ya que el número de contagios por COVID-19 sigue en aumento, añadiendo también los otros factores que ya estaban presentes como obesidad, diabetes, embarazos a temprana edad, entre otros.

Por otra parte, dentro del tema de discriminación evidenciamos la importancia de incluir idiomas y lenguajes, el personal de salud debe ampliar sus perspectivas médicas, donde el idioma, nuestras características físicas o mentales no sean impedimento para ser tratados y diagnosticados, la comunidad donde se investigó tiene un alto porcentaje de analfabetos y personas con enfermedades especiales. También los guardias de seguridad deberían estar monitoreados constantemente para saber si no cometen alguna transgresión hacia las personas ya que en la investigación este fue un tema mencionado, verificar que el buzón de quejas esté en servicio e incluir temas de calidad y accesibilidad a las personas.

Teniendo en cuenta que no se garantiza el derecho a la salud, también la investigación mostro afectaciones de la salud de los entrevistados como el entorno de los diferentes hogares, las carencias sociales, las actividades laborales, actividades diarias, como cocinar con leña, no contar con agua potable, que en tiempos de frio no cuenten con lo básico para protegerse, entre otros factores que vuelve a la comunidad vulnerable.

También se muestra que la comunidad, miembros que asisten al centro de salud tienen una herramienta que es la comunicación de la información, para transmitir los servicios que se brindan y poder asistir, en esto también los doctores,

enfermeras y quienes laboran podrían invitar más a sus pacientes en compartir la información para participar en las actividades que se lleven a cabo.

La infraestructura de las instalaciones es importante, pero lo es aún más recibir la atención que se merecen las personas, se debe cumplir con las normas del edificio donde cuenten con los servicios básicos y dar un mejor servicio, ya que en la investigación se observó que para no tener a las personas enfermas de IRAS con pacientes crónicos u otras enfermedades los tienen en espera del servicio fuera de las instalaciones bajo diferentes climas. Sin embargo, es importante señalar que Santa María Jajalpa es una de las pocas comunidades privilegiadas a nivel nacional que cuenta con servicios de salud, ya que la mayoría están centralizados en la Ciudad de México.

El estudio de esta investigación muestra muchas deficiencias en el sistema de salud, lo cual hace importante tener como medidas preventivas y de solución medir los indicadores de accesibilidad, disponibilidad y calidad que muestran la realidad de una violación recurrente en el derecho a la protección de la salud en México. Más allá de los servicios médicos, de las instalaciones sino también de los servicios públicos que son un factor de violencia general y recurrente.

El no tener más información acerca de estudios epidemiológicos demuestra la carencia y olvido de temas que son importantes, que son un derecho incluso son uno de los más violentados, sin solución, negligentes por los temas que involucra en lo social, personal, económico entre otros.

REFERENCIAS

- Arango, R. (2015). *Derechos Sociales*. México: UNAM.
- Álvarez R.C. (2010). La inauguración del Hospital General de México, Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un105e.pdf>
- Barco, C. A. (2014). Derechos Humanos Y Políticas Públicas. En *El enfoque basado en derechos ¿Qué es y cómo se aplica a las políticas públicas?*.
- Benhumea, L. E. (2021). *El sistema de salud mexicano. Una revisión a las contradicciones del derecho humano a la salud a partir de los procesos sociopolíticos de la ciudadanía 2000-2019*. UNED.
- CNDH. (2020). Introducción al programa DESCAs. Recuperado el 15 de octubre del 2023 de: <https://www.cndh.org.mx/programas/introduccion-programa-desca#:~:text=Los%20DESCA%20se%20identifican%20como,la%20seguridad%20social%2C%20a%20una>
- CONEVAL. (2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud*. México.
- CONEVAL. (2021). Obtenido de Pobreza y Derechos Sociales en México. Recuperado el 13 de septiembre del 2023 de: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-y-Derechos-Sociales-en-Mexico.aspx>
- Conocimiento, B. M. (2015). *La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones*. México: Secretaría de Salud.
- Diario oficial de la Federación, (20 de mayo de 2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013
- Document, U. (2020). *El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años*. Obtenido de http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html
- EIBENSCHUTZ, C. (2007). *La seguridad social: Retos de hoy*. Obtenido de Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria.
- Fierros, A. H. (2014). *Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)*. México.
- Frenk, J. (2012). La salud como derecho ciudadano. *Nexos*, Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=14680>.

Gestiopolis. (03 de abril de 2001). *Gestiopolis*. Obtenido de ¿Qué son calidad, aseguramiento de la calidad y control de calidad?: <https://www.gestiopolis.com/que-son-calidad-aseguramiento-de-la-calidad-y-control-de-calidad/>

Hernández, F., & Alcántara, M. (2015). *Niveles de evaluación de la calidad*. México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.

Humanium. (2021). *Derechos Humanos*. Obtenido de <https://www.humanium.org/es/derecho-salud/>

Unidos por los derechos humanos, U. p. (2021). *Unidos por los derechos humanos*. Recuperado el 14 de septiembre de 2023 en: <https://www.unidosporlosderechoshumanos.mx/what-are-human-rights/brief-history/declaration-of-human-rights.html>

Hunt, P. &. (2008). El derecho humano a los medicamentos. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, 100-121.

HUNT, P. (2008). *El derecho humano a los medicamentos*. . Obtenido de <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006>.

IIDH. (2020). *Instituto Interamericano de Derechos Humanos*. Obtenido de <https://iidh-jurisprudencia.ac.cr/index.php/que-es-desca>

IMSS. (s.f.). Obtenido de (<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201818/012>

Levcovitz, E., Fernández Galeano, M., Rodríguez Buño, R., & Benia, W. (2016). *Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad: diagnóstico epidemiológico*. Organización Panamericana de la Salud.

Ley General de Salud, (01 de junio de 2021). *CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN*. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

Ley General de Salud, (14 de noviembre de 2015). *Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión*. Obtenido de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/actual/2015.htm>

Martínez, A., & Santana, A. A. (21 de Abril de 2016). *QUE REFORMA EL ARTÍCULO 29 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS*. Obtenido de http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/04/asun_3378707_2016_0429_1461255455.pdf

Melara, M. (2013). *La relación entre calidad de servicio y satisfacción del cliente*. .

México, S. P. (2002). *Indicadores para la evaluación de los sistemas de salud*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400011

- Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., & Orozco-Núñez, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud pública de México*, 43, 41-51. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v43n1/a06v43n1.pdf
- Organización Mundial de la Salud, (2021). Obtenido de https://www.who.int/topics/human_rights/es/#:~:text=Los%20derechos%20humanos%20son%20garant%C3%ADas,y%20en%20la%20dignidad%20humana.&text=son%20universales.
- Organización Mundial de la Salud, (2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente.>
- Organización Mundial de la Salud, (2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Organización Mundial de la Salud, (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata*. Suiza, . Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=E75407D2E2E70C588704ED16BC6B39C0?sequence=1.](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=E75407D2E2E70C588704ED16BC6B39C0?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud, (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Suiza. Disponible en: https://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf: OMS.
- Organization, W. H. (2002). *The Burden of Health Care-Associated*. Obtenido de https://www.who.int/gpsc/country_work/summary_20100430_en.pdf
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, (2021). Obtenido de https://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/pacto_internacional_derechos_economicos_sociales_culturales.html
- Secretaría de Salud. (2011). *Observatorio del desempeño Hospitalario*. Obtenido de Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/odh/ODH_2011.pdf
- SEDESOL, S. (2010). *Catálogo de localidades*. Obtenido de <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=150900038>
- Soberón, G. A., & Narro, J. (1985). *Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y Dilemas*. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16933/v99n1p1.pdf?sequence=1>

- Tapia, J. C. (2006). *Cielo*. Obtenido de Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200005
- Terris, M. (2020). *Tres sistemas mundiales de atención médica*. Obtenido de <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2015/02/n14a041.pdf>
- Villar, M., Ávila, A., & Guideon, Ú. (2010). *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado*. Madrid, España.