

# EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS PROGRAMAS FEDERALES VINCULADOS AL DERECHO A LA SALUD 2018-2019



**CONeVal**

Consejo Nacional de Evaluación  
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide  
se puede mejorar

## Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

### Investigadores académicos

**María del Rosario Cárdenas Elizalde**  
Universidad Autónoma Metropolitana

**Fernando Alberto Cortés Cáceres**  
El Colegio de México

**Agustín Escobar Latapí**  
Centro de Investigaciones y Estudios  
Superiores en Antropología Social-Occidente

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

**John Roberto Scott Andretta**  
Centro de Investigación y Docencia Económicas

**Graciela María Teruel Belismelis**  
Universidad Iberoamericana

### Secretaría Ejecutiva

**José Nabor Cruz Marcelo**  
Secretario Ejecutivo

**Thania de la Garza Navarrete**  
Directora General Adjunta de Evaluación

**Ricardo C. Aparicio Jiménez**  
Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

**Édgar A. Martínez Mendoza**  
Director General Adjunto de Coordinación

**Daniel Gutiérrez Cruz**  
Director General Adjunto de Administración

## COLABORADORES

### Equipo técnico

Thania de la Garza Navarrete

Liv Lafontaine Navarro

Alice Zahí Martínez Treviño

Oscar David Mejía Arias

Alma Verónica Corona García

### Equipo responsable del anexo técnico del desempeño de los programas federales vinculados al derecho a la salud 2018-2019

Rosa María Bejarano Arias

Marcela Javiera Herrera Soto

Deniss Cruz Ortega

Matilde Aguilar Martínez

María Luisa Monroy Merchán

### Agradecimientos

El equipo técnico agradece a los consultores de Investigación en Salud y Demografía, S.C. por los insumos que aportaron para la elaboración de este informe.

## Contenido

Índice de cuadros .....	4
Índice de figuras.....	4
Siglas y acrónimos .....	5
Glosario .....	6
Resumen ejecutivo .....	12
Recomendaciones.....	15
Introducción .....	17
Capítulo 1. Retos nacionales para la atención del derecho a la salud .....	21
1.1 Contextualización de los retos nacionales .....	22
Capítulo 2. Ejercicio de vinculación de programas y acciones federales para la atención de los retos nacionales.....	28
2.1. Metodología de vinculación para la atención del derecho a la salud.....	28
2.2. Vinculación de los programas y acciones federales para la atención del derecho a la salud .....	35
Capítulo 3. Coordinación inter e intrainstitucional para avanzar en la garantía del derecho .....	59
3.1. Elementos conceptuales para entender la coordinación .....	59
3.2. Esquema general de coordinación .....	60
3.3. Esquemas de coordinación para la atención de cada uno de los retos nacionales en materia del derecho a la salud.....	64
Capítulo 4. Hallazgos y Recomendaciones derivados de la evaluación.....	81
4.1. Hallazgos .....	81
4.2. Recomendaciones .....	83
Reflexiones finales .....	90
Referencias .....	92
Anexos .....	98
Anexo 1. Poblaciones por reto nacional para el cumplimiento del ejercicio del derecho a la salud.....	98

## Índice de cuadros

Cuadro 1. Listado de programas y acciones federales que atienden el derecho a la salud .....	29
Cuadro 2. Matriz de vinculación entre programas de desarrollo social y retos nacionales del derecho a la salud .....	32
Cuadro 3. Relación de programas y acciones vinculados con los restos 1 y 2 .....	36
Cuadro 4. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 3. ....	38
Cuadro 5. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 4. ....	41
Cuadro 6. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 5. ....	43
Cuadro 7. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 6. ....	47
Cuadro 8. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 7. ....	52
Cuadro 9. Relación de programas y acciones vinculados con el derecho a la salud en lo general. ....	57
Cuadro 10. Análisis conjuntos de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de los programas y acciones federales que atienden los retos nacionales para la garantía del derecho a la salud. ....	84

## Índice de figuras

Figura 1. Esquema general de coordinación para la garantía del derecho a la salud ...	63
Figura 2. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención de los retos 1 y 2 .....	66
Figura 3. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 3.....	69
Figura 4. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 4.....	72
Figura 5. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 5.....	74
Figura 6. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 6.....	76
Figura 7. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 7.....	79

## Siglas y acrónimos

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

## Glosario

<b>Accesibilidad</b>	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.
<b>Accesibilidad económica</b>	Conjunto de características relativas a la capacidad de pago de las personas y sus hogares para obtener los bienes y servicios de salud, así como de los medios para conseguirlos, públicos o privados, de tal forma que los distintos costos no sean prohibitivos para gozar de los beneficios provistos por el sistema o impedimento para mantener la continuidad de los tratamientos con la misma oportunidad, suficiencia y calidad entre todas las regiones, y sin estar vinculadas a una condición laboral.
<b>Accesibilidad física</b>	Conjunto de características que considere la localización geográfica de acceso razonable o por medio de tecnología moderna a los servicios de salud.
<b>Acceso oportuno a la atención médica</b>	Describe a los de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia.
<b>Alimentación correcta</b>	Hábitos alimentarios que, de acuerdo con los conocimientos aceptados en la materia, cumplen con las necesidades específicas nutricionales y balanceadas en las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados, y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades.
<b>Atención centrada en la persona</b>	Dar prioridad a las personas durante todo el proceso de la atención médica; hace alusión a la recepción de la atención cuando es requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, con una secuencia lógica y sin interrupciones de acuerdo con las necesidades del paciente/usuario.

**Atención  
primaria de salud**

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

**Calidad**

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

**Carencia por  
acceso a  
servicios de  
salud**

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

**Diabetes mellitus**

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

**Disponibilidad**

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

**Enfermedades  
endémicas**

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

**Esperanza de  
vida al nacer**

Es un indicador que señala el número de años que, en promedio, se espera que viva una persona nacida en el

	<p>periodo para el cual se estima, de mantenerse constante el patrón de mortalidad por edad utilizado para generarlo.</p>
<b>Gasto de bolsillo</b>	<p>Gasto directo de los consumidores en productos y servicios de atención sanitaria, que, en general, incluye consultas, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, procedimientos ambulatorios y medicamentos, entre otros. Excluye las erogaciones realizadas por concepto de seguros privados y los reembolsos producto del uso de estos.</p>
<b>Hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria</b>	<p>Indicador indirecto de la capacidad de resolución de la atención primaria y directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial. Estas hospitalizaciones identifican problemas de salud susceptibles de mejores cuidados en atención primaria, que serían evitables cuando esos cuidados se prestaran de manera adecuada.</p>
<b>Infecciones nosocomiales</b>	<p>Infecciones adquiridas durante la atención hospitalaria que no están presentes o incubando en el momento del ingreso. Las infecciones que ocurren más de 48 horas después del ingreso se consideran nosocomiales.</p>
<b>Instrumentos contributivos</b>	<p>Instrumentos financiados de manera prioritaria con aportaciones de los beneficiarios.</p>
<b>Instrumentos no contributivos</b>	<p>Instrumentos financiados con impuestos generales y otros ingresos públicos no tributarios y que tienen propósitos redistributivos.</p>
<b>Mala práctica médica</b>	<p>La mala práctica de la medicina se define como una violación de los principios médicos fundamentales y no como una diferencia de opinión. La inobservancia de los señalamientos de la <i>Lex Artis</i> (ley del arte), la deontología médica o de las normas o leyes para el ejercicio conducen necesariamente a la mala práctica.</p>
<b>Morbilidad</b>	<p>Número de casos registrados en que se presenta una enfermedad en un tiempo y lugar determinados. Los desgloses</p>

	<p>más frecuentemente empleados para describirla son causa, sexo, edad y lugar de residencia.</p>
<b>Mortalidad</b>	<p>Número de defunciones ocurridas en un lugar y tiempo determinado. Los desgloses más frecuentemente empleados para describirla son causa, sexo, edad y lugar de residencia.</p>
<b>Mortalidad infantil</b>	<p>Relación entre el número de defunciones de niños menores de un año y el número de nacidos vivos en un mismo periodo. Es la probabilidad de que un niño muera durante su primer año de vida. Suele expresarse como el número de muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos para el año calendario correspondiente.</p>
<b>Obesidad</b>	<p>Condición caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>.</p>
<b>Oportunidad de la atención médica</b>	<p>En la operación de los servicios médicos el concepto de oportunidad se reconoce como “otorgar la atención al paciente en el momento que la necesita” una vez que ha demandado esta; es decir, en el momento que es apropiado que la reciba, sin retrasos, pero también sin anticiparse cuando sea necesario o benéfico otorgarla con posterioridad, en virtud de que, en ese momento, el paciente pudiera no estar en condiciones de recibirla, sin exponerlo a riesgos o complicaciones en forma innecesaria. En la búsqueda de la oportunidad de la atención, es necesario tener en cuenta los tiempos de espera en consulta externa y, sobre todo, en los servicios de urgencias, donde los retrasos pueden, por sí mismos, complicar la condición de salud.</p>
<b>Población Económicamente Activa</b>	<p>Personas de 12 o más años que realizaron o tuvieron vínculo con la actividad económica (población ocupada) o que buscaron activamente realizar una (población desocupada).</p>
<b>Prevalencia</b>	<p>Número de casos de una condición existentes en una población en un momento determinado, sin distinguir la</p>

	ubicación temporal del diagnóstico de la enfermedad estudiada.
<b>Recursos humanos para la salud</b>	Individuos que reciben algún entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con el otorgamiento de servicios de salud personales o poblacionales.
<b>Sobrepeso</b>	Estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal igual o mayor a 25 kg/m <sup>2</sup> y menor a 29.9 kg/m <sup>2</sup> .
<b>Tasa bruta de mortalidad</b>	Relaciona el número de defunciones ocurridas en un año con la población total a mitad de año.
<b>Tasa bruta de natalidad</b>	Relaciona los nacimientos ocurridos durante un año con la población total a la mitad del año.
<b>Tasa de crecimiento de la población</b>	Medida del ritmo de cambio del volumen poblacional; se estima para un periodo específico y es resultado de la interacción de los procesos que conllevan un aumento del tamaño de la población (nacimientos e inmigraciones) y una reducción de este (defunciones y emigraciones).
<b>Tasa de fecundidad general</b>	Relaciona los nacimientos ocurridos durante un año con la población femenina en edad fértil, señalada como entre 15 y 49 años.
<b>Tasa de fecundidad por grupo de edad específico</b>	Relaciona los nacimientos de hijos de mujeres de cierta edad con la población femenina de la misma edad a la mitad del año. La tasa se estima frecuentemente para grupos quinquenales de edad y se multiplica por mil para facilitar su comunicación.
<b>Tasa de incidencia</b>	Relaciona el número de casos nuevos de una enfermedad diagnosticadas en un periodo específico con la población expuesta al riesgo de desarrollarla.

**Telemedicina**

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

**Unidades de  
consulta externa**

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

## Resumen ejecutivo

El derecho a la salud es un derecho humano y, como tal, tiene su basamento en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (ONU, 1948), la cual menciona a la salud como un elemento fundamental para acceder a un nivel de vida adecuado.

En reconocimiento a este hecho, el derecho a la salud se instauro como derecho constitucional a partir de 1983, al establecer en el artículo 4° que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, igualmente importante es su reconocimiento como un derecho social en la Ley General de Desarrollo Social de 2004, que cita: “Son derechos para el desarrollo social [...] la salud...”.

A partir del ejercicio diagnóstico del estado que guarda en México la satisfacción del derecho a la salud 2018, realizado por el CONEVAL, se desprenden siete retos que sintetizan las principales necesidades de atención por parte del Estado Mexicano para lograr avanzar en la garantía del ejercicio pleno de este derecho, que son:

1. Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo su fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales.
2. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutoria de las necesidades prioritarias de atención de la población.
3. Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico.
4. Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación de los mismos y definiendo mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado.
5. Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias.
6. Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de subgrupos de población en desventaja, así como de regiones prioritarias.

7. Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas.

### **Ejercicio de vinculación de programas y acciones federales para la atención de los retos nacionales**

Una vez identificados los retos para avanzar en la garantía del derecho, quedaba pendiente analizar de qué manera la oferta programática, en el orden federal, se correspondía con la atención de cada uno de estos; en ese sentido, se realizó un ejercicio de vinculación que partió de identificar si el objetivo de la intervención, sus poblaciones potencial u objetivo y/o los componentes o apoyos que entregan se relacionaban con la atención de uno o más retos y, en consecuencia, del derecho.

A través de este ejercicio fue posible identificar 35 intervenciones que se relacionan con la atención del derecho a la salud en el orden federal, de estos, 30 se vincularon directamente con uno de los retos nacionales para avanzar en la garantía del derecho a través de uno o más de los mecanismos propuestos, mientras que cinco se vincularon con la atención del derecho en lo general.

Probablemente uno de los hallazgos más relevantes fue corroborar que la política nacional en materia de salud se encuentra fragmentada en diversas estrategias e iniciativas desarrolladas de manera independiente una de otra, a partir de la oferta programática existente y poco coordinadas entre sí y con diferentes alcances en términos de su presupuesto y cobertura.

También, fue posible observar que la cantidad de programas vinculados con un reto en particular no es una característica relevante para determinar si es atendido adecuadamente o no, es decir, la cantidad de programas vinculados no es sinónimo de su atención efectiva, ya que para esto se requiere de evaluaciones que vayan más allá de su diseño y desempeño para observar los efectos, o la falta de estos, en la población que presenta el problema que se busca atender.

En cuanto a cada uno de los retos para avanzar en la garantía del derecho, fue importante para el análisis notar el cambio que supone pasar de una política basada en programas de salud a un Enfoque Basado en Derechos, lo que representó un desafío, en este sentido, los retos 1 y 2 son un ejemplo de ello, ya que éstos parten de problemas estructurales complejos, por lo que su atención definitiva estaría más allá de la oferta programática del sector. Aun así, fue posible observar que estos retos eran atendidos principalmente por dos programas: el *SP* y *Seguro Médico* que buscaban corregir los desbalances históricos en el acceso a los servicios de salud y la asignación presupuestal

entre afiliados a la seguridad social tradicional y los no derechohabientes. No se omite mencionar que estos programas están siendo sujetos de revisión para su posible sustitución por el Instituto de Salud para el Bienestar.

En lo que refiere a los retos 3 y 4, si bien, se pudo constatar la presencia de intervenciones diseñadas para atender las necesidades de infraestructura y recursos humanos para la salud, de acuerdo con las necesidades prioritarias de los SES, no fue posible determinar si estas intervenciones estaban contribuyendo a atender de forma efectiva los rezagos presentes en la materia, en tanto no se contaba (en el momento de elaboración del documento) con un ejercicio público que diera cuenta de la demanda insatisfecha de servicios de salud por causa de deficiencias o falta de infraestructura y de recursos humanos debidamente preparados para la atención de la población.

Con relación al reto 5, se encontraron 12 intervenciones que realizaron acciones de diversa índole para garantizar la calidad en los servicios de atención médica, siendo la acreditación de los establecimientos de salud la actividad principal. En este sentido, también fue posible notar la necesidad de profundizar, a través de otras metodologías especializadas, en los resultados e impactos que esta estrategia ha tenido para garantizar niveles aceptables de calidad en los servicios de salud.

Para los retos 6 y 7, relativos a la planeación de políticas públicas para la prevención y promoción de la salud y la reducción de la incidencia de sobrepeso y obesidad, se identificó la importancia de otorgar mayor peso a la planeación de políticas públicas integrales y de participación intersectorial de carácter preventivo, para así, estar condiciones de atender el origen multicausal de estos padecimientos y, frenar el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles de las que son condicionantes.

### **Coordinación inter e intrainstitucional para avanzar en la garantía del derecho**

Como se mostró, existe una serie amplia y diversa de instrumentos de política pública que el Estado emplea para garantizar el derecho a la salud de los mexicanos. Debido a esta heterogeneidad, la acción coordinada entre estos instrumentos es condición necesaria para la realización del derecho, partiendo del supuesto que a mayor coordinación entre los programas relacionados con la atención de un mismo reto, mayor sería el impacto de las intervenciones sobre este.

A partir del análisis de los bienes, servicios y acciones relacionados con la salud en distintos ámbitos y órdenes de gobierno fue posible proponer modelos de coordinación que, desde una perspectiva integral, articularan la atención de los retos y vincularan a los principales actores identificados a nivel intra e intersectorial.

Entre los principales hallazgos de este ejercicio destacan: la falta de articulación en la política de salud entre intervenciones y programas que pueden ser complementarios entre sí, lo que ocasiona la atomización de los esfuerzos, reduciendo su capacidad de incidir y atender de manera resolutive los retos en la materia; así como algunas tareas comunes en materia de coordinación para la atención de los siete retos, por ejemplo: adecuación del marco jurídico, específicamente en cuanto a la consolidación de la Secretaría de Salud como órgano rector del sector, lo que facilitaría la acción concertada y ordenada de las intervenciones dirigidas a un mismo objetivo; determinación de necesidades y prioridades de atención; disponibilidad de recursos y determinación de capacidades; planeación estratégica; delimitación de responsabilidades entre diferentes actores; seguimiento, evaluación y publicación de resultados.

### **Recomendaciones**

Finalmente, y derivado de los hallazgos ya mencionados, se esbozan algunas recomendaciones con el fin de contribuir a mejorar la política social de desarrollo con enfoque de derechos, como se muestran a continuación:

- Es necesario que el ejercicio de planeación en materia de salud tome en cuenta la complejidad de los problemas sociales y retos que obstaculizan la plena garantía del derecho y contemple, para su atención, intervenciones integrales que aborden la naturaleza multicausal de dichos problemas en una política pertinente, que responda a problemas actuales, y que articule de manera oportuna acciones y actores encaminados al logro de un objetivo común.
- A su vez, será fundamental que la planeación nacional en salud parta de un diagnóstico general del estado actual del SNS, para así distribuir los recursos escasos, tanto materiales como humanos, de la manera más eficiente posible y en atención de las necesidades prioritarias del sistema.
- Es necesario también, avanzar hacia ejercicios de evaluación de las intervenciones cada vez más especializadas, que den cuenta de sus resultados, y así contar con elementos para determinar su pertinencia, realizar ajustes y cambios según sea necesario y con base en evidencia.
- Para la adecuada atención de los retos nacionales, será necesario plantear estrategias de coordinación que articulen las intervenciones y programas que son complementarios entre sí para desarrollar sinergias, potenciar esfuerzos e incrementar la capacidad resolutive de estas.
- Los mecanismos para la coordinación propuestos en esta evaluación, si bien no pretenden ser exhaustivos, buscan ser indicativos de las acciones mínimas

indispensables para lograr coherencia entre las distintas intervenciones para la atención efectiva de los retos nacionales en salud.

- Por último, se plantea la necesidad de fortalecer la capacidad rectora de la SS en las tareas de planeación, diseño y dirección de la implementación de una política integral de salud, que considere a todos los actores, a todos los sectores y órdenes de gobierno, para facilitar la acción concertada y ordenada de las intervenciones dirigidas a garantizar el derecho a la salud de la población mexicana.

## Introducción

Los reducidos avances en el desarrollo social en nuestro país obligan a analizar las diferencias entre grupos de población en numerosos aspectos. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) genera información para conocer cuáles son las condiciones de pobreza en México y, al mismo tiempo, mediante las evaluaciones a políticas y programas de la Administración Pública Federal, contribuye a que las y los tomadores de decisiones identifiquen las acciones necesarias para garantizar que todas las personas ejerzan plenamente sus derechos sociales. En este esfuerzo, distinguir los grupos sociales, sectores, regiones o entidades en desventaja es un primer paso para generar acciones que posibiliten la igualdad de oportunidades y una mejora en las condiciones de vida de la población.

Desde su creación, el CONEVAL se ha dado a la tarea de elaborar mediciones rigurosas tanto en lo que respecta a la pobreza como lo que tiene que ver con las evaluaciones, con la intención de que, más allá de opiniones, se cuente con evidencia que sirva de guía para elaborar estrategias en materia de desarrollo social que nos permitan avanzar sin dejar a nadie atrás.

Uno de estos ejercicios enfocados en generar evidencia que permita elaborar estrategias en materia de desarrollo social fue la evaluación que hizo el CONEVAL a ocho programas sectoriales y a tres especiales derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), análisis que permitió identificar tanto avances como retos para la política social. Uno de los principales hallazgos derivados de esa evaluación fue que la planeación, programación y presupuestación nacional en materia de desarrollo social, en muchos casos, se realizaba a partir de la oferta gubernamental y no del análisis de problemáticas sociales en un sentido más amplio.

Además, del ejercicio anterior, en 2018 el CONEVAL generó seis estudios diagnósticos (Diagnósticos) sobre derechos sociales con el fin de identificar cuáles son los problemas más urgentes que limitan el ejercicio de los derechos sociales y los principales retos de atención y así proporcionar información para la planeación nacional del desarrollo con enfoque de derechos.

En los Diagnósticos se analizó el derecho a la educación, a la salud, a la alimentación nutritiva y de calidad, a la vivienda digna y decorosa, al medio ambiente sano, y al trabajo, todos reconocidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) como en la Ley General de Desarrollo Social (LGDS).

El enfoque basado en derechos no sólo tiene que ver con los resultados, sino también con la manera en que se puedan alcanzar. Además, reconoce a las personas como agentes que intervienen en su propio desarrollo, en vez de receptores pasivos de servicios; por ello, informar, educar y empoderar a estos agentes es fundamental.

Al respecto, la tarea del Estado es primordial, ya que, como se señala en el párrafo tercero del artículo primero de la CPEUM, todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos. Lo anterior supone, entonces, cambiar la concepción del diseño de la política pública asistencialista a una con enfoque de derechos; es decir, que no parta de la idea de que existen personas con necesidades que deben ser asistidas, sino reconocerlas como sujetos con derecho a demandar el cumplimiento de éstos.

El método que se utilizó a lo largo de los Diagnósticos partió de la construcción de una definición operativa de cada uno de los derechos basada, principalmente, en leyes y normas, para luego distinguir cuatro atributos inherentes a los derechos sociales: accesibilidad, disponibilidad, calidad y efectividad.

En relación con lo anterior, y continuando con el propósito de aportar información para mejorar el diseño de políticas públicas con enfoque de derechos sociales, el CONEVAL desarrolló la presente Evaluación Integral de los Programas Federales vinculados al Derecho a la Salud 2018-2019 en la que se analiza la oferta programática a nivel federal en relación con el derecho. Cabe señalar que la evaluación integral corresponde a la evaluación anual de los programas y acciones federales de desarrollo social en su ejercicio fiscal 2018, de conformidad con lo señalado en el artículo 42 del Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales y de los Fondos de Aportaciones Federales para el Ejercicio Fiscal 2019.

El objetivo de este ejercicio es brindar elementos para que la política de desarrollo social continúe avanzando en garantizar el pleno goce de los derechos sociales; en ese sentido, a través de un ejercicio de vinculación se analiza si existen programas, acciones o estrategias que permitan atender los principales retos en los derechos sociales derivados de los Estudios Diagnósticos de los Derechos Sociales<sup>1</sup> y, con base en ello, se identifican acciones que pueden ayudar a resarcir el rezago en materia de derechos y al mismo tiempo, se reconocen vacíos de atención que podrían estar afectando el desarrollo y bienestar de las personas.

---

<sup>1</sup> Estudios Sobre Derechos Sociales, ver:  
<https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Paginas/Estudios-sobre-derechos-sociales.aspx>

La información que se utilizó para el análisis proviene de fuentes públicas como son: datos de Cuenta Pública, Reglas de Operación o Lineamientos, información contenida en el Inventario Coneval de programas y acciones federales de desarrollo social 2017 y 2018 y el Listado 2019, así como en diversos estudios y evaluaciones relacionados con el derecho.

A partir de esta metodología, en el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud se identificaron siete Retos Nacionales del Derecho a la Salud, los cuales contemplan la integración del sistema público de salud; calidad y eficiencia del gasto en salud; infraestructura en salud; generación y distribución de recursos humanos para la salud; calidad en los servicios de atención; políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud; y la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso.

Es importante señalar que, si bien se aborda un conjunto amplio de programas y acciones, no se pretende ser exhaustivo en las intervenciones gubernamentales relacionadas con la garantía del derecho, pero se reconoce su importancia para potenciar las aquí expuestas. Para ello, la evaluación está organizada en cuatro capítulos y un apartado de reflexiones finales.

En el primer capítulo se menciona de manera breve la normatividad nacional que rige el ejercicio del derecho a la salud, asimismo se caracterizan y contextualizan los siete retos nacionales.

En el segundo capítulo se presenta el análisis de vinculación entre los programas y los retos, el cual se integra por dos apartados, en el primero se describe la propuesta metodológica utilizada para vincular los programas y acciones federales de desarrollo social en atención de cada uno de los retos identificados, y en el segundo apartado se incluyen los resultados derivados del ejercicio de vinculación.

En el tercer capítulo, se presenta una propuesta de esquema general de coordinación para los programas en el orden federal que atienden el derecho en su conjunto y, de igual manera, se proponen mecanismos específicos de coordinación para la atención de cada uno de los retos nacionales analizados.

En el capítulo cuatro se incluyen los principales hallazgos y recomendaciones derivados de los ejercicios de vinculación y coordinación para la atención de los retos nacionales, así como el análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de los programas que atienden el derecho a la alimentación nutritiva y de calidad.

Por último, se presentan algunas reflexiones finales con la intención de proporcionar herramientas para que las entidades y dependencias responsables de la operación de los programas coadyuven a avanzar en el ejercicio efectivo del derecho a la salud y un *Anexo técnico del desempeño de los programas federales vinculados al derecho a la salud 2018-2019* en el que se encuentra información de cobertura, presupuesto e indicadores relacionados con el desempeño de los programas vinculados.

## Capítulo 1. Retos nacionales para la atención del derecho a la salud

El derecho a la salud es un derecho humano y, como tal, tiene su basamento en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (ONU, 1948), la cual menciona a la salud como un elemento fundamental para acceder a un nivel de vida adecuado.

En reconocimiento a este hecho, México ha ratificado una serie de tratados internacionales en la materia<sup>2</sup> y lo ha incorporado en sus diferentes instrumentos normativos. En 1983, se instaure como derecho constitucional al establecer en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPUM) que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, igualmente importante es su reconocimiento como un derecho social en la Ley General de Desarrollo Social de 2004, que cita: “Son derechos para el desarrollo social [...] la salud...”.

Por lo anterior y para conocer el estado que guarda la garantía de este derecho por parte del Estado Mexicano, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) elaboró el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* (DDS),<sup>3</sup> cuyo principal resultado fue la identificación de siete retos para avanzar en el ejercicio pleno del derecho:

8. Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo su fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales.
9. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive<sup>4</sup> de las necesidades prioritarias de atención de la población.
10. Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico.
11. Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación de los mismos y definiendo mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión

---

<sup>2</sup> México ha ratificado y suscrito cuatro de los cinco documentos que conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos, entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), firmado en 1966 y ratificado por México en 1981.

<sup>3</sup> El Diagnóstico del Derecho a la Salud puede ser consultado en: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf)

<sup>4</sup> Es importante aclarar que la cualidad resolutive del gasto no se desprende de manera directa del presupuesto ni del monto, sino del uso que se hace de este y la aplicación de conocimiento. Es decir, en su capacidad de eliminar un problema de salud dado o aminora su efecto.

del país con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado.

12. Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias.
13. Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de subgrupos de población en desventaja, así como de regiones prioritarias.
14. Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas.

### **1.1 Contextualización de los retos nacionales**

#### *Reto 1. Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo su fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales*

Uno de los principales retos detectados por el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* para avanzar en el ejercicio pleno del derecho, es la falta de un sistema público de salud integrado, ya que, dada su configuración actual, se entorpece el acceso y prestación de servicios de atención médica con calidad para todos los mexicanos.

Este análisis permitió registrar cómo la configuración fragmentada y desarticulada que caracteriza al Sistema Nacional de Salud (SNS) es una de las principales causas de inequidad en la atención de la salud. El intrincado sistema de instituciones poco vinculadas entre sí –con fuentes de financiamiento diversas, poblaciones objetivo que están en continuo intercambio (como el caso de los trabajadores que entran y salen del mercado laboral formal de manera constante), paquetes de cobertura diferenciados por sistema de aseguramiento (contributivo y no contributivo), y la falta de un sistema único de información en salud, que concentre la información proveniente de todas las instituciones tanto del sector público como privado– dificultan las acciones de coordinación entre instituciones y subsistemas; entorpece la elaboración de un padrón general de afiliación que evite duplicidades y hasta triplicidades en la derechohabiencia; dificulta la obtención de información epidemiológica indispensable para la planeación estratégica en materia de salud pública; y, en general, ocasiona serios problemas para la operación eficaz y el ejercicio eficiente del gasto en salud.

Esta configuración resulta en uno de los principales obstáculos para la implementación de una reforma sustantiva del Sistema Nacional de Salud que armonice las prestaciones de los sistemas contributivo y no contributivo que, hoy por hoy, exhiben un nivel diferenciado de cobertura, financiamiento y calidad.

En este mismo sentido, diferentes organismos internacionales y de expertos han hablado de lo fundamental que es contar con una mayor correspondencia entre los conjuntos de beneficios ofrecidos por las diferentes aseguradoras de salud en México, fomentar el intercambio de servicios entre las instituciones prestadoras, y mejorar la inversión en infraestructura para la información de datos de salud a fin de facilitar la comunicación y la continuidad de los servicios (OCDE, 2018b).

*Reto 2. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive de las necesidades prioritarias de atención de la población*

El cambio en el perfil demográfico del país, caracterizado por una población cada vez más envejecida, aunado al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, incrementa la demanda de servicios de atención médica y, en consecuencia, presiones financieras adicionales se asientan sobre el Sistema Nacional de Salud.

A pesar de los esfuerzos emprendidos desde principios de este siglo para ampliar la cobertura, aumentar el gasto público en salud y disminuir el gasto de bolsillo por causas de salud a través de la puesta en marcha de estrategias como el Seguro Popular, estos parecen ser insuficientes a la luz de sus resultados. Como ejemplo, en 2016, 41.4 por ciento del gasto total en salud correspondió a erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo y 6.5 por ciento mediante el aseguramiento privado, lo cual representó 2.8 por ciento del PIB de ese año (OCDE, 2018a).

Si bien el incremento en el gasto público en salud es algo deseable, es insuficiente *per se* para asegurar los resultados esperados; es aquí donde la calidad en el ejercicio del gasto y en la asignación de los recursos se vuelve requisito indispensable. Para ilustrar lo anterior, en 2015, México ocupó el tercer lugar entre los países de la OCDE con mayor gasto administrativo como total del gasto público asignado para la salud (OCDE, 2018a).

Lo anterior hace evidente la necesidad de generar estrategias para optimizar el uso de los recursos disponibles para la salud. Una clara definición del cómo y en qué se gasta puede contribuir a una asignación más equitativa de los recursos y favorecer la asignación de estos en las áreas de mayor necesidad con los mejores retornos sociales.

*Reto 3. Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico*

Un objetivo clave es reducir la dependencia del sector hospitalario y centrar la atención en el primer nivel mejorando su capacidad resolutive, poniendo énfasis en la prevención y promoción de prácticas saludables, de tal forma que contribuya al desahogo de los

servicios de atención secundaria y terciaria. En las comunidades aisladas y de difícil acceso geográfico se ha tratado de acercar los servicios de atención médica y preventiva a través de unidades médicas móviles y servicios de telemedicina o telesalud que operan en las unidades ambulantes y de consulta externa. Estas estrategias son parte medular de la atención para las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad por barreras en la accesibilidad física y geográfica a los servicios; sin embargo, se requiere fortalecerlas y mejorarlas mediante la generación de indicadores que permitan monitorear su desempeño y la efectividad con la que están atendiendo a estas poblaciones.

*Reto 4. Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación de los mismos y definiendo mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado*

Un componente indispensable para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud es contar con personal de salud calificado, que esté distribuido de forma equitativa de acuerdo con las necesidades de la población, de manera que favorezcan el acceso a los servicios de atención con calidad y oportunidad.

Al respecto, en 2015, México contaba con 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes, una de las cifras más bajas reportadas entre países de la OCDE (OCDE, 2018a). La misma situación prevalece en el caso del personal de enfermería, ya que, en ese mismo año, se contaba con 2.8 de este personal por cada 1,000 habitantes; el promedio de los países de la OCDE era de nueve (OCDE, 2018a). Para alcanzar el estándar promedio de los países de este organismo, se debería incrementar en 50 por ciento la cantidad de médicos y más que triplicar la cifra del personal de enfermería. Aunado a lo anterior, el personal de salud suele concentrarse en centros poblacionales de alta densidad, como en la Ciudad de México que, en 2014, aglutinaba tres veces el promedio nacional de médicos especialistas (SS, 2016b). En términos de lo que el Estado puede hacer en esta situación, es conveniente reconocer que la planificación de los recursos humanos para la salud plantea retos como el tiempo que lleva su formación o la generación de estímulos e incentivos que favorezcan la movilización y permanencia del personal en las zonas de mayor aislamiento.

*Reto 5. Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias*

A pesar de los avances registrados en años recientes en cuanto a la calidad de los servicios de salud, aún existen retos que afrontar en la materia; por ejemplo, en el tema de efectividad, la meta comprometida por México en los Objetivos de Desarrollo del

Milenio para el indicador de Razón de Mortalidad Materna (RMM) era de 22 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos para 2015, la cual no fue alcanzada, ya que en ese año ocurrieron 36.4 defunciones (PR, 2016). Asimismo, una de cada nueve mujeres en edad fértil unida no está empleando métodos anticonceptivos a pesar de querer limitar el tamaño de su familia o posponer un embarazo (11.4 por ciento) (Cárdenas, 2017). Otro elemento que habla de la calidad en la oportunidad de la atención es el tiempo de espera promedio en minutos para recibir consulta en urgencias, el cual aumentó de 23.4 en 2010 a 30.2 minutos en 2017 (SS, 2017b).

*Reto 6. Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de subgrupos de población en desventaja, así como de regiones prioritarias*

La prevención y promoción de la salud son pilares indispensables para mejorar los resultados sanitarios de cualquier país; por ello, se debe fortalecer su instrumentación de acuerdo con las necesidades de la población, poniendo especial atención a los subgrupos poblacionales en desventaja, dejando de priorizar (sin dejar de realizar) la atención curativa.

Entre las acciones de prevención prioritarias se encuentran las dirigidas a evitar el cáncer cérvico-uterino y el cáncer de mama, que son la primera y tercera causa de muerte por tumores malignos entre las mujeres de 30 a 59 años, enfermedades que, de ser detectadas y manejadas a tiempo, pueden mejorar considerablemente su pronóstico. Aunado a lo anterior, la mortalidad por diabetes mellitus tipo II que casi se ha duplicado en los últimos 15 años, al pasar de 47.2 muertes por cada 100,000 habitantes en el 2000 a una tasa de 86 en 2016 (SS, 2018c; Conapo, 2018); es la principal causa de muerte entre las enfermedades prevenibles y evitables sensibles a atención primaria. Esto da cuenta de la necesidad de fortalecer la política sanitaria con enfoque integral que aborde de manera efectiva las múltiples causas de las enfermedades crónicas no transmisibles y priorizar las acciones preventivas sobre las correctivas, con acciones diferenciadas para los grupos y las regiones más vulnerables por estas condiciones (CONEVAL, 2018a).

*Reto 7. Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas*

México es en uno de los países más afectados por la pandemia de obesidad y sobrepeso. En 2016, ocupaba el primer lugar en el porcentaje de personas adultas con sobrepeso y obesidad (72.5 por ciento) entre los países de la OCDE; sobrepasó incluso a Estados Unidos (70.1 por ciento en 2014), Nueva Zelanda (66.8 por ciento en 2016) y Australia (63.4 por ciento en 2014) (OCDE, 2017a).

Si bien estas condiciones se observan en todos los grupos poblacionales en cada una de las regiones del país, existen grupos que están siendo más fuertemente afectados o que, por su condición de vulnerabilidad, sus efectos se vuelven más perniciosos, como es el caso de los niños, niñas y mujeres adultas. Al examinar la información existente por sexo, resulta que la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los adultos es mayor en las mujeres que en los hombres (75.6 por ciento entre 69.4 por ciento, en 2016), lo que coloca a las mujeres respecto de los hombres en un estado de vulnerabilidad mayor ante enfermedades asociadas con estas condiciones (INSP, 2016). En cuanto a los niños y las niñas, México es uno de los países del mundo con mayores índices de obesidad infantil; uno de cada tres niños tiene sobrepeso o es obeso (OCDE, 2016). Esta situación puede tener efectos a largo plazo en la salud de los infantes, al predisponerlos a padecer sobrepeso u obesidad en su vida adulta, comorbilidades asociadas a estas condiciones y, finalmente, la muerte prematura. Por lo anterior, resulta indispensable fortalecer las estrategias integrales y multisectoriales para frenar el avance en la incidencia de estos padecimientos en la población general mediante acciones diferenciadas para los grupos más vulnerados por estas condiciones.<sup>5</sup>

La responsabilidad de garantizar el derecho a la salud puede ser vista como un proceso complejo y gradual; su plena realización se traduce en una obligación jurídica para el Estado mexicano. Del reconocimiento de esta responsabilidad, se desprenden los instrumentos de política pública a través de los cuales el Estado busca operacionalizar la garantía del derecho.

La oferta gubernamental federal vigente para garantizar el derecho a la salud se fundamenta en dos vertientes; la primera, está conformada por las estrategias nacionales, acuerdos y programas de acción específicos (PAE) emitidos por la Secretaría de Salud (SS); no tienen una asignación presupuestal específica y contienen estrategias, líneas de acción e indicadores de aplicación nacional. La segunda, está conformada por los programas presupuestarios (Pp) como instrumentos a través de los cuales se asignan los recursos presupuestarios anuales a las dependencias de la administración pública; incluyen todas aquellas acciones de carácter institucional, con las que contribuyen a la atención de los problemas y necesidades en materia de salud de acuerdo con sus atribuciones.

El siguiente apartado expone los elementos metodológicos que permitieron examinar el compromiso del Estado mexicano en la atención del derecho a la salud a través del

---

5 Para más información sobre el contexto que da origen a los retos nacionales, consultar el Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018, disponible en: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf)

análisis de la oferta de programas y acciones federales de desarrollo social en relación con los siete retos nacionales identificados para avanzar en la garantía del derecho.

## **Capítulo 2. Ejercicio de vinculación de programas y acciones federales para la atención de los retos nacionales**

### **2.1. Metodología de vinculación para la atención del derecho a la salud**

Este análisis se llevó a cabo en dos pasos; como primero, se realizó la identificación de la oferta de programas y acciones de desarrollo social en el orden federal relacionados con el derecho a la salud; como segundo paso, se analizó si estos se vinculaban con uno o más de los retos nacionales para avanzar en la garantía del derecho, a través de alguno de los siguientes mecanismos: objetivo (O), poblaciones: potencial u objetivo (P) y componentes o apoyos entregados (C).

Para el primer paso se realizó una revisión de gabinete con el objetivo de determinar qué programas y acciones de desarrollo social podían vincularse con la atención del derecho a la salud en el orden federal, a través de uno o más de los siguientes mecanismos: objetivo del programa, poblaciones potencial u objetivo y por sus componentes o apoyos (bienes y servicios que otorga). Esta búsqueda se llevó a cabo en diferentes instrumentos que integran, sistematizan y delimitan el universo de los programas y acciones de desarrollo social en el orden federal, como el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2018 y el Listado CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2019. De igual forma, se examinaron los documentos de Consideraciones para el Proceso Presupuestario 2019, en donde se identifican los programas que contribuyen de manera prioritaria a la disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud y al acceso efectivo del derecho a la salud. Otras fuentes de información consultadas fueron: páginas institucionales del IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud (SS), y la página de Transparencia Presupuestaria de la SHCP.

Como resultado de esta búsqueda,<sup>6</sup> se conformó un listado con 35 programas y acciones federales; 28 de estos considerados de desarrollo social (S, U, E y B) y siete más como no sociales, destinados a actividades de diseño, ejecución, evaluación y reglamentación

---

<sup>6</sup> Para el análisis de vinculación no se consideraron los programas de acción específicos o estrategias nacionales para la atención de problemas de salud prioritarios por no contar con presupuesto asignado y debido a que estos se operacionalizan a través de programas presupuestarios, sin embargo, algunos de estos se retoman más adelante en el apartado de coordinación por su importancia en la implementación de acciones coordinadas entre las diferentes instancias y órdenes de gobierno.

del sector (P y G),<sup>7</sup> que atienden el derecho a la salud,<sup>8</sup> y que quedó integrado como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro 1. Listado de programas y acciones federales que atienden el derecho a la salud

Dependencia	Modalidad y clave	Nombre del programa	Nombre corto del programa*****
SALUD	S039	1. Programa de Atención a Personas con Discapacidad	Atención a personas con discapacidad
SALUD	S200	2. Fortalecimiento a la Atención Médica	FAM
SALUD	S201	3. Seguro Médico Siglo XXI	Seguro médico
SALUD	S202	4. Calidad en la Atención Médica	Calidad en la atención
SALUD	S272	5. Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad*	Apoyos a personas en necesidad
SALUD	U005	6. Seguro Popular	SP
SALUD	U008	7. Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	Prevención de sobrepeso, obesidad y diabetes
SALUD	U009	8. Vigilancia Epidemiológica	Vigilancia
SALUD	U012	9. Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud*	Fortalecimiento de servicios de salud
SALUD	E010	10. Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud	Capacitación de Recursos Humanos
SALUD	E022	11. Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	Investigación y desarrollo-SS
SALUD	E023	12. Atención a la Salud	Atención a la salud-SS
SALUD	E025	13. Prevención y Atención contra las Adicciones	Prevención de adicciones
SALUD	E036	14. Programa de Vacunación	Programa de vacunación
SALUD	E040	15. Servicios de Asistencia Social Integral	Asistencia social
SALUD	E041	16. Protección y Restitución de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes	Protección niñas, niños y adolescentes
SALUD	P012	17. Rectoría en Salud	Rectoría en salud
SALUD	P013	18. Asistencia Social y Protección del Paciente	Protección del paciente
SALUD	P016	19. Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS	Prevención de ITS
SALUD	P018	20. Prevención y Control de Enfermedades	Prevención de enfermedades-SS

<sup>7</sup> Estos programas son de interés para el análisis debido a la relevancia de las actividades que realizan en la atención al derecho a la salud, sin embargo, al ser considerados como no sociales no estarán sujetos a análisis de desempeño en el presente estudio.

<sup>8</sup> Para la integración de este listado se analizaron los cambios presupuestarios registrados entre 2018 y 2019. Para este ejercicio fue de utilidad el documento *Análisis de los programas del PEF 2018 y 2019* del CONEVAL, disponible en: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/ANALISIS\\_PEF\\_2018\\_2019.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/ANALISIS_PEF_2018_2019.pdf)

SALUD	P020	21. Salud Materna, Sexual y Reproductiva	Salud materna
SALUD	G004	22. Protección Contra Riesgos Sanitarios	Protección contra riesgos sanitarios
SALUD	G005	23. Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica	Regulación de establecimientos y servicios
ISSSTE	E015	24. Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	Investigación y desarrollo- ISSSTE
ISSSTE	E018	25. Suministro de Claves de Medicamentos	Claves de medicamentos
ISSSTE	E043	26. Prevención y Control de Enfermedades	Prevención de enfermedades- ISSSTE
ISSSTE	E044	27. Atención a la Salud	Atención a la salud- ISSSTE
IMSS	S038	28. Programa IMSS-Bienestar antes Programa IMSS-PROSPERA**	IMSS-Bienestar
IMSS	E001	29. Prevención y Control de Enfermedades	Prevención de enfermedades-IMSS
IMSS	E003	30. Atención a la Salud en el Trabajo	Salud en el trabajo
IMSS	E004	31. Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud	Investigación y desarrollo- IMSS
IMSS	E011	32. Atención a la Salud	Atención a la salud-IMSS
IMSS	E012	33. Prestaciones Sociales	Prestaciones sociales
BIENESTAR/S EDESOL	S155	34. Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas	Apoyo a instancias de mujeres
SEP/SALUD/BIENESTAR (SEDESOL)	S072	35. PROSPERA programa de inclusión social***	PROSPERA

\*Estos programas se eliminan en el Presupuestos de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal 2019, sin embargo, el U012 reaparece en el proyecto de PEF para 2020.  
 \*\*Con base en el Acuerdo 335/2018 publicado el 12 de diciembre de 2018, el Honorable Consejo Técnico del IMSS, se aprobó el cambio de denominación del 'Programa IMSS PROSPERA', para que en lo sucesivo se identifique como 'Programa IMSS-BIENESTAR'. Sin embargo, en el PEF 2019 no se refleja este cambio.  
 \*\*\*El programa sufre cambios significativos en su objetivo a partir de la publicación de sus Reglas de Operación para el ejercicio fiscal 2019. Publicación en el DOF el 28 de febrero de 2019.  
 \*\*\*\*Los programas P012, P013, P016, P018, P020, G004 y G005 de la Secretaría de Salud se consideran no sociales, pero inciden en la atención del derecho a la salud a través de actividades diversas.  
 \*\*\*\*\*El nombre corto de los programas se utilizará para facilitar la lectura del documento.

Fuente: elaboración propia

Una vez identificados los programas y acciones federales, se llevó a cabo el ejercicio de vinculación con cada uno de los retos nacionales previamente señalados, tomando en cuenta lo siguiente:

1. Debido a la amplitud con la que están enunciados los retos, fue necesario definir poblaciones y subconjuntos de poblaciones contenidas al interior de cada reto para poder identificar vinculaciones posibles a través de las poblaciones específicas de cada programa (potencial u objetivo) (ver Anexo 1).

2. Se definieron los mecanismos para determinar la vinculación de cada uno de los programas con cada reto a través de su objetivo, población y componentes como se describe a continuación:
  - a. Para la vinculación por objetivo, se revisó el enunciado del objetivo de cada Pp, para verificar si, mediante el logro de este, algún elemento relacionado con el reto es atendido. Este análisis incluyó los objetivos de Fin y Propósito mencionados en la MIR del programa, pero se encontró que, aun cuando el programa podía vincularse a un reto particular a través de lo enunciado en su objetivo de Fin, el quehacer real del programa obedece a su Propósito; por lo que un programa puede considerarse vinculado al reto si el enunciado en su objetivo de Fin se corresponde con alguno de los retos, sin embargo, sólo se analizan y describen aquellos programas cuyo Propósito atienda alguno de los elementos del reto.
  - b. Respecto a la vinculación por poblaciones, se analizó la población objetivo de cada Pp para determinar su alineación con la población o subpoblaciones de cada uno de los retos (Anexo 1).
  - c. En cuanto a la vinculación por componentes o tipo de apoyo entregado, se analizó si la entrega de los bienes y servicios de los Pp contribuía, en cualquier medida, a atender algún aspecto del reto.
3. Los mecanismos fueron valorados y especificados para cada uno de los 35 Pp identificados. Cada Pp podía vincularse con cada reto a través de uno o más de los mecanismos propuestos y de diferentes combinaciones entre estos; además se determinó que, dentro de la oferta de programas y acciones federales, existían programas que no era posible vincular con algún reto en particular, pero realizaban acciones sustantivas para la garantía del derecho, por lo que se consideraron vinculados con el derecho a la salud en lo general.
4. La valoración de la cobertura programática para cada reto se fundamentó en el análisis de los Pp que cumplieron con al menos los mecanismos de vinculación siguientes:<sup>9</sup> 1) Objetivos, Población y Componentes (OPC) y 2) Poblaciones y Componentes (PC), con base en las siguientes consideraciones:

---

<sup>9</sup> La similitud entre el nombre de algunos programas operados por diferentes dependencias (Secretaría de Salud, ISSSTE e IMSS) podrían suponer coincidencias entre sus bienes o servicios, cuando en realidad esto no es así; por ejemplo, el programa de "Prestaciones Sociales" del ISSSTE, no fue vinculado con ningún reto en particular porque la naturaleza de sus apoyos obedece a la lógica de atención de otro

a) Para los programas con vinculación OPC, la atención del reto se fundamenta en la coherencia entre su objetivo, la población a la que atiende y las actividades que realiza para alcanzar su objetivo; esto es, si lo que se espera lograr (objetivos), para quien se quiere lograr (población) a través de los bienes y servicios que se entregan (componentes o apoyos), aportan, en conjunto, elementos oportunos para la atención del reto y, en consecuencia, a la garantía del derecho a la salud. Lo mismo puede argumentarse para los programas que se vinculan por poblaciones y componentes (PC), dado que existe una correspondencia entre estos dos elementos y el objetivo de propósito del programa, aun cuando no exista una correspondencia explícita entre el enunciado del reto y el enunciado del objetivo, por lo que estas combinaciones se consideran operativamente viables para atender los retos.

5. En cuanto a los programas que se vincularon únicamente por su objetivo de Fin o por otra combinación de mecanismos diferentes a los ya mencionados, se consideró que tenían un papel sustantivo en la garantía del derecho a la salud, pero no se contó con elementos suficientes para determinar, a través de los mecanismos propuestos, su vinculación clara y concisa con alguno de los retos; un ejemplo de esto son los programas que se relacionan con la generación de evidencia en salud, cuya contribución es mejorar las condiciones de salud de la población mexicana y, por ende, es innegable su aporte para la garantía de su derecho a la salud, sin embargo no fue posible, a través de los mecanismos establecidos, vincularlo con alguno de los retos en particular.

A continuación, se muestra la vinculación de los programas con cada uno de los retos por tipo de vinculación.

Cuadro 2. Matriz de vinculación entre programas de desarrollo social y retos nacionales del derecho a la salud

Dependencia	Modalidad y clave	Nombre corto del programa	Vinculación														
			Reto 1		Reto 2		Reto 3		Reto 4		Reto 5		Reto 6		Reto 7		
			OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	
1. SALUD	S039	Atención a personas con discapacidad												X			
2. SALUD	S200	FAM					X						X	X		X	
3. SALUD	S201	Seguro médico	X		X		X										

derecho, el derecho a la seguridad social, aun cuando su homólogo operado por el IMSS otorga servicios relacionados con la promoción de la salud, cultura física y deporte.

Dependencia	Modalidad y clave	Nombre corto del programa	Vinculación														
			Reto 1		Reto 2		Reto 3		Reto 4		Reto 5		Reto 6		Reto 7		
			OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	
4. SALUD	S202	Calidad en la atención										X					
5. SALUD	S272	Apoyos a personas en necesidad												X			
6. SALUD	U005	SP	X		X		X					X	X			X	
7. SALUD	U008	Prevención de sobrepeso, obesidad y diabetes											X			X	
8. SALUD	U009	Vigilancia										X					
9. SALUD	E010	Capacitación de Recursos Humanos							X								
10. SALUD	E023	Atención a la salud-SS										X					
11. SALUD	E036	Programa de vacunación													X		
12. SALUD	E040	Asistencia social						X					X				
13. SALUD	E041	Protección niñas, niños y adolescentes											X				
14. SALUD	P012	Rectoría en salud	X		X		X		X		X						
15. SALUD	P016	Prevención de ITS													X		
16. SALUD	P018	Prevención de enfermedades -SS											X			X	
17. SALUD	P020	Salud materna										X	X				
18. SALUD	G004	Protección contra riesgos sanitarios				X						X				X	
19. SALUD	G005	Regulación de establecimientos y servicios							X			X					
20. ISSSTE	E018	Claves de medicamentos															X
21. ISSSTE	E043	Prevención de enfermedades -ISSSTE											X			X	
22. ISSSTE	E044	Atención a la salud-ISSSTE											X			X	
23. IMSS	S038	IMSS-Bienestar					X							X	X		

Dependencia	Modalidad y clave	Nombre corto del programa	Vinculación															
			Reto 1		Reto 2		Reto 3		Reto 4		Reto 5		Reto 6		Reto 7			
			OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C	OP C	P C		
24. IMSS	E001	Prevención de enfermedades-IMSS												X				X
25. IMSS	E003	Salud en el trabajo												X				
26. IMSS	E011	Atención a la salud-IMSS												X				
27. IMSS	E012	Prestaciones sociales																X
28. BIENESTAR/ SEDESOL	S155	Apoyo a instancias de mujeres												X				X
29. SEP/SALUD/BIENESTAR (SEDESOL)	S072	PROSPERA													X	X		
30. IMSS	E004	Investigación y desarrollo-IMSS							X									
31. SALUD	U012*	Fortalecimiento de servicios de salud																
32. SALUD	E022*	Investigación y desarrollo-SS																
33. SALUD	E025*	Prevención de adicciones																
34. SALUD	P013*	Protección del paciente																
35. ISSSTE	E015*	Investigación y desarrollo-ISSSTE																

\*Estos programas se consideran vinculados con la atención del derecho a la salud en lo general, más no con un reto en particular.

Fuente: elaboración propia.

Como la tabla anterior constata, fue posible identificar 35 intervenciones que se relacionan con la atención del derecho a la salud en el orden federal, de estos, 30 se vincularon directamente con uno de los retos nacionales para avanzar en la garantía del derecho a través de uno o más de los mecanismos propuestos, mientras que cinco se vincularon con la atención del derecho en lo general, el análisis derivado de esta vinculación se presenta a continuación.

## 2.2. Vinculación de los programas y acciones federales para la atención del derecho a la salud

En este apartado se mencionan los resultados derivados del ejercicio de vinculación de los programas y acciones federales de desarrollo social con cada uno de los retos nacionales para avanzar en la garantía del derecho a la salud, también se mencionan los programas considerados no sociales que pueden estar incidiendo en ello y, al final, se presentan los programas que no se vincularon con algún reto en particular, pero sí con el derecho en lo general.

*Reto 1. Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo la fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales; Reto 2. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutiva de las necesidades prioritarias de atención de la población*

Los retos 1 y 2, derivados del *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, se generaron a partir de un Enfoque Basado en Derechos (EBD), este enfoque se opone a la idea tradicional asistencialista en el que las personas con necesidades, que no pueden resolver por sus propios medios, deben ser auxiliadas de alguna manera por el Estado y propone, en cambio, que las personas son sujetos de derechos con facultad para demandar su cumplimiento (CONEVAL, 2018a). Así, este cambio de enfoque supone el reto de armonizar la oferta gubernamental de programas y acciones pensada en atender necesidades y no en garantizar derechos.

Con lo anterior en mente, el reto 1, surge a partir de evidencia que muestra cómo la configuración actual, fragmentada y desarticulada, del SNS se constituye en el principal obstáculo para la garantía plena del derecho a la salud de los mexicanos, toda vez que supone obstáculos para el acceso efectivo a los servicios de salud al discriminar por ingreso o condición de seguridad social. Por su parte, el reto 2 supone que, ante la presencia de ineficiencias e inequidad en la asignación del gasto público en salud, las instituciones del sector ofrecen diferentes niveles de calidad en la atención médica, a precios distintos, dependiendo de la población que atienden; situaciones que se traducen en resultados diferenciados de salud en la población y una alta carga financiera para las familias (OCDE, 2017a). Como se puede observar, ambos retos parten de problemas complejos, profundamente arraigados en condiciones históricas, políticas y sociales que los estructuran y condicionan, por lo que su completa atención se encuentra mucho más allá del alcance de un programa presupuestario, un conjunto de estos o de la estructura programática del sector, ya que esto requiere de reformas profundas e integrales para

corregir las condiciones que les dan origen; tema que se coloca más allá de los objetivos de esta evaluación.

Dicho lo anterior, a partir del análisis de vinculación, fue posible identificar 3 intervenciones que buscan atender, con acciones concretas, la falta de integralidad del SNS y mejorar la equidad y eficiencia en el gasto en salud (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Relación de programas y acciones vinculados con los retos 1 y 2

Programa presupuestario (modalidad, nombre y dependencia)	Mecanismo de vinculación			Problema que atiende
	Objetivos	Población	Componentes	
1. S201 Seguro Médico Siglo XXI (SS)	x	x	x	Falta de integralidad del SNS/ Equidad y eficiencia del gasto en salud
2. U005 Seguro Popular (SS)	x	x	x	Falta de integralidad del SNS/ Equidad y eficiencia del gasto en salud
3. P012 Rectoría en Salud (SS)*	x	x	x	Falta de integralidad del SNS

\*Programa no social pero que incide en la atención del reto.

De la oferta gubernamental de programas y acciones de desarrollo social analizados para atender el reto, se identificó que:

- El *SP* es el principal instrumento orientado a la atención de la fragmentación del SNS, así como a mejorar la coordinación intra e interinstitucional. Este programa presenta la oportunidad concreta para generar convenios de prestación de servicios con instituciones de seguridad social e, incluso, con establecimientos del sector privado, para la atención de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. Vinculado mediante objetivos y su componente: acceso efectivo y con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), financia servicios de salud establecidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) facilitando el acceso a servicios preventivos y de atención con calidad, incluyendo servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios. Se enfoca en los dos primeros niveles de atención a la salud y ofrece servicios de alta especialidad y de alto costo para enfermedades establecidas en el CAUSES y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Con ello, reduce las limitantes de acceso por derechohabencia, el acceso desigual a los servicios y los gastos de bolsillo y gastos catastróficos y empobrecedores de las familias beneficiarias. Así, mediante la protección financiera que ofrece a las personas no incorporadas a la seguridad social tradicional, se vincula con el reto 2 por ser un

- instrumento que busca, a su vez, corregir los desbalances históricos en la asignación del gasto en salud entre la población con y sin seguridad social.
- Por su parte, el programa *Seguro Médico* se vincula con los retos 1 y 2 al proporcionar un mecanismo de aseguramiento para la población afiliada al SPSS, menor de cinco años de edad de cobertura amplia y sin desembolso en el momento de la atención; lo que, al igual que el *SP*, busca ser un instrumento para lograr una asignación más equitativa del gasto público en salud y favorecer el acceso efectivo en salud, a través de una red amplia de prestadores de servicios de atención médica de cobertura nacional, sin desembolso en el momento de la atención para incidir en la reducción de los gastos de bolsillo y catastróficos por motivos de salud, y así contribuir a disminuir las desigualdades de acceso y disponibilidad de servicios de salud en este sector de la población.
  - Entre los programas considerados no sociales, destaca *Rectoría en Salud* de la SS que contribuye a la construcción de un Sistema Nacional de Salud integrado, organizando y dirigiendo, a través de sus objetivos: avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante la coordinación interinstitucional (Fin) y la conducción eficaz de los servicios de salud (Propósito); y su componente: acciones de mejora en la gestión de programas y servicios de salud, además de las actividades de coordinación interinstitucional bajo la rectoría de la Secretaría de Salud para favorecer la disminución del acceso desigual a los servicios de salud y las limitantes por derechohabencia. Este programa busca establecer una condición eficaz del sistema de salud para asegurar el acceso efectivo a servicios con calidad; registra acciones de infraestructura y equipamiento, acreditación de establecimientos que monitorean la calidad de la atención, construcción de guías de práctica médica e implementación de acciones de gestión de programas y servicios de salud. Aun cuando no es un programa social, las actividades que realiza en materia de planeación y coordinación son esenciales para la atención de este reto, lo que hacía obligada su mención para el análisis integral de la política.

De las tres intervenciones identificadas para la atención de este reto, dos de estas: el *SP* y *Seguro Médico*, fueron las grandes apuestas del gobierno, en los tres sexenios anteriores, para corregir los desbalances históricos de acceso a los servicios de atención médica y asignación presupuestal que favorecían a la población beneficiaria de los sistemas tradicionales de seguridad social y dejaban desprotegidos a aquellos que, por su condición laboral, no eran parte de su población elegible. Al presente, octubre de 2019, estos instrumentos son objeto de serios cuestionamientos por la forma en la que fueron operados por las entidades responsables y la falta de cumplimiento en sus objetivos, al

extremo de plantear su desaparición y posible sustitución por una propuesta del ejecutivo federal denominada Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) que busca hacer efectivo el acceso a la atención clínica, medicamentos gratuitos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social (SS, 2019b; CD, 2019); lo cual, y más allá de cuestionar la pertinencia o no de estas medidas, supone el reto de evitar el riesgo de una política regresiva, en cuanto a los terrenos conquistados en materia del derecho a la salud, y proponga una solución integral, progresiva y factible en términos financieros, de recursos materiales y humanos, y en beneficio de toda la población mexicana.

*Reto 3. Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico*

Como ya se mostró, la infraestructura para dar atención a las demandas y necesidades de la población es insuficiente e inadecuada. Esta situación es más profunda en comunidades rurales y de difícil acceso geográfico al no contar con las condiciones que faciliten el acceso y uso de los servicios de atención médica de manera oportuna.

Para este reto, la oferta programática vinculada se caracteriza por buscar mejorar las condiciones de acceso a los servicios de primer nivel de atención, es decir, las intervenciones no están orientadas, específicamente, a acciones de sustitución, rehabilitación y remodelación de obra, toda vez que no fue posible encontrar de forma explícita entre los objetivos de los programas analizados la ampliación de la infraestructura en salud.

Así, se identificaron seis programas relacionados con la atención de este reto. De estos, cinco se vinculan mediante los tres mecanismos (OPC) y uno a través de la relación población-componente (ver cuadro 4). Los Pp analizados, si bien, no se enfocan directamente en incrementar la infraestructura en salud, coadyuvan a este propósito a través de alguno de sus componentes o actividades.

Cuadro 4. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 3.

Programa presupuestario (modalidad, nombre y dependencia)	Mecanismo de vinculación		
	Objetivos	Población	Componentes
1. S038 Programa IMSS-Bienestar (IMSS)	x	x	x
2. S200 Fortalecimiento a la Atención Médica (SS)	x	x	x

Programa presupuestario (modalidad, nombre y dependencia)	Mecanismo de vinculación		
	Objetivos	Población	Componentes
3. S201 Seguro Médico Siglo XXI (SS)	x	x	x
4. U005 Seguro Popular (SS)	x	x	x
5. P012 Rectoría en Salud (SS)*	x	x	x
6. E040 Servicios de Asistencia Social Integral (SS)		x	x

Fuente: elaboración propia.

\*Programa no social pero que inciden en la atención del reto.

De los seis programas relacionados con el reto por los mecanismos de vinculación señalados, se identificó lo siguiente:

- El programa *FAM* otorga servicios de promoción, prevención de enfermedades, atención de la desnutrición infantil; detección oportuna de complicaciones del embarazo y de cáncer cérvico uterino en localidades con menos de 2,500 habitantes rurales y de difícil acceso geográfico mediante el equipamiento de Unidades Médicas Móviles. Estas acciones mitigan los efectos de la falta de infraestructura en salud, en el primer nivel de atención, de las personas que habitan en localidades rurales de difícil acceso geográfico.
- *Seguro Médico* financia servicios médicos y preventivos para la población menor de 5 años y que no tienen seguridad social, a través de una red de prestadores de servicios de salud de instituciones públicas y privadas de operación nacional, lo que contribuye a asegurar el acceso a servicios de atención médica para este subgrupo poblacional.
- El *SP* busca la construcción de un Sistema Nacional de Salud universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud que garantice el acceso a servicios preventivos de atención médica, quirúrgica y de especialidad en las unidades de salud de las diferentes instituciones públicas y privadas que conforman el sistema nacional de salud, favoreciendo el aumento de infraestructura y mejora en el acceso y disponibilidad de servicios médicos y de salud, a través de convenios intersectoriales e interinstitucionales y del Fondo de Previsión Presupuestal. Además, el Gobierno Federal destina recursos para sustitución, ampliación, rehabilitación y remodelación de la infraestructura de unidades médicas.
- *IMSS-Bienestar* proporciona servicios de salud ambulatorios y hospitalarios en unidades médicas de primer nivel a cargo del programa, además de entregar medicamentos a la población sin seguridad social de localidades de alta y muy alta

marginación. Este programa contribuye dotando de infraestructura al primer nivel de atención con unidades fijas y móviles; también aporta recursos para fortalecer la infraestructura de las Unidades Médicas Rurales, Hospitales Rurales, Unidades Médicas Urbanas y Unidades Médicas Móviles.

- *Asistencia Social Integral* da consultas médicas y paramédicas especializadas a menores de edad, adolescentes, personas y adultos mayores con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, así como sujetos de asistencia social, personas adultas mayores en estado de vulnerabilidad.
- *Rectoría en Salud* realiza acciones para asegurar el acceso efectivo a servicios de salud entre las que se incluyen la acreditación de establecimientos de atención médica, esto permite aumentar la disponibilidad de éstos para prestar servicios de salud a las personas sin seguridad social y, por tanto, disminuir la insuficiencia de infraestructura y mejorar el acceso y disponibilidad a este grupo poblacional. Además, el programa emite certificados de necesidad para el registro de acciones de infraestructura y equipamiento en el Plan Maestro de Infraestructura.<sup>10</sup>

De esta manera, de los seis programas vinculados al reto, se identificó que el *IMSS-Bienestar*, *FAM* y *SP*, son las intervenciones que mediante su ejecución abonan de forma más directa al incremento de la infraestructura en el primer nivel de atención a través de la provisión de unidades móviles y fijas; mientras que los dos últimos inyectan recursos a las entidades federativas para atender las necesidades prioritarias identificadas por los Servicios Estatales de Salud (SES).

Más allá de poder determinar si estas acciones son o no suficientes para atender los problemas que dan origen a este reto, aunque la evidencia sugiere ya una posible respuesta, es posible señalar la pertinencia de un ejercicio de planeación que recoja e integre información sobre la demanda insatisfecha de servicios de salud por causa de infraestructura deficiente o ausente, que sustente, a su vez, las decisiones para alojar los recursos de la manera más eficiente posible y en atención de estas necesidades, lo que no fue posible observar a través de este análisis.

*Reto 4. Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación de los mismos y definiendo mecanismos para incentivar su distribución*

---

<sup>10</sup> Es el instrumento rector para la planeación, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura y el equipamiento médico de la Secretaría de Salud y de los servicios estatales de salud, con el fin de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión pública y garantizar la operación sustentable (SS, 2019).

*territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado*

La revisión de los programas federales que se relacionan con la generación de recursos humanos para la atención de la salud de la población mexicana identificó tres intervenciones que se vinculan con este reto (ver cuadro 5), estos Pp se enfocan en elementos como: acceso a la educación para la salud y capacitación continua, la formación de especialistas en áreas de salud prioritarias y a la mejora en la calidad en su formación.

Cuadro 5. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 4.

Programa presupuestario (modalidad, nombre y dependencia)	Mecanismo de vinculación		
	Objetivos	Población	Componentes
1. E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud (SS)	x	x	x
2. G005 Regulación y vigilancia de establecimientos y servicios de atención médica (SS)*	x	x	x
3. E004 Investigación y Desarrollo Tecnológico (IMSS)	x	x	x

Fuente: elaboración propia.

\*Programa no social pero que inciden en la atención del reto.

Las tres intervenciones se vinculan por los mecanismos de objetivo, población y componentes; como resultado del análisis se identificó lo siguiente:

- *Capacitación de Recursos Humanos*, busca que los profesionales de la salud desarrollan competencias técnico-médicas y de gestión acordes con las necesidades de la salud de la población, a través de otorgar cursos de especialización, educación continua y de capacitación a los servidores públicos de salud. Estas acciones abonan al incremento de educación y capacitación continua de los recursos humanos en salud y a la formación de especialistas en áreas prioritarias, atendiendo la mejora en la calidad en su formación; de esta manera, se enfoca de manera específica al personal de salud, pero sus acciones redundan en el incremento en la disponibilidad de personal médico especializado para atender las necesidades de salud de la población en general.
- *Investigación y desarrollo-IMSS*, se relaciona con el reto a través de su componente uno el cual apoya la formación de recursos humanos para la salud en programas de maestría y doctorado relacionados con la investigación científica y

desarrollo tecnológico, con estas acciones se fomenta la especialización del personal de salud en las ramas de atención prioritarias y se contribuye a mejorar la calidad en su formación. Asimismo, la salud de los beneficiarios del IMSS se ve favorecida a través de la contribución de los productos científicos generados por la investigación en salud desarrollada en el Instituto.

- Los componentes uno y tres del programa *Regulación de establecimientos y servicios* se enfocan en la evaluación de los establecimientos médicos y la actualización del marco legal que regula la prestación de servicios; de esta manera, se fomenta el aprendizaje continuo y se vigila la idoneidad de los recursos humanos para la prestación de los servicios de salud.

Los tres programas vinculados atienden la formación de recursos humanos para la salud con calidad, sin embargo, no fue posible identificar una intervención o acción específica, entre la oferta programática federal, que diera cuenta de la forma en la que estos recursos son distribuidos de acuerdo con las necesidades regionales o locales, en este sentido, la oportunidad para la atención de este reto se relaciona de forma muy estrecha con el reto 3.

Por otro lado, se cuenta con experiencias anteriores documentadas que podrían retomarse para su consideración; por ejemplo, en la década de los noventa el Programa de Ampliación de Cobertura de la Secretaría de Salud, conocido como el PAC, logró la autorización de una compensación económica adicional para el personal médico y paramédico que eligiera prestar sus servicios en regiones del país con mayor deficiencia de personal calificado: comunidades geográficamente dispersas y de difícil acceso geográfico. Esta estrategia de atención prioritaria a la salud de grupos en situación de vulnerabilidad, la infraestructura y logística desarrolladas a través del PAC en 1997/98, contribuyó de forma decidida a la implementación del Pp Progresá, posteriormente conocido como *PROSPERA*.

#### *Reto 5. Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias*

La calidad en la atención a la salud permite a los usuarios recibir el conjunto de servicios de diagnóstico y atención necesarios para resolver sus necesidades y padecimientos de manera oportuna. Para ello, se requiere que los servicios de salud estén disponibles con bajos tiempos de espera; con la infraestructura y equipamiento adecuados; disponibilidad suficiente de medicamentos; con personal médico suficientemente capacitado y especializado; y que brinden al usuario la información requerida para entender su

padecimiento. En un contexto de calidad, estos elementos permiten que los servicios sean resolutivos, eficientes y efectivos.

El análisis de la oferta gubernamental identificó 12 programas relacionados a la atención del reto. De éstos, cuatro se vincularon a través de la población, los objetivos y los componentes y ocho mediante sus poblaciones y componentes (ver cuadro 6). Los 12 Pp analizados atienden, en general, aspectos relacionados con algunas de las causas de la problemática del reto, como asegurar el acceso efectivo a servicios de salud mediante la consolidación de una cultura de calidad en los servicios de atención médica, la acreditación de establecimientos de atención médica, la disminución de los tiempos de espera para favorecer la oportunidad en el servicio y el monitoreo de la satisfacción de los usuarios.

Cuadro 6. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 5.

Programa presupuestario (modalidad, nombre y dependencia)	Mecanismo de vinculación		
	Objetivos	Población	Componentes
1. S202 Calidad en la Atención Médica (SS)	x	x	x
2. P012 Rectoría en Salud (SS)*	x	x	x
3. E011 Atención a la Salud (IMSS)	x	x	x
4. E023 Atención a la salud-SS	x	x	x
5. S200 Fortalecimiento a la Atención Médica (SS)		x	x
6. U005 Seguro Popular (SS)		x	x
7. U009 Vigilancia Epidemiológica (SS)		x	x
8. E003 Atención a la Salud en el Trabajo (IMSS)		x	x
9. P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva (SS)*		x	x
10. G004 Protección Contra Riesgos Sanitarios (SS)*		x	x
11. G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica (SS)*		x	x
12. S038 Programa IMSS-Bienestar (IMSS)		x	x

Fuente: elaboración propia.

\* Programa no social pero que inciden en la atención del reto.

Del análisis de las 12 intervenciones que buscan atender el reto 5 destaca lo siguiente:

- *Calidad en la atención* otorga incentivos económicos para que los Establecimientos de Atención Médica, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, así como Áreas Administrativas y Centrales de Calidad de los Servicios Estatales de Salud, adscritos a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, implementen iniciativas de mejora continua de los servicios de salud focalizadas en los problemas prioritarios de salud.
- *Rectoría en salud* atiende a toda la población mexicana a través de acciones de planeación, seguimiento y evaluación de políticas públicas; tres de sus componentes se enfocan en: 1) monitorear que los establecimientos de atención a la salud acreditados cuenten con aval ciudadano y realicen actividades de monitoreo en favor de la mejora de la calidad de la atención, 2) realizar acciones de mejora en la gestión de programas y servicios de atención a la salud en favor de la mejora de su calidad y 3) actualizar el catálogo maestro de guías de práctica clínica como instrumento para el apoyo en la toma de decisiones en la práctica médica, con lo que se busca garantizar que esta se lleve a cabo incorporando las buenas prácticas registradas en cada disciplina médica reconocidas internacionalmente.
- *Atención a la salud-IMSS* busca asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Su componente dos refiere a actividades enfocadas a la prevención y control de infecciones nosocomiales en los derechohabientes del IMSS que utilizan servicios de hospitalización y atención ambulatoria, indicador clave para medir la calidad en los servicios. A través de estas actividades se logra mejora directamente la calidad de los servicios de atención al reducir el riesgo de contraer enfermedades infecciosas durante el periodo de hospitalización que pueden generar complicaciones en la atención.
- *Atención a la salud-SS* proporciona servicios hospitalarios y ambulatorios de alta especialidad a la población que acude a los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, Hospitales Federales de Referencia y Servicios de Atención Psiquiátrica, aunado a la oferta de atención médica especializada, el programa coadyuva en la mejora de la calidad en los servicios al fomentar la medición de la percepción de satisfacción en la atención médica hospitalaria recibida.
- El *FAM* otorga servicios de atención primaria a la salud a la población que habita en localidades con menos de 2,500 habitantes a través de unidades médicas móviles, de esta manera atiende las necesidades de las personas que residen en

comunidades dispersas al acercar la atención médica y contribuir a la disminución de los tiempos de espera para tener contacto con servicios de salud con personal profesional, además se mejora la posibilidad de tener acceso a medicamentos. Las unidades médicas móviles y los servicios que prestan son objeto de acreditación, con lo que se garantiza la atención de la población en comunidades rurales y dispersas a servicios de atención médica de calidad.

- El *SP* se relaciona con la prioridad a través de su población objetivo y su único componente; los servicios que ofrece a través de la red de prestadores estatales promueven el acceso efectivo y con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud. Las unidades de salud que prestan servicios de salud al Seguro Popular deben estar acreditadas y se someten a acciones de monitoreo de la calidad de la atención, con lo que se atienden elementos como tiempos de espera prolongados, surtimiento incompleto de medicamentos y la insatisfacción de la población no asegurada con los servicios de salud, con ello se contribuye a mejora de la calidad en los servicios de atención a la salud, a través del fomento de la cultura de la medición y su uso.
- El programa de *Vigilancia* busca garantizar el desempeño técnico de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública mediante su evaluación externa de acuerdo con el Marco Analítico Básico y a través de la verificación en campo de la operación y observancia de la normatividad oficial vigente, así como de los lineamientos establecidos para el control y seguimiento de los padecimientos objeto de los programas de acción bajo la responsabilidad del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Estas actividades se orientan a la evaluación y mejora de la calidad de los servicios relacionados con la vigilancia epidemiológica y el control y seguimiento de padecimientos.
- *Salud en el trabajo* se enfoca en la detección del nivel de satisfacción de las empresas afiliadas al IMSS que han sido objeto de estudios y programas preventivos de seguridad en el trabajo en las que laboran los trabajadores derechohabientes de la institución. Así se busca detectar y atender la satisfacción inadecuada de los usuarios de servicios de salud.
- *Salud Materna* a través de los (SES) busca atender necesidades específicas de mujeres de 15 años y más, esto mediante la oferta de servicios de prevención y atención en materia de salud materna, sexual y reproductiva, incluyendo servicios de anticoncepción, atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido; detección oportuna de cáncer de cuello uterino y de mama; así como atención de la violencia familiar y de género. Destaca que dichas acciones son monitoreadas

- y supervisadas y que el personal de los SES es capacitado para implementar programas conforme a las normas vigentes y los últimos avances técnicos.
- *Protección contra riesgos sanitarios* busca que la población mexicana se encuentre protegida contra riesgos sanitarios por medio de la provisión de medicamentos seguros, eficaces, accesibles, autorizados y vigilados, además el Pp realiza acciones para verificar los establecimientos que son competencia de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris). También se encarga de mantener actualizadas las estrategias para el análisis de riesgos a los que está expuesta la población.
  - *Regulación de establecimientos* a través de sus componentes uno y tres busca evaluar los establecimientos del Sistema Nacional de Salud y actualizar el marco legal que regula la prestación de servicios, el objetivo de estas acciones se encamina a reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con la prestación de servicios de atención médica, así como detectar la satisfacción de los usuarios.
  - Por último, el programa *IMSS-Bienestar* atiende a este reto a través de su componente de contraloría social y ciudadanía en salud, cuyo objetivo es dar seguimiento a la calidad en la prestación de los servicios médicos, conocer la satisfacción de los usuarios, sus inconformidades y quejas y formular propuestas para la mejora continua de los establecimientos médicos del Programa.

Como es posible observar a partir del análisis de vinculación para atender este reto, el Estado mexicano cuenta con diferentes estrategias para atender la calidad de los servicios de atención a la salud, entre esta, la medición de la satisfacción de los usuarios y la acreditación de las unidades que forman parte de la red de prestadores de servicios de salud, siendo esta última la principal, ya que esta es una condición necesaria para poder integrarse a dicha red; sin embargo, y como se mostró en el capítulo 1, aún persisten rezagos en los principales indicadores nacionales sensibles a la calidad en la atención que dan cuenta de áreas de oportunidad en esta y otra estrategias dirigidas a este fin, por lo que será importante abordar el tema con mayor profundidad en futuros análisis.

*Reto 6. Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de subgrupos de población en desventaja, así como de regiones prioritarias*

Para la problemática reflejada en este reto se identificaron 17 programas vinculados; de éstos, 14 están relacionados por el objetivo, población y componentes y tres a través de sus poblaciones y componentes (ver cuadro 7). Los 17 Pp analizados contribuyen, en términos generales, a la implementación de estrategias de política pública efectivas en

materia de prevención y promoción de la salud al incorporar elementos de planeación, coordinación y focalización de las acciones en salud para la población general y la atención de grupos sociales en desventaja.

Cuadro 7. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 6.

Programa presupuestario (modalidad, nombre y dependencia)	Mecanismo de vinculación		
	Objetivos	Población	Componentes
1. S039 Programa de Atención a Personas con Discapacidad (SS)	x	x	x
2. S155 Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (Bienestar)	x	x	x
3. S200 Fortalecimiento la Atención Médica (SS)	x	x	x
4. S272 Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad (SS)**	x	x	x
5. U005 Seguro Popular (SS)	x	x	x
6. U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (SS)	x	x	x
7. E001 Prevención y Control de Enfermedades (IMSS)	x	x	x
8. E040 Servicios de Asistencia Social Integral (SS)	x	x	x
9. E041 Protección y Restitución de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (SS)	x	x	x
10. E043 Prevención y Control de Enfermedades (ISSSTE)	x	x	x
11. E044 Atención a la Salud (ISSSTE)	x	x	x
12. P018 Prevención y Control de Enfermedades (SS)*	x	x	x
13. S038 Programa IMSS-Bienestar (IMSS)	x	x	x
14. P020 Salud Materna, Sexual y Reproductiva (SS)*	x	x	x
15. S072 PROSPERA Programa de Inclusión Social (Bienestar)		x	x
16. E036 Programa de Vacunación (SS)		x	x

Programa presupuestario (modalidad, nombre y dependencia)	Mecanismo de vinculación		
	Objetivos	Población	Componentes
17. P016 Prevención y Atención de VIH/SIDA y otras ITS (SS)*		X	X

Fuente: elaboración propia.

\* Programa no social pero que inciden en la atención del reto.

\*\*Este programa se elimina en el Presupuestos de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal 2019.

Considerando que el reto busca priorizar la atención de las necesidades de grupos sociales en desventaja, así como de regiones prioritarias, los resultados del análisis de vinculación se presentan agrupando los programas en relación con su población objetivo o subconjunto poblacional en el que se centran prioritariamente.

#### *Población con y sin derechohabiencia a alguna institución de salud*

- El programa *Prevención de sobrepeso, obesidad y diabetes* busca consolidar acciones de promoción, prevención y protección de la salud enfocadas a disminuir el riesgo de desarrollar sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles, por medio de la detección y diagnóstico oportuno; tratamiento y control de estos padecimientos, fomentando a su vez, mejores hábitos alimentarios y de actividad física para mitigar los efectos de la epidemia de obesidad y sobrepeso que aqueja a la población mexicana en general.
- El Pp *Atención a la Salud-ISSSTE* contribuye al aseguramiento del acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante la disminución de casos de enfermedades tratables no controladas, con la provisión de consultas médicas y atención hospitalaria. Estas acciones buscan contribuir a atender los grandes problemas de salud presentes en la población mexicana en un marco de planeación enfocada a la prevención y promoción de la salud, aun cuando estas se acoten a su población derechohabiente.
- *Prevención de enfermedades-ISSSTE* busca disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles a través de la consolidación de acciones de protección, promoción y prevención, por medio de pruebas de detección, consultas preventivas, acciones informativas y educativas en temas de salud, lo que aporta directamente a la promoción de políticas públicas con enfoque de prevención y promoción de la salud, a su vez, impacta en la limitada información sobre enfermedades relacionadas con el sexo y grupos de edad, así como sus factores de riesgo en la población derechohabiente de esta institución.

- Por su parte, *Prevención de enfermedades-IMSS*, tiene por objetivo mejorar la salud y calidad de vida de los derechohabientes mediante intervenciones que disminuyan su mortalidad por enfermedades prevenibles y los embarazos de alto riesgo. Dos de sus componentes se enfocan en la implementación de acciones preventivas y de planificación familiar, con lo que apoya a la atención de este reto en lo referente a la fragmentación de las políticas públicas al buscar la consolidación de la prevención y promoción de la salud.
- El programa *SP* contribuye a la atención de personas sin seguridad social, dando acceso a intervenciones de prevención y atención médica, quirúrgica y de especialidad en unidades que brindan servicios con calidad. Promueve el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud de la población no asegurada; así este grupo poblacional cuenta con acciones de prevención primaria, así como de promoción y detección temprana, lo que aporta a la planeación de políticas mediante la focalización a un grupo históricamente discriminado como lo es la población sin acceso a la seguridad social.
- Por último, el Pp *Prevención de enfermedades-SS* atiende a toda la población de este reto al buscar consolidar acciones de protección, promoción y prevención de la salud mediante el control de enfermedades para mejorar la salud de la población, además de aportar a la planeación e implementación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con enfoque particular a necesidades de grupos sociales en desventaja. Este programa opera a través de 23 Programas de Acción Específicos (PAE) en las 32 entidades federativas y lleva a cabo una gran diversidad de acciones sustantivas para la atención de este reto, por lo que era indispensable su mención, aun cuando este es un programa no social.

#### *Grupos sociales en desventaja*

- El programa *Atención a personas con discapacidad* contribuye al cierre de brechas en salud entre diferentes grupos y regiones del país mediante la inclusión social de personas con discapacidad, a través de acciones de atención acordes a sus necesidades, lo que ayuda a la planeación de políticas públicas enfocadas en la atención de grupos en situación de vulnerabilidad.
- El Pp *Apoyos a Personas en necesidad*, este programa desaparece de la estructura programática del PEF 2019; hasta 2018, contribuía a cerrar brechas en salud mediante alternativas de acceso de recursos y medios para mitigar la condición de vulnerabilidad, indefensión y desventaja física o mental, contribuyendo con esto a la implementación de políticas de prevención y promoción de la salud de grupos socialmente en desventaja.

- La intervención *Asistencia social* enfoca su atención en personas en situación de vulnerabilidad con discapacidad o en riesgo de presentarla, así como en sujetos de asistencia social y otros grupos en desventaja. El programa pretende cerrar brechas existentes en salud entre grupos y regiones del país mediante el acceso a servicios de integración social, recreación, capacitación y rehabilitación; esto, a través de servicios asistenciales y recreativos para los grupos en mención y consultas médicas y paramédicas especializadas. Así, favorece a la reducción de la fragmentación de políticas públicas en torno a la prevención y promoción de la salud, con especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad.
- Por su parte, el programa de *Protección niñas, niños y adolescentes*, tiene como objetivo proteger y restituir los derechos vulnerados o restringidos a niñas, niños y adolescentes. En lo que concierne a su vinculación con este reto, el programa atiende a la población ya mencionada que ha sido objeto de maltrato o privación de derecho a través de planes de restitución y protección de estos; lo que es consistente con el planteamiento del reto en cuanto a la atención de necesidades de grupos sociales en desventaja.
- El Pp *Apoyo a instancias de Mujeres*,<sup>11</sup> atiende a mujeres en situación de violencia; grupo en situación de desventaja y vulnerabilidad. La intervención busca la construcción de una sociedad igualitaria con acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos; otorga servicios dirigidos a mujeres en situación de violencia para orientar, atender e impulsar su autonomía, reforzando la perspectiva de género necesaria para el autocuidado de la salud y la detección temprana de enfermedades.
- Por su parte, el *Programa de Vacunación* aplica productos biológicos para iniciar y/o completar esquemas de vacunación de acuerdo con la edad de la población beneficiaria (los menores de cinco y seis años, las niñas de 5to grado de primaria y las no escolarizadas de 11 años, las embarazadas, la población de 60 años y más, así como la población susceptible de 5 a 59 años no derechohabientes).
- En cuanto a los programas no sociales que atienden a grupos en situación de desventaja, el programa de *Salud Materna*, tiene como objetivo que las mujeres de 15 años y más dispongan de servicios de prevención y atención en materia de salud materna, sexual y reproductiva incluyendo servicios de anticoncepción, atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido; detección oportuna de cáncer de cuello uterino y de mama; y atención de la violencia familiar y de género, con perspectiva de género y respeto a los derechos humanos. Por su parte, el Pp *Prevención de ITS* otorga atención a la población portadora de VIH, un grupo

---

<sup>11</sup> Este programa había sido eliminado del PEF 2019, sin embargo, se volvió a integrar debido a que fue una de las ampliaciones del Ramo 20 Bienestar aprobada por la Cámara de Diputados.

históricamente discriminado y en clara desventaja social; aun cuando el objetivo de este programa se enfoca a la recepción de tratamiento antirretroviral oportuno de su población objetivo, a través de uno de sus componentes lleva a cabo proyectos de prevención para población clave financiados por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida). A pesar de su clasificación como no sociales, ambos programas promueven acciones sustantivas para la atención de sus poblaciones objetivo, por lo que su mención es indispensable para la integralidad del presente análisis.

#### *Población que reside en zonas de difícil acceso geográfico*

- El *FAM* atiende a la población que habita zonas geográficas de difícil acceso. Contribuye a proporcionar servicios de salud en localidades con menos de 2,500 habitantes a través de las Unidades Médicas Móviles; también proporciona servicios de promoción, prevención y detección oportuna de complicaciones en el embarazo y de cáncer cérvico uterino. De esta manera, abona a la reducción de la segmentación de la política pública en esta materia, al sensibilizar a la población atendida respecto de la importancia de la perspectiva de género en el autocuidado y detección temprana de enfermedades.
- El *Programa IMSS-Bienestar* (antes IMSS-Prospera), se enfoca en la atención de población sin seguridad social y que habita prioritariamente en zonas rurales y urbano-marginadas. Se relaciona también con la atención de este reto a través de dos de sus componentes, otorgando servicios de prevención, detección y vigilancia epidemiológica y servicios de promoción y orientación para la mejora de la salud comunitaria.
- Por último, el hoy desaparecido *PROSPERA*, atendía a personas en situación de pobreza extrema que habitaban en los hogares beneficiarios del programa. Un elemento central de la intervención era que promovía las corresponsabilidades en educación básica, media superior y en salud a través del Paquete Básico Garantizado de Salud (PBGs). Así, por medio de este último, se facilitaban acciones específicas para promover la corresponsabilidad de la población objetivo respecto del cuidado de su salud, a su vez, los servicios de atención médica que recibían las familias beneficiarias permitían realizar actividades de revisión periódica y seguimiento para promover hábitos saludables y prevenir la aparición de enfermedades.

A partir del análisis de los 17 Pp vinculados con el reto 6, se encontró que existen temas comunes que articulan apuestas de política pública en materia de salud, por ejemplo, programas que buscan incrementar la sensibilización de la población acerca de la importancia de la perspectiva de género para el autocuidado de la salud y la detección

temprana de enfermedades que impactan a las mujeres, otros que buscan consolidar esquemas de prevención y promoción de la salud para enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como brindar servicios de salud oportunos a grupos en situación de vulnerabilidad e históricamente en desventaja social; esquemas de política que, a primera vista, parecen acordes a las necesidades del perfil epidemiológico actual de la población mexicana, sin embargo, existen áreas de oportunidad que se deben contemplar para mejorar el desempeño de estos, pero más aún se requiere promover evaluaciones que vayan más allá de su diseño y desempeño para conocer los resultados generados en la población beneficiada a partir de estos programas, así como dar un lugar prioritario a la promoción de la salud y la prevención en todos los niveles de atención.

*Reto 7. Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas.*

La epidemia de sobrepeso y obesidad que enfrenta el país requiere atención especial. Así, el análisis de la oferta de programas federales presupuestarios detectó 13 programas que se relacionan con la atención de este reto en diferentes niveles. De estos, nueve se vinculan a través de los tres mecanismos (OPC) y cuatro más mediante la población y los componentes (ver cuadro 8). Estas 13 intervenciones atienden, en lo general, aspectos relacionados con servicios de promoción, prevención y atención a la nutrición, incluyendo el Sobrepeso y la Obesidad (SO); mejorando el acceso a servicios preventivos y de atención médica; detección, tratamiento y control de SO y diabetes.

Cuadro 8. Relación de programas y acciones vinculados con el reto 7.

Programa presupuestario (modalidad, nombre y dependencia)	Mecanismo de vinculación		
	Objetivos	Población	Componentes
1. S038 Programa IMSS-Bienestar (IMSS)	x	x	x
2. S072 PROSPERA Programa de Inclusión Social (Bienestar)	x	x	x
3. S200 Fortalecimiento a la Atención Médica (SS)	x	x	x
4. U005 Seguro Popular (SS)	x	x	x
5. U008 Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (SS)	x	x	x
6. E043 Prevención y Control de Enfermedades (ISSSTE)	x	x	x

Programa presupuestario (modalidad, nombre y dependencia)	Mecanismo de vinculación		
	Objetivos	Población	Componentes
7. E044 Atención a la Salud (ISSSTE)	x	x	x
8. P018 Prevención y Control de Enfermedades (SS)*	x	x	x
9. G004 Protección contra Riesgos Sanitarios (SS)*	x	x	x
10. S155 Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (Bienestar)		x	x
11. E001 Prevención y Control de Enfermedades (IMSS)		x	x
12. E012 Prestaciones Sociales (IMSS)		x	x
13. E018 Suministro de Claves de Medicamentos (ISSSTE)		x	x

Fuente: elaboración propia.

\* Programa no social pero que inciden en la atención del reto.

De los 13 programas vinculados al reto, se destaca lo siguiente:

- A través de uno de sus componentes, el *FAM* otorga servicios de atención primaria a la salud, que incluye las acciones de prevención primaria como detección temprana de enfermedades y mejorar el lenguaje para explicar a los usuarios su condición médica, así como de prevención secundaria para la población que actualmente cursa con problemas de Síndrome Metabólico, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial; con estas acciones se busca enfrentar limitaciones en la continuidad de la atención, con lo que se contribuye a atenuar el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles, con un mejor control, para evitar complicaciones en la población de comunidades dispersas.
- *IMSS-Bienestar* atiende al sector de la población mexicana que no cuenta con seguridad social y que habita en localidades de alta y muy alta marginación a través de acciones de salud pública, acción comunitaria y atención a la salud que fomentan servicios de prevención, detección, vigilancia epidemiológica y entrega de medicamentos que, en conjunto, fomentan el control de la obesidad y el sobrepeso, ayudando a su contención.
- El *SP* se vincula a través del objetivo específico que busca que la población que carece de seguridad social cuente con acceso a las intervenciones de prevención de enfermedades y atención médica, quirúrgica y especialidad en unidades de salud con calidad y, en su único componente, se promueve el acceso efectivo y

con calidad a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud. Estas acciones permiten a la población no asegurada, el acceso de estrategias de prevención primaria, de promoción y detección temprana, y de prevención secundaria, control adecuado y continuidad en la atención; con ello se contribuye a contener el avance del sobrepeso y obesidad en la población no derechohabiente y de sus comorbilidades.

- *Prevención de sobrepeso, obesidad y diabetes* busca la disminución de los riesgos de desarrollar sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles mejorando los estilos de vida. El programa consolida acciones de protección, promoción y prevención de enfermedades con actividades de detección, tratamiento y control de obesidad. Cabe destacar que es la intervención gubernamental más directa para atender a este reto. Es relevante considerar que para lograr que la población mexicana modifique sus estilos de vida en los aspectos mencionados, es esencial que transite de la aceptación, al uso y continuidad en el cuidado de su alimentación y de su activación física.
- *Prevención de enfermedades-ISSSTE* pretende consolidar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, dentro de las que se incluyen el sobrepeso y la obesidad. Busca también disminuir los casos de las enfermedades referidas, aplicar pruebas de detección, otorgar consultas preventivas y realizar acciones informativas, lo que contribuye a contener el avance de la incidencia de la epidemia de obesidad y diabetes. Dentro de esta intervención se llevan a cabo acciones específicas para la atención de la epidemia de sobrepeso y obesidad, como las del *Programa Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad* el cual diseña planes de alimentación personalizados para que la población derechohabiente adopte mejores hábitos alimenticios y además fomenta la actividad física. El propósito de *Atención a la salud-ISSSTE* es la disminución de casos de enfermedades tratables no controladas, por medio de atención médica hospitalaria y consultas médicas que ayudan a disminuir el avance del sobrepeso y la obesidad.
- La vinculación de *PROSPERA* se fundamenta en que este buscaba potenciar las capacidades de las personas en situación de pobreza a través de acciones que incidían positivamente en la alimentación, la salud y la educación y, específicamente, a través del componente de corresponsabilidad con el Paquete Básico Garantizado de Salud (PBGs) y apoyos en especie, que incluye actividades de monitoreo continuo de la salud de acuerdo con la etapa de vida, lo que permitía la detección temprana de estas condiciones y su seguimiento.

- *Prevención de enfermedades-SS* se enfoca en promover que la población nacional reciba acciones de promoción, prevención y control de enfermedades a través de los servicios estatales de salud.
- *Protección contra riesgos* construye estrategias para el análisis de riesgos sanitarios que afectan a la población mexicana, específicamente a través de su componente: Medicamentos seguros, eficaces y accesibles, autorizados y vigilado, lleva a cabo acciones para mejorar la información de contenido calórico nutricional de los alimentos y bebidas que consume la población. Con estas acciones se atiende la inadecuada percepción, en general, de que el problema de SO es sólo responsabilidad de las instituciones de salud.
- *Prevención de enfermedades-IMSS* realiza acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre las que se encuentra el SO, -este otorga un paquete de acciones preventivas por grupo de edad y sexo, el cual incluye actividades relacionadas con la promoción de la salud, vigilancia del estado de nutrición, prevención, detección y control de enfermedades, así como de salud sexual y reproductiva, estas acciones se enmarcan en la estrategia *PREVENIMSS*.<sup>12</sup>
- *Prestaciones sociales*, en general, busca que la población derechohabiente del IMSS presente menor morbilidad y, en particular, mediante uno de sus componentes, ofrece cursos y talleres de capacitación y adiestramiento técnico, promoción de la salud, cultura física y deporte y desarrollo cultural; lo que busca contener el avance en la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso con especial atención en el grupo de infantes y mujeres adultas.
- *Apoyo a instancias de mujeres* otorga servicios dirigidos a mujeres en situación de violencia para orientar, atender e impulsar su autonomía, de esta manera también aporta elementos indispensables para la apropiación del autocuidado, condición necesaria para disminuir la incidencia de SO entre este grupo, el más afectado por esta epidemia.
- Finalmente, *Claves de medicamentos* contribuye a través de su objetivo y único componente con la dotación de medicamentos completos prescritos vía receta médica a la población derechohabiente del ISSSTE, mediante el cual se realizan acciones para mejorar la continuidad en la atención, el control adecuado de las

---

<sup>12</sup> Es una estrategia que integra varias acciones dirigidas a las personas derechohabientes del IMSS, entre las que destacan: la promoción a la salud, la evaluación del estado nutricional; que consiste en la medición de peso y talla con obtención del índice de masa corporal. También contempla acciones como tamiz neonatal, vacunación, detección de enfermedades, promoción y otorgamiento de métodos de planificación familiar, entre otros.

enfermedades crónicas no transmisibles y el monitoreo del control metabólico del paciente para evitar las complicaciones derivadas del pobre manejo de éstas.

El análisis de la oferta de intervenciones federales observó que 13 programas atienden aspectos relacionados a la problemática del reto 7, a través de servicios de promoción, prevención y atención a la nutrición, así como acceso a servicios preventivos y de atención médica; detección, tratamiento y control de sobrepeso, obesidad y diabetes. Sin embargo, destaca que *Prevención sobrepeso, obesidad y diabetes* es la intervención gubernamental más directa para atender a este reto y solo se enfoca a población no derechohabiente, mientras que el IMSS y el ISSSTE no tienen un programa presupuestario específico dirigido a atender la epidemia entre sus derechohabientes. Esto es importante debido a las crecientes presiones que la epidemia de sobrepeso y obesidad ejerce sobre el Sistema Nacional de Salud, lo que justificaría el diseño e implementación de acciones con presupuesto propio destinado a la atención de la misma. Aun con esto, conviene subrayar la existencia de acciones y estrategias como el *Programa Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad* y la estrategia *PREVENIMSS* que coadyuvan en la atención de la problemática del reto en su población derechohabiente.

Otro elemento para destacar es que tampoco existen programas vinculados con el reto 7 que focalicen su atención al grupo de niños y niñas menores de edad, lo que se considera relevante dado el contexto mexicano en el que uno de cada tres niños tiene sobrepeso o es obeso (Coneval, 2018a), por lo que debe ser un elemento clave a considerar en la planeación futura de políticas en salud para dar atención prioritaria a este subgrupo de población.

Por último, es necesario considerar que, para enfrentar de manera efectiva este flagelo social, las acciones deben ir más allá del sector salud y su estructura programática, ya que se ha reconocido la presencia de un ambiente obesogénico como una de las principales causas del incremento en la incidencia y prevalencia de estas condiciones en la población mexicana, el cual depende de múltiples factores sociales, económicos y culturales, que vuelven indispensable la formulación de una política integral, multisectorial, con participación de todos los niveles de organización del Estado para lograr desmantelar la estructura sobre la que se asientan estos fenómenos.

#### *Programas vinculados con el derecho a la salud en lo general.*

Entre los programas analizados para el ejercicio de vinculación, se identificó un pequeño grupo de programas sociales que no fue posible vincular con alguno de los retos

nacionales en particular, pero que contribuyen de alguna manera en la garantía del derecho en lo general por las acciones que realizan. En este grupo se encuentran los programas de *Fortalecimiento de servicios de salud*, *Investigación y desarrollo-SS*, *Investigación y desarrollo-ISSSTE*, *Prevención de adicciones* y *Asistencia y protección* (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Relación de programas y acciones vinculados con el derecho a la salud en lo general.

Dependencia	Modalidad y clave	Nombre del programa
SALUD	U012	1. Fortalecimiento de los Servicios Estatales de Salud*
SALUD	E022	2. Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud
SALUD	E025	3. Prevención y Atención contra las Adicciones
SALUD	P013*	4. Asistencia Social y Protección del Paciente
ISSSTE	E015	5. Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud

Fuente: elaboración propia.

\* Programa no social pero que inciden en la atención del derecho.

Los programas antes enunciados contribuyen de las siguientes maneras:

- El programa de *Fortalecimiento de servicios de salud* desaparece de las estructura programática del sector en el PEF 2019 para reaparecer en la estructura de 2020, este programa transfería recursos económicos para mantener la homologación salarial de los trabajadores de la salud contratados en las entidades federativas; no se consideró vinculado con algún reto en particular dado que su población objetivo (trabajadores de la salud) no corresponde a alguna de las poblaciones identificadas de los siete retos, sin embargo, contribuye de forma indirecta a fortalecer la presencia de recursos humanos para la salud en las entidades federativas.
- Los programas de *Investigación y desarrollo-SS* e *Investigación y desarrollo-ISSSTE*, contribuyen a la generación de investigaciones y conocimiento en temas prioritarios de salud que pueden mejorar el bienestar de la población, así como resolver problemas de salud mediante la profesionalización de su población objetivo que son profesionales de la salud con actividades docentes y de investigación, en ese sentido la mejora en la investigación y el conocimiento en el tema de salud, supone una mejora en las condiciones de salud de la población en general, por lo que igualmente de manera indirecta estarían abonando al derecho a la salud.

- En cuanto al programa de *Prevención de adicciones* busca consolidar acciones integrales para el fin que su nombre indica; la razón de su no vinculación con el reto 7, radica en que no busca promover la planeación de una política pública en la materia, sino disminuir el consumo de sustancias nocivas en la población de 12 a 17 años, sin embargo, su relevancia social es más que evidente.
- Finalmente, el programa de *Asistencia y protección* tiene como objetivo que los establecimientos del Sistema Nacional de Salud ofrezcan servicios de salud con respeto a los derechos de los usuarios, no se vinculó directamente porque su población objetivo son los prestadores de servicios de salud y las personas sujetas a investigación, pero su aporte es innegable en tanto el cumplimiento de su objetivo conlleva la salvaguarda de la integridad de los pacientes y calidad en la atención médica.

Lo anterior muestra cómo estos programas atienden cuestiones relacionadas con el salario del personal dedicado a la atención de la salud, la generación de conocimiento y tecnología en la materia, manejo de adicciones, entre otros elementos indispensables para volver operativa la garantía del derecho.

Por último, es importante mencionar que la mecánica de vinculación propuesta, meramente operativa y basada en el análisis de documentos normativos, puede no estar considerando otros mecanismos, acciones y estrategias a través de los cuales el Estado mexicano busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, por ejemplo, las Leyes, Reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas que, para el caso de esta última, son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana (SS, 2015).

## **Capítulo 3. Coordinación inter e intrainstitucional para avanzar en la garantía del derecho**

Como se ha mostrado en los capítulos anteriores, existe una serie amplia y diversa de instrumentos de política pública que el Estado emplea para garantizar el derecho a la salud de los mexicanos. Debido a esta heterogeneidad, la acción coordinada entre estos instrumentos es condición necesaria para la realización del derecho. En este sentido, este capítulo presenta una propuesta de esquema general de coordinación para los programas en el orden federal que atienden el derecho en su conjunto y, de igual manera, se proponen mecanismos específicos de coordinación para la atención de cada uno de los retos nacionales analizados.

### **3.1. Elementos conceptuales para entender la coordinación**

La coordinación se definió como la “Existencia de relaciones intencionales entre organizaciones que, al articular sus actividades, hacen posible la consecución conjunta de objetivos comunes, aunque operativamente individuales” (CONEVAL, 2015). Por su parte, Mintzberg (1989) identifica a los mecanismos de coordinación como los medios para lograr objetivos comunes a los integrantes de una organización. Establece seis mecanismos de coordinación en las organizaciones que pueden explicar las formas fundamentales en que organizan su trabajo: 1. la adaptación mutua permite la coordinación del trabajo a través de la comunicación informal; 2. la supervisión directa en la que una persona coordina el trabajo de otros a través de órdenes; 3. estandarización de los procesos de trabajo, a través de la especificación de los procesos y de la programación; 4. estandarización de los resultados, mediante la especificación de los resultados esperados; 5. estandarización de las habilidades y conocimientos, por medio de la especificación del perfil profesional requerido para ocupar un determinado puesto; 6. estandarización de las normas, se comparten normas, reglas, creencias comunes. Asimismo, García (2013) refiere que el proceso de coordinar se logra a través de diversos medios: comunicación, jerarquía, rutinas organizacionales, cooperación, confianza, contratos y normas y estándares.

Con base en estos conceptos derivados de la teoría de las organizaciones se realizó el análisis de los programas y acciones de desarrollo social, poblaciones objetivo, recursos y actores con los que el Estado mexicano propone atender los retos en el cumplimiento del derecho a la salud; a partir de ello se construyeron las propuestas de mecanismos de coordinación para cada uno de los siete retos.

### 3.2. Esquema general de coordinación

El presente análisis generó información sobre la cobertura de la estructura programática federal en atención de los diferentes retos nacionales para avanzar en la garantía del derecho a la salud, a través de la cual se proporcionan los bienes, servicios y acciones relacionados con la salud en distintos ámbitos y órdenes. Con base en este conocimiento, es posible proponer modelos de coordinación que, desde una perspectiva integral, articule la atención de los retos y vincule a los principales actores identificados a nivel intra e intersectorial.

Para poder plantear un esquema que sintetizara los diferentes elementos necesarios para la actuación conjunta de los instrumentos que atienden el derecho, fue necesario partir de un problema común que explicara el estado actual de la salud en el país; este problema general fue inferido de las causas que dan origen a los diferentes retos y se plantea como: “Alta presencia y avance de enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente del sobrepeso y la obesidad, potenciada por la ausencia de un sistema nacional de salud con capacidad y suficiencia de recursos e infraestructura para brindar servicios de prevención, promoción, atención, control y seguimiento con calidad para todas las personas, pero que haga énfasis en las necesidades derivadas de los perfiles epidemiológico y sociodemográfico de la población para generar mecanismos de planeación por problemas y no por programa”.

En esta problemática se identifica un origen multicausal con responsabilidades que corresponden igualmente a la población, a las instituciones de salud y a los tres órdenes de gobierno. Entre las principales causas que condicionan el problema se identifican: 1. Falta de coordinación y rectoría de la SS, 2. Insuficiencia e inadecuado aprovechamiento de recursos económicos, materiales y humanos; 3. Normatividad ineficiente para la integración de los servicios de salud; 4. Servicios de salud poco resolutivos, poco oportunos y de baja calidad; 5. Falta de un enfoque de planeación de política pública orientado a brindar servicios preventivos de salud, y 6. Baja correspondencia de la población para el autocuidado de la salud.

Los principales efectos derivados de la problemática planteada podrían definirse en dos ámbitos: 1. En las personas, como aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de mayor complejidad, complicaciones y discapacidades; aumento en los gastos de bolsillo y catastróficos por motivos de salud; pérdida de años de vida saludable; disminución del desempeño escolar y productividad laboral entre otros, y 2. En los servicios de salud: saturación de los servicios de atención médica; tiempos de espera

elevados para recibir atención; incremento en los costos de atención y alto gasto institucional.

Para atender de forma conjunta y simultánea las causas y los efectos planteados, se requiere de una estructura de coordinación federal que considere la integralidad e interdependencia de los retos nacionales identificados. Con esto en mente, el estudio de retos permite concluir tres aspectos relevantes respecto de su integración, interrelación e interdependencia. En primer orden, de los siete retos, existen uno que reflejan el principal problema de salud en México: el reto 7, referente a la epidemia de sobrepeso y obesidad que está igualmente asociado al incremento de enfermedades crónicas no transmisibles. Este reto se considera sustantivo debido a que su resolución generaría un efecto directo sobre el estado de salud de la población y el desarrollo social.

En segundo orden, de los seis retos restantes, se considera que cinco se relacionan con elementos necesarios para lograr la atención resolutive del reto siete; se les reconoce como retos adjetivos y son: Reto 1. Integración del sistema público de salud; Reto 2. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud; Reto 3. Aumentar la infraestructura en salud con énfasis en el primer nivel de atención; Reto 4. Aumentar la generación de recursos humanos para la salud; y Reto 5. Mejorar la calidad de los servicios de salud.

En tercer orden, el reto 6 vinculado con la planeación de políticas públicas en materia de salud con un enfoque de prevención y promoción, se considera el puente o vínculo que relaciona a los 5 retos adjetivos con el reto sustantivo 7. Es decir, el esquema de coordinación federal debe considerar que, para lograr resolver el reto 7, será necesario atender, de manera integral, los retos del 1 al 5 y utilizar un enfoque de planeación acorde con el reto 6.

Otro elemento relevante identificado para la formulación del esquema general atañe a la participación de actores estratégicos cuyo involucramiento es indispensable para el correcto funcionamiento del esquema, algunos de los actores identificados y sus funciones son:

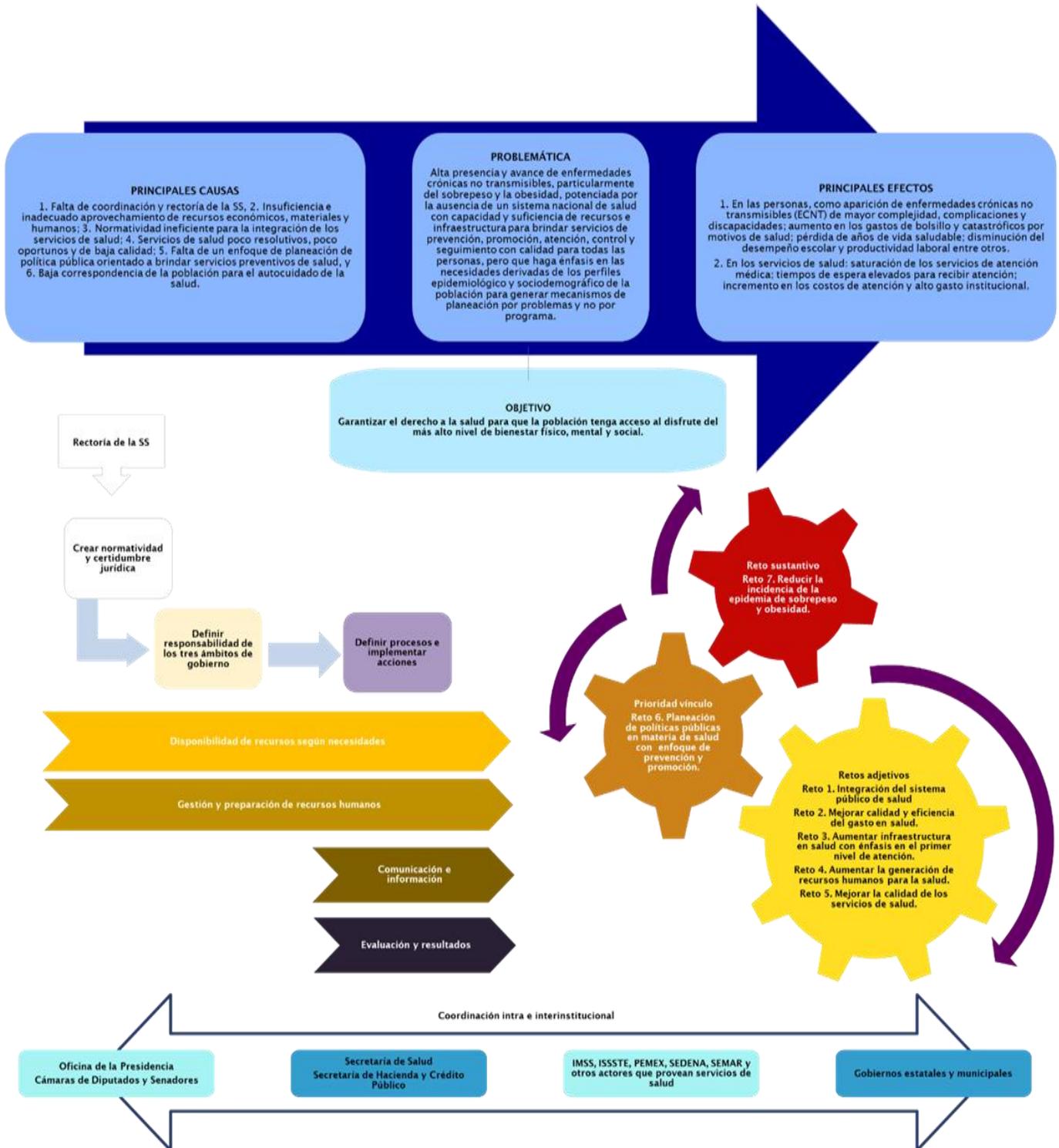
- Poder legislativo federal: generar la normatividad que permita las acciones coordinadas entre los distintos actores/operadores de la política pública.
- Poder ejecutivo federal: fortalecer y difundir el marco normativo correspondiente para delimitar responsabilidades de actores en torno a la estructura de coordinación federal.

- SHCP: realizar la asignación presupuestal para que la estructura de coordinación, actores, y programas cuenten con suficiencia de recursos.
- SS: realizar la planeación programática con un enfoque coordinado y dirigir las acciones para cumplir con el objetivo de incidir en la resolución de la problemática planteada, permitiendo atender con integralidad los retos nacionales.
- IMSS, ISSSTE, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Servicios Estatales de Salud: como instancias ejecutoras, deberán implementar las disposiciones de la SS y dar seguimiento al marco normativo para fomentar la coordinación efectiva de la estructura programática federal para la atención de los retos nacionales.

Los planteamientos formulados corresponden a la propuesta de coordinación en el ámbito federal; es claro que también se requiere precisar el qué, el cuándo y el cómo sería la participación de otras organizaciones de los sectores público, social y privado y, fundamentalmente, de los ámbitos de gobierno estatal y municipal.

Con base en el análisis anterior se plantean, de manera general, los mecanismos necesarios a implementar para lograr una coordinación efectiva : 1. Establecimiento de normatividad y certidumbre jurídica; 2. Delimitación de responsabilidades por orden de gobierno; 3. Preparación y gestión de recursos humanos; 4. Definición de procesos e implementación de acciones; 5. Disponibilidad de recursos respecto a necesidades; 6. Generación de información y comunicación; y 7. Medición de logros y evaluación de resultados. Cada mecanismo general está relacionado con mecanismos específicos planteados en el análisis individual de cada uno de los retos, mismos que se describirán en el apartado siguiente. En conjunto, la integración de estos mecanismos de coordinación conforma la propuesta de estructura general para la coordinación, a nivel federal, necesaria para dar una atención conjunta y resolutive de los siete retos nacionales (ver figura 1).

Figura 1. Esquema general de coordinación para la garantía del derecho a la salud



Fuente: elaboración propia.

### **3.3. Esquemas de coordinación para la atención de cada uno de los retos nacionales en materia del derecho a la salud**

Además de una propuesta general de coordinación, se consideró que existen acciones concretas que pueden llevarse a cabo entre los programas vinculados con cada reto para mejorar su coordinación y así su atención a las condiciones que los originan, estas propuestas de acción se presentan en el presente apartado.

*Reto 1. Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo la fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales; Reto 2. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive de las necesidades prioritarias de atención de la población*

Tal y como se presentó en el capítulo 2, la propuesta de coordinación de los retos 1 y 2 se expondrá de manera conjunta en el presente apartado, ya que los elementos que necesitarían coordinarse para estos fines son en esencia los mismos.

El rol de la coordinación intra en interinstitucional es fundamental para avanzar en la integración del Sistema Nacional de Salud. Este sistema debe dar cabida con igualdad de oportunidades de acceso y atención a toda la población y ofrecer servicios oportunos, de calidad y con un enfoque específico en los determinantes sociales de la salud para atender las necesidades sociodemográficas y epidemiológicas de la población. Aunado a esto, los recursos financieros revisten especial importancia para garantizar el derecho a la salud; al condicionar la disponibilidad de recursos humanos, materiales, equipamiento, medicamentos e infraestructura para facilitar el acceso efectivo y el otorgamiento de los servicios de salud. La OMS refiere que la financiación de los sistemas de salud es uno de los elementos básicos para que la población tenga acceso a los servicios de salud necesarios y esté protegida contra el riesgo de incurrir en gastos de bolsillo y catastróficos que pongan en peligro su estabilidad económica y los lleve al empobrecimiento derivado del pago de estos servicios (OMS, 2018).

La atención de la problemática relacionada con los retos 1 y 2 tendría un impacto directo en los restantes retos, generando un avance progresivo en la atención y garantía del derecho a la salud. De manera general, es necesario mejorar los mecanismos de coordinación entre instituciones públicas de salud para lograr la integración del sistema público de salud y mejorar la calidad y eficiencia del gasto.

En la construcción de la propuesta de coordinación, se consideraron que los mecanismos de carácter jurídico tienen la mayor ascendencia para dar certidumbre a la atención de los retos. En este contexto, no se identificó alguna expresión jurídica

que establezca elementos para avanzar en la integración de un sistema público de salud; existen esfuerzos programáticos que, en diferentes etapas en las últimas dos décadas lo han intentado; sin embargo, los resultados no obtenidos están a la vista. Para cada mecanismo de coordinación propuesto se ofrece un conjunto mínimo de acciones necesarias para su realización (ver figura 2). Se propone que el reto sea atendido con la implementación de los siguientes mecanismos de coordinación:

*Mecanismos de coordinación sugeridos para la atención integral de los retos*

**1. Certidumbre jurídica del sistema de salud**

- Definir el marco jurídico para la integración del sistema público de salud.
- Definir las atribuciones y responsabilidades de los principales actores involucrados: SS, Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR).

**2. Consolidación de la función rectora de la SS**

- Definir en el marco jurídico a la SS como dependencia rectora del sistema público de salud.
- Establecer las atribuciones y responsabilidades de la SS para mandar, coordinar y dirigir la integración de los servicios de salud públicos.
- Asegurar a la SS plena disponibilidad de recursos financieros, materiales y humanos para la realización de actividades relacionadas con la integración y coordinación del sistema público de salud.
- Atribuir a la SS y la SHCP la responsabilidad de construir esquemas de eficiencia de gasto y homologación de procesos para mejorar la efectividad coordinada del ejercicio del gasto bajo el esquema de un sistema público de salud integrado sin fragmentaciones por condiciones de derechohabencia o no de seguridad social.

**3. Portabilidad en salud**

- Eliminar las barreras institucionales de atención por condición de derechohabencia.
- Asegurar pleno acceso a servicios de salud públicos con base en criterios de cercanía geográfica y disponibilidad de infraestructura, recursos materiales y humanos.

**4. Determinar las capacidades del SNS para la atención de las necesidades de salud de la población**

- Elaborar diagnósticos, estudios y evaluaciones para identificar las necesidades prioritarias en cuanto a los determinantes de la salud, los perfiles epidemiológico y sociodemográfico de la población, así como el inventario de recursos físicos, humanos y materiales de los que se dispone y los que serían necesarios para atender dichas necesidades.

- Estandarizar procesos de trabajo para hacer eficiente el gasto en salud en todas las instituciones vinculadas al sistema público de salud integrado.
- 5. Potencialización de la universalización de los servicios de salud**
- Establecer convenios interinstitucionales tanto en el orden federal como estatal, bajo la rectoría de la SS, para coordinar y potenciar la universalización de los servicios de salud.
- 6. Delimitación de la participación gubernamental**
- Definir las responsabilidades de los gobiernos estatales y municipales en el proceso de integración del sistema público de salud, para lograr la universalización de los servicios sin fragmentación por condición de derechohabencia o limitantes de acceso por condición de seguridad social.
  - Homologar esquemas de atención con instituciones estatales y municipales que brindan servicios de salud para mejorar procesos y elevar la calidad y eficiencia en el uso del gasto.

Figura 2. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención de los retos 1 y 2



Fuente: elaboración propia

Los mecanismos de coordinación referidos constituyen el marco programático para la actuación de las dependencias e instituciones que integran el actual sistema nacional de salud; con base en la integración de los mecanismos y acciones de coordinación propuestos en este apartado, así como del análisis de vinculación se considera oportuno evaluar la necesidad de rediseñar los programas ya existentes y complementarlos con Pp nuevos que atiendan las causas que originan los problemas relacionados con los retos. Ya que, lograr la integración del sistema público de salud, así como mejorar la calidad y eficiencia del uso de recursos financieros para la atención de la salud de la población tendría un impacto positivo y directo en los otros retos, contribuyendo al avance progresivo en la atención integral y garantía del derecho a la salud.

*Reto 3. Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico*

De acuerdo con el análisis expuesto en el capítulo 2, se identificaron seis programas vinculados con el reto 3, que atienden algunos de las causas relacionadas con la problemática en la que se enfoca este reto.

Los mecanismos para lograr la coordinación intra e interinstitucional de este reto se relacionan con la estandarización de la normatividad y de los procesos de trabajo vinculados con la especificación de los procesos y de la programación. La Ley General de Salud otorga a la Secretaría de Salud la facultad para coordinar el SNS; en el artículo 45 le confiere la atribución de “vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud [...]” (CD, 1984). Se han identificado esfuerzos aislados de la SS, el ISSSTE y el IMSS para fortalecer la infraestructura en salud.<sup>13</sup> Es de resaltar que no se identificó alguna normatividad que establezca que la planeación y desarrollo de la infraestructura deba realizarse de manera conjunta por todas las instituciones que conforman el sector salud. De esta manera, se considera que el reto podría atenderse de manera integral con los siguientes mecanismos de coordinación y sus respectivas acciones (ver figura 3):

*Mecanismos de coordinación sugeridos para la atención integral del reto*

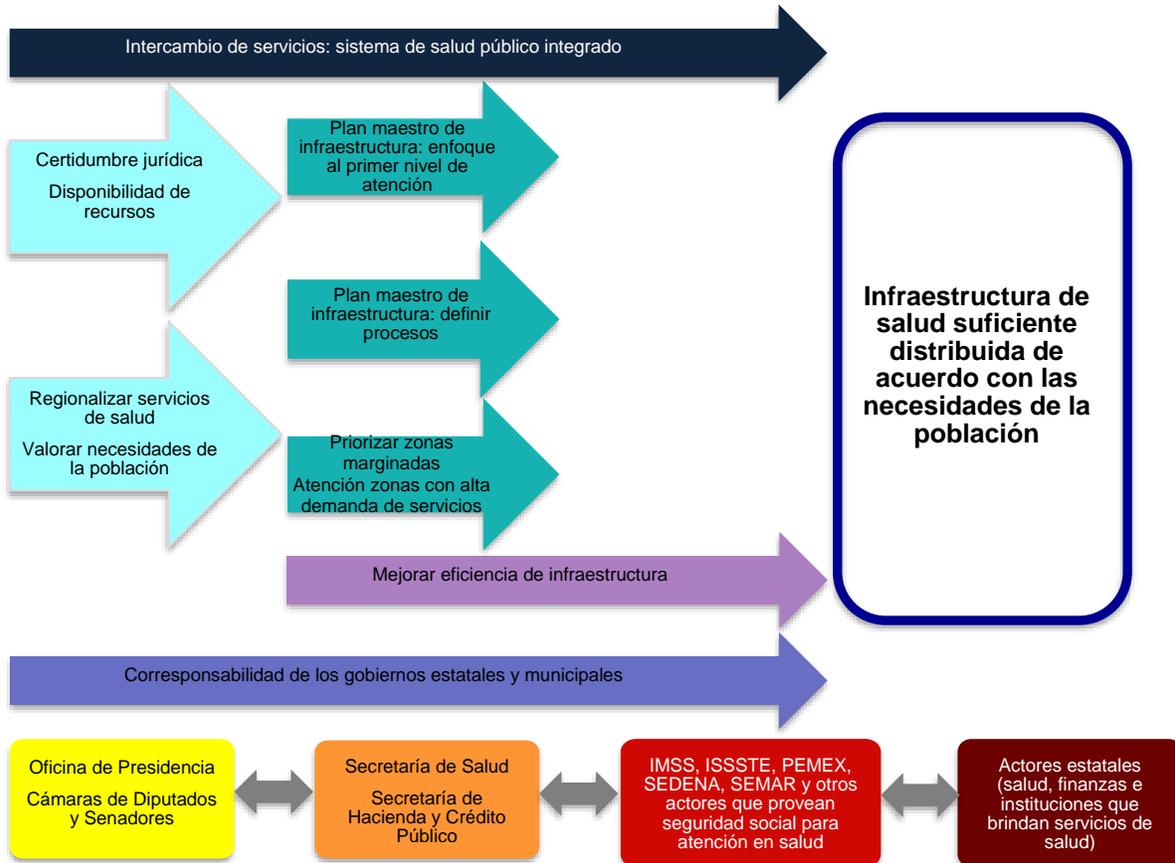
---

<sup>13</sup> La SS y el ISSSTE cuentan con instrumentos rectores explícitos: la SS con el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud y el ISSSTE con el Plan Rector para el Desarrollo y Mejoramiento de la Infraestructura y los Servicios de Salud (SS/PMI, 2018) (ISSSTE/PRDMISS, 2010). El IMSS refiere un Plan de Infraestructura para el trienio 2016-2018 (IMSS/PI, 2016).

- 1. Certidumbre jurídica para la planeación de la infraestructura en salud**
  - Definir el marco jurídico para consolidar una estrategia de planeación sectorial para el desarrollo y mantenimiento de la infraestructura en salud.
  - Asegurar la disponibilidad de recursos para la creación y mantenimiento de infraestructura en salud.
- 2. Regionalización de los servicios de salud**
  - Priorizar zonas marginadas de difícil acceso geográfico y analizar las estrategias disponibles para mejorar su acceso a los servicios de atención médica.
  - Analizar la pertinencia de crear nuevas unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención para zonas de mayor concentración geográfica que presenten un exceso de demanda por servicios de salud.
  - Considerar las poblaciones objetivo y atendida de cada unidad médica para valorar las necesidades de infraestructura y recursos materiales en puntos focalizados de mayor demanda.
- 3. Implementación adecuada del plan maestro de infraestructura en salud integrado**
  - Construir procesos y lineamientos para operar adecuadamente el plan maestro de infraestructura en coordinación con todos los sectores involucrados.
  - Enfocar el plan maestro de infraestructura en la creación y distribución de unidades médicas del primer nivel de atención de acuerdo con el perfil de salud de la población y sus necesidades.
  - Establecer mecanismos para impedir la construcción de infraestructura fuera del plan, para evitar el dispendio de los recursos, que pueden obedecer a decisiones políticas.
- 4. Mejora de la eficiencia de la infraestructura en salud disponible**
  - Consolidar la portabilidad e intercambio de servicios entre instituciones para utilizar espacios disponibles con baja demanda por servicios de salud.
  - Rehabilitar unidades médicas en desuso para incrementar la oferta de espacios de atención a la salud.
  - Modernizar unidades médicas existentes para ofrecer servicios completos, oportunos y adecuados a las necesidades de la población.
  - Incrementar la disponibilidad de recursos financieros, de equipamiento y humanos para el aprovechamiento completo de los espacios disponibles en las unidades médicas.
- 5. Delimitación de la corresponsabilidad de los gobiernos locales en el fortalecimiento de la infraestructura en salud:**
  - Definir las responsabilidades de los gobiernos locales y municipales en el plan maestro de infraestructura para la rehabilitación y creación de infraestructura.

- Incluir presupuestalmente a los gobiernos estatales y municipales para incrementar la disponibilidad de recursos financieros enfocados al mantenimiento, rehabilitación y creación de infraestructura en salud.

Figura 3. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 3



Fuente: elaboración propia.

Los mecanismos de coordinación aquí especificados aluden a acciones concretas que se sugiere articular para lograr una actuación participativa interinstitucional de las dependencias e instituciones que integran el actual SNS.

*Reto 4. Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación de los mismos y definiendo mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado*

Un componente indispensable para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud con calidad es contar con personal calificado, distribuido en todas las localidades del país. La formación de recursos humanos para salud con calidad implica que los agentes de la salud cuenten con las competencias idóneas para realizar acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación y rehabilitación a las personas, sin discriminación y con sensibilidad social (ACNUDH, 2000). Un atributo esencial de las redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria a la salud, establece que los recursos humanos para la salud (RRHH) deben ser suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red, para participar en un modelo de atención multidisciplinario que cubra toda la población y satisfaga la mayoría de las necesidades de salud (Cruz, 2013). Esto implica dos tareas, la primera de ellas concierne a mantener actualizado al personal de salud en conocimientos y habilidades para atender los problemas vigentes y los emergentes de salud, mientras que la segunda tarea implica lograr que los RRHH formados se distribuyan de una forma equitativa en función de las necesidades regionales de salud que caracteriza al país.<sup>14</sup>

Los RRHH son estratégicos para el buen desempeño de todo sistema de salud. Los esfuerzos deben estar enfocados en desarrollar una fuerza laboral para la salud que esté disponible, tenga arraigo en las comunidades, sea competente, productiva y responda a las necesidades de la población con prioridad hacia la prevención y promoción de la salud. El sector público enfrenta diversos desafíos respecto a los RRHH: una insuficiente relación de RRHH por número de habitantes con estándares internacionales; concentración geográfica no acorde a las necesidades de salud y ausencia de conocimiento y habilidades para atender los requerimientos estratégicos en la atención a los problemas de salud (SS, 2013a). La atención de este reto constituye un desafío para la gestión gubernamental en salud y es una responsabilidad que involucra a todas las instituciones del sistema nacional de salud y de los tres órdenes de gobierno. Con base en el análisis realizado, se proponen los siguientes mecanismos de coordinación, conformados por acciones mínimas a realizar:

---

<sup>14</sup> En México, la SS ha tenido experiencias exitosas en este sentido; en la década de los noventa el Programa de Ampliación de Cobertura conocido como el "PAC" logró la autorización de una compensación económica para el personal médico y paramédico que eligiera prestar sus servicios en las regiones del país con mayor insuficiencia de personal calificado: comunidades geográficamente dispersas y de difícil acceso. Esta estrategia de atención a la salud de los grupos en situación de vulnerabilidad, así como la infraestructura y logística disponible con el PAC (1997-1998) hicieron posible la implementación del programa Progresá, posteriormente conocido como Prospera.

### *Mecanismos de coordinación sugeridos para la atención del reto*

#### **1. Planeación de los recursos humanos con base en necesidades**

- Definir el marco jurídico para regular la planeación sectorial de RRHH.
- Elaborar un diagnóstico sectorial de las necesidades nacionales en materia de RRHH.
- Desarrollar e implementar un sistema de planeación de RRHH.
- Consolidar un sistema nacional de información de RRHH.
- Gestionar el incremento gradual y sostenido del presupuesto para RRHH.
- Determinar y garantizar la suficiencia de RRHH para atender las necesidades de salud de la población.

#### **2. Establecimiento de una política de incentivos de adscripción, permanencia y productividad para zonas prioritarias**

- Definir el marco jurídico que regule un sistema de incentivos para los RRHH.
- Diseñar mecanismos de retención de RRHH, que incluya incentivos económicos, de desarrollo profesional y de calidad de vida.
- Asegurar la estabilidad de las condiciones laborales de los RRHH.

#### **3. Alineación del perfil de la plantilla de profesionales en las unidades médicas del sector salud con las necesidades de salud de la población a nivel regional**

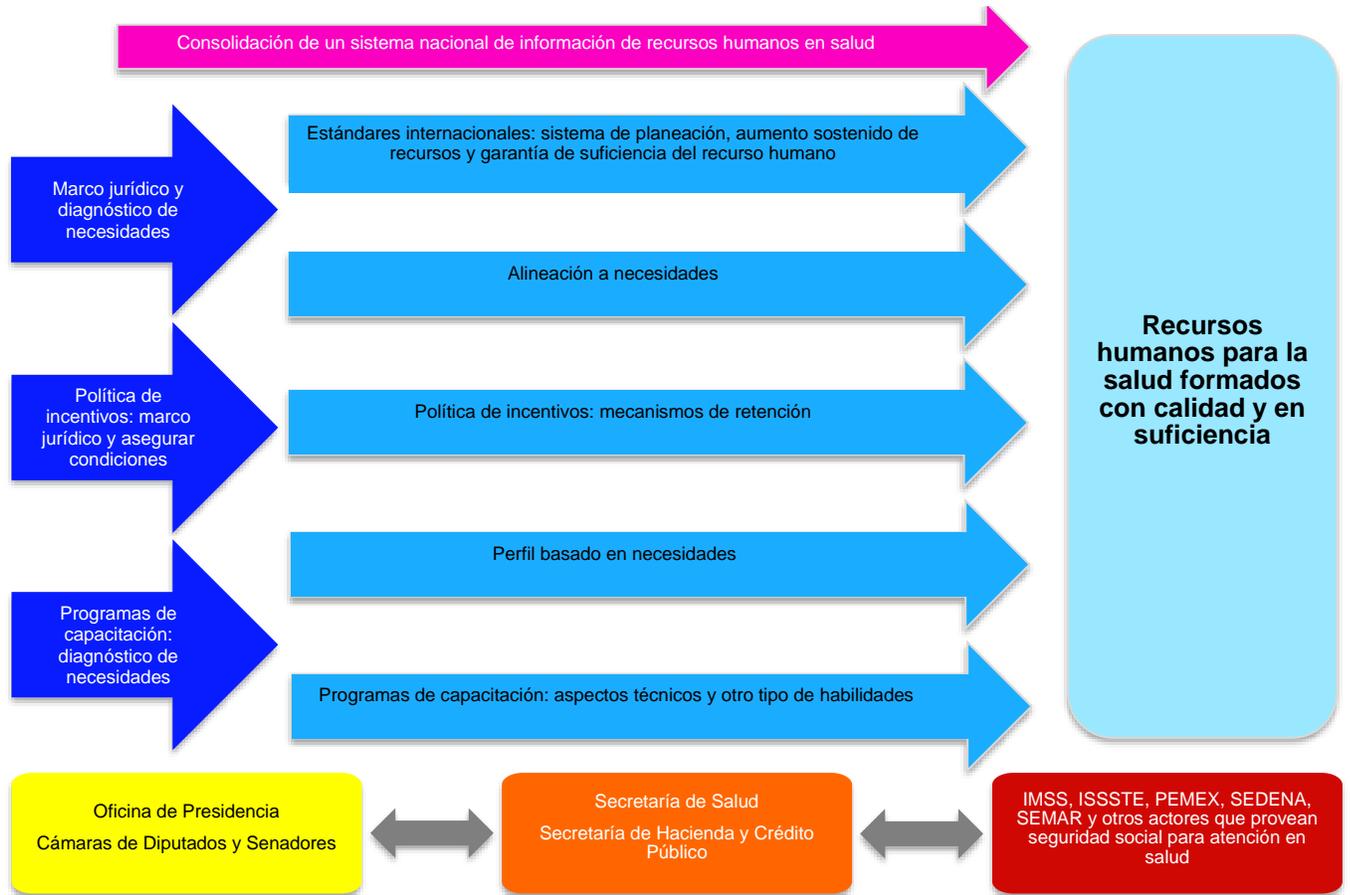
- Desarrollar mecanismos de cooperación entre instituciones formadoras de RRHH y del sector salud para la actualización de los planes de estudio de las carreras relacionadas con el área de la salud, para que sean acordes con las necesidades.
- Desarrollar mecanismos que permitan adecuar las capacidades y perfiles de los RRHH a las necesidades de salud de la población y en específico, buscar focalizar de conformidad con los requerimientos por región

#### **4. Establecimiento de programas estratégicos de capacitación y actualización para el personal de salud, que responda a las necesidades nacionales de salud**

- Realizar un diagnóstico de las necesidades de capacitación de los RRHH.
- Diseñar e implementar un plan de desarrollo de los RRHH, que incluya aspectos técnicos y el desarrollo de capacidades relacionadas con habilidades interpersonales y de comunicación, que permitan proporcionar una atención eficiente y de calidad a los usuarios.

La propuesta de mecanismos de coordinación puede observarse integrada en la figura 4 para dimensionar la vinculación y secuencia de acciones a implementar como un referente para la actuación interinstitucional de las instancias que integran el sistema nacional de salud.

Figura 4. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 4



Fuente: elaboración propia.

*Reto 5. Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias*

La calidad permite que los usuarios de los servicios de salud reciban el conjunto de servicios preventivos, de diagnóstico y atención necesarios para resolver sus necesidades y padecimientos de manera oportuna. Para lograrlo, se requiere que los servicios de salud estén disponibles con bajos tiempos de espera; con la infraestructura y equipamiento adecuados; con personal médico suficientemente capacitado y especializado que brinden al usuario la información requerida para entender su padecimiento y que exista disponibilidad suficiente de medicamentos; el conjunto de estos elementos permite que los servicios sean efectivos, resolutivos y eficientes

En México, las oportunidades de mejora en la calidad en la atención médica se centran en cuatro aspectos fundamentales: el personal médico; la disponibilidad de equipo, recursos y medicamentos; los servicios brindados; y, la comunicación efectiva con el paciente; mejorar estos elementos es fundamental para atender la problemática que caracteriza actualmente al sistema público de salud (SS, 2013a).

Es claro que, de contarse con un sistema integrado público de salud que haga uso eficiente de sus recursos económicos con adecuada infraestructura y recursos humanos suficientes y capacitados, podrá pensarse en la mejora de la calidad de la atención de los servicios médicos y de salud, en este sentido, la atención de los retos anteriores será indispensables para el avance de este. Se propone la implementación de los siguientes mecanismos de coordinación para contribuir a este fin:

*Mecanismos de coordinación sugeridos para la atención integral del reto*

#### **1. Delimitar responsabilidades y acciones**

- Estandarizar las áreas de trabajo y los procesos de atención, con la finalidad de coadyuvar en la oferta de servicios homologados y de calidad.
- La estandarización de las áreas de trabajo y los procesos deberá estar a cargo de la SS contando con la participación de las instituciones de salud, de los tres órdenes de gobierno y organizaciones sociales y privadas.
- Delimitar responsabilidades para la actuación del SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y SHCP cuya participación es estratégica.

#### **2. Hacia una cultura de generación y uso de información para la mejora continua de la calidad en salud**

- Asegurar, a través de la rectoría de la SS, que todos los servicios proporcionados por las instancias del sistema nacional de salud cuenten con calidad técnica e interpersonal, con el objetivo de disminuir la insatisfacción de los usuarios.
- Establecer lineamientos con base en los cuales se genere información (indicadores, metas, actores, tiempos) que mida la calidad de la atención en los servicios de salud de las instituciones del sistema nacional de salud.

#### **3. Mejora de la regulación y vigilancia de establecimientos médicos**

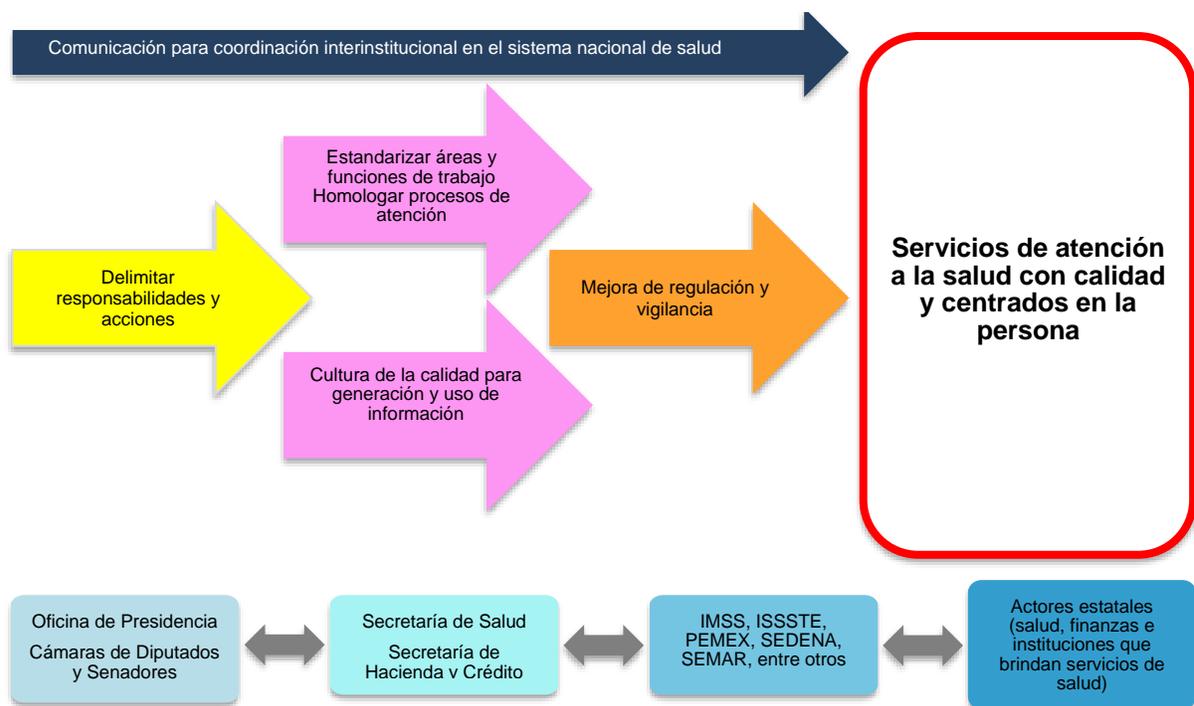
- Regular los esquemas de vigilancia de los establecimientos de atención médica para que ésta sea eficaz y oportuna.
- Incorporar mediciones a los esquemas de vigilancia del sector público y privado.
- Dar a conocer a los usuarios de los servicios y a la población en general los resultados de las mediciones a los esquemas de vigilancia.

#### **4. Comunicación como elemento central de la coordinación**

- Establecer un plan de coordinación y comunicación entre las distintas instituciones del sistema nacional de salud que permita generar acciones, en tiempo y forma, para mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud. Este plan de acción debe considerar el intercambio de experiencias y resultados para eliminar las prácticas que generen resultados negativos.

La propuesta integrada de los mecanismos de coordinación se presenta en la figura 5.

Figura 5. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 5



Fuente: elaboración propia

*Reto 6. Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de subgrupos de población en desventaja, así como de regiones prioritarias*

La atención de este reto es parte esencial del mandato al que debe responder la SS; esta responsabilidad implica coordinar y formular las políticas públicas en materia de salud. En México, un país caracterizado por la desigualdad, mejorar la salud de la población no es suficiente si no se brinda atención a los diferentes grupos sociales; solo así se podrán reducir las brechas existentes entre los diferentes

grupos poblacionales, particularmente de aquellos en situación de marginación y vulnerabilidad.

Con base en la normatividad jurídica y programática existente, se sugieren los siguientes mecanismos de coordinación para atender el reto:

*Mecanismos de coordinación sugeridos para la atención integral del reto*

**1. Fortalecimiento de la rectoría de la política nacional de salud**

- Fortalecer en el marco jurídico a la SS como dependencia rectora del sistema público de salud.
- Establecer las atribuciones y responsabilidades de la SS para mandar, coordinar y dirigir la integración de los servicios de salud públicos y de la política dirigida a las acciones de promoción y prevención en todos los niveles de atención.

**2. Planeación con enfoque en los determinantes sociales de la salud**

- Asegurar la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno para promover políticas intersectoriales, que atiendan, de forma integral y conjunta, los determinantes sociales de la salud.
- Promover la formulación de políticas intersectoriales enfocadas en crear acciones afirmativas o con focalización discriminada que privilegie a los grupos de población en situación de vulnerabilidad.

**3. Planeación por problema de salud y no por programa presupuestario:**

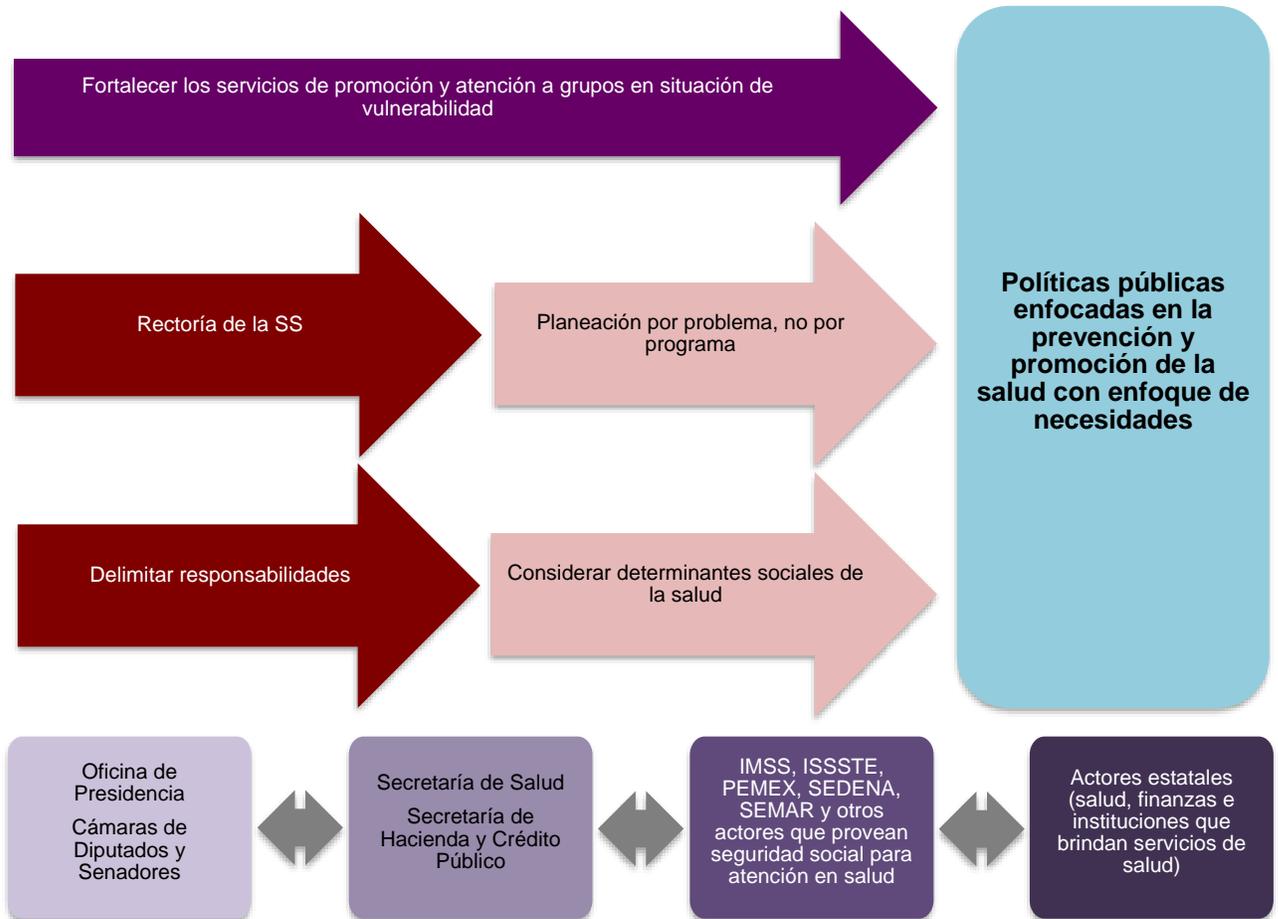
- Migrar de la planeación por programa presupuestario a la centrada en solucionar problemas sociales de salud.

**4. Delimitación de responsabilidades y acciones:**

- Fortalecer los servicios de promoción y atención para la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.
- Delimitar las responsabilidades de los siguientes actores: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y SHCP.

Se sugiere que los mecanismos de coordinación propuestos se utilicen para rediseñar el esquema de coordinación para la planeación de políticas públicas considerando la existencia de brechas en el acceso al derecho entre diferentes grupos que deberían incidir en la formulación de los programas y estrategias de atención (ver figura 6).

Figura 6. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 6



*Reto 7. Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas*

La alta incidencia de obesidad, el sobrepeso y sus comorbilidades asociadas, se han convertido en el principal problema de salud pública en el país entre todos los grupos de edad, estratos socioeconómicos y regiones geográfica. Estas enfermedades y el ambiente obesogénico que prevalece en el país han derivado en el incremento de padecimientos como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares, hasta el punto de situarse entre las principales causas de muerte (INEGI, 2017). En los últimos años, ante la magnitud y trascendencia de los casos de sobrepeso y obesidad, la SS emitió la declaratoria

de Emergencia Epidemiológica EE-3-2016 para todos los estados (CENAPRECE, 2016).

Atender la epidemia de sobrepeso y obesidad requiere de un enfoque interdisciplinario y de una actuación conjunta entre las diferentes instituciones que integral el sector y salud y de otros sectores como el educativo.<sup>15</sup> La atención de estos padecimientos rebasa las responsabilidades de las instituciones de salud; ya que el ambiente obesogénico que la condiciona requiere de la actuación conjunta de organizaciones y dependencias de los sectores público, social y privado y de la actuación institucional en los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal. Se propone que el reto sea atendido con la implementación de los siguientes mecanismos de coordinación:

*Mecanismos de coordinación sugeridos para la atención integral del reto*

### **1. Certidumbre jurídica y normativa para atender la epidemia de sobrepeso y obesidad**

- Establecer en la normatividad jurídica federal y estatal la certidumbre para llevar a cabo una estrategia nacional para la prevención y el control de sobrepeso y obesidad.
- Establecer a la SS como dependencia rectora de la coordinación de dicha estrategia nacional.
- Definir la participación y atribuciones de los siguientes actores: Oficina de la Presidencia de la República, cámaras de diputados y senadores, todas las instituciones del sistema nacional de salud: SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y, autoridades gubernamentales y de salud de las entidades federativas y de municipios.

### **2. Acción conjunta entre actores para atender la epidemia de sobrepeso y obesidad**

- Identificar a los actores intra e inter-organizacionales responsables de atender la problemática asociada con este reto; esto en el marco de la estrategia nacional para la prevención y control de sobrepeso y obesidad que se formule. Sólo con fines de ejemplificación se muestran algunas de las acciones estratégicas que podrían realizarse desde las diferentes organizaciones y sectores públicos:

---

<sup>15</sup> Como contexto para este planteamiento, si se considera a la SS como la organización responsable de dirigir y coordinar la atención del sobrepeso y la obesidad, la coordinación, desde su estructura, conlleva el establecimiento de relaciones intencionales entre actores dentro y fuera de la organización: lo intra e inter-organizacional. La coordinación intra-organizacional se refiere a la integración de todas las partes de una organización. La inter-organizacional refiere al actuar conjunto entre distintas organizaciones (Fhionnlaich, 1999).

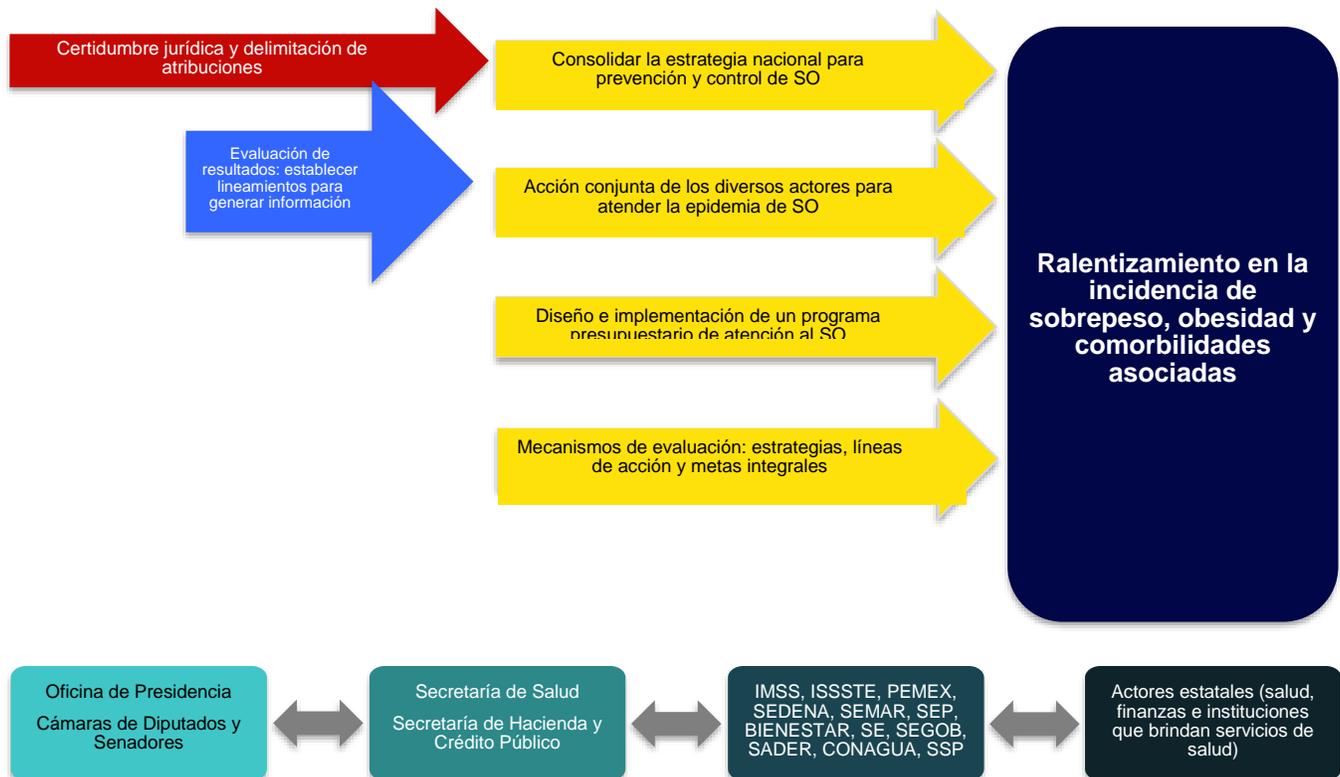
- Secretaría de Salud. Diseño, implementación y evaluación de la estrategia nacional para la prevención y control de sobrepeso y obesidad. Así como el diseño y seguimiento de los mecanismos que los actores involucrados realizaran.
- IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR. Diseño e implementación de la atención nacional para la prevención y control de sobrepeso y obesidad, así como supervisión y evaluación de su correcta operación.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Certidumbre financiera en la implementación de la estrategia nacional para la prevención y control de sobrepeso y obesidad.
- Secretaría de Educación Pública. Incorporación de la orientación nutricional al contenido educativo y vigilancia del cumplimiento de medidas para la venta y consumo de alimentos de alto contenido calórico.
- Secretaría de Bienestar. Orientación de programas de desarrollo social en pro de la estrategia nacional de sobrepeso y obesidad; en particular, la alineación de programas de apoyo alimentario.
- Secretaría de Economía. Control de la política de abasto de alimentos saludables nacionales e importados y del etiquetado de alimentos empacados.
- Secretaría de Gobernación. Concertación con cámaras de radio y televisión de la realización de campañas de difusión educativo-preventivas y el control de publicidad.
- Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural. Fomento de producción de alimentos saludables, frutas y vegetales frescos, sanidad animal y distribución de alimentos de alto valor nutricional.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Normatividad laboral para promover el abatimiento al sedentarismo; incorporación de orientación nutricional en temas laborales y campañas de activación en empresas y sindicatos.
- Comisión Nacional del Agua. Abasto de agua potable y disposición de agua pura en escuelas y centros deportivos.
- Secretaría de Seguridad Pública. Seguridad en parques y deportivos para fomentar el acceso de la población para realizar actividades deportivas que mejoren su actividad física.
- Escuelas de medicina e institutos de nutrición. Formación de profesionales en materia de nutrición y salud y capacitación en temas de nutrición a profesionales de la salud y servidores públicos.

### **3. Evaluación permanente de resultados en la atención del sobrepeso y la obesidad**

- Diseñar estrategias, líneas de acción y metas específicas a nivel interinstitucional que aseguren un enfoque integral para la atención del sobrepeso y la obesidad.
- Implementar mecanismos de evaluación conjunta, entre todos los actores involucrados, para revisar los resultados obtenidos a nivel nacional respecto de la atención del sobrepeso y la obesidad.
- Establecer lineamientos con base en los cuales se genere información (indicadores, metas, actores, tiempos) que mida el avance en la atención del sobrepeso y la obesidad.

La propuesta integrada y esquematizada de mecanismos de coordinación permite vislumbrar las necesidades y acciones para la actuación interinstitucional de las dependencias e instituciones que integran el sistema nacional de salud y de los otros sectores involucrados (figura 7). Con base en estos mecanismos de coordinación y con el análisis de vinculación expuesto en el capítulo 1, se sugiere considerar la pertinencia de ajustar o redefinir los programas ya existentes para atender de una forma integral y sistemática algunas de las causas que condicionan el problema que atiende este reto.

Figura 7. Estructura de mecanismos de coordinación para la atención del reto 7



Fuente: elaboración propia.

A manera de cierre, puede señalarse que la coordinación se ha propuesto como una respuesta a los problemas que derivan de la sectorización del aparato burocrático (CONEVAL, 2018c), esto es, ante problemas públicos complejos cuya atención requiere de la intervención de diferentes sectores, la definición de un objetivo común y la posterior articulación de acciones y actores son factores indispensables para su atención efectiva.

En este sentido, el análisis presentado en este capítulo busca identificar las tareas pendientes en materia de coordinación y trazar una ruta probable, reconociendo que pueden existir otras vías, para la atención de los retos nacionales y avanzar en la garantía del derecho a la salud.

Se identificaron algunas tareas comunes en materia de coordinación para la atención de los siete retos, estos son: adecuación del marco jurídico, específicamente en cuanto a la consolidación de acciones para favorecer que la Secretaría de Salud cumpla con lo descrito en el artículo 7o de la Ley General de Salud como órgano rector del sector, lo que facilitaría la acción concertada y ordenada de las intervenciones dirigidas a un mismo objetivo; determinación de necesidades y prioridades de atención; disponibilidad de recursos y determinación de capacidades; planeación estratégica; delimitación de responsabilidades entre diferentes actores; seguimiento, evaluación y publicación de resultados. Estas tareas son aplicables a la propia política de salud en lo general, así como, de forma específica, a los programas y acciones relacionados con cada uno de los retos.

## Capítulo 4. Hallazgos y Recomendaciones derivados de la evaluación

A continuación, se presentan los principales hallazgos y recomendaciones derivados del análisis de la vinculación y coordinación de los programas y acciones federales que atienden los siete retos nacionales para avanzar en la garantía del derecho a la salud, así como el análisis FODA del conjunto de programas analizados.

### 4.1. Hallazgos

Derivado del ejercicio diagnóstico realizado por el CONEVAL sobre el estado que guarda el derecho a la salud en nuestro país, fue posible identificar los principales retos para poder avanzar en la garantía de este derecho. Es a partir de este análisis que se evaluó la oferta de programas y acciones federales como instrumentos de acción del Estado para atender sus obligaciones en materia del derecho. Los resultados aquí obtenidos nos permiten aproximarnos al estado actual de la oferta programática, su pertinencia, alcance y posibles limitaciones para atender los principales retos que obstaculizan la plena realización del derecho. A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes:

- Probablemente uno de los hallazgos más relevantes fue corroborar que la política nacional en materia de salud se encuentra fragmentada en diversas estrategias e iniciativas desarrolladas de manera independiente una de otra, a partir de la oferta programática existente y poco coordinadas entre sí y con diferentes alcances en términos de su presupuesto y cobertura.
- A través del ejercicio de vinculación se identificaron 35 intervenciones a nivel federal relacionadas con la atención del derecho a la salud, 30 de estas se vincularon específicamente con uno o más de los retos nacionales para avanzar en la garantía del derecho previamente señalados, y 5 más se vincularon con la garantía del derecho a la salud en lo general.
- Otro hallazgo relevante derivado de la vinculación fue que la estructura programática está en constante cambio, en esta conviven programas de diferentes niveles de madurez en su implementación e incluso programas que aparecen y desaparecen entre un ejercicio fiscal y otro, como ejemplo de lo anterior se encuentra el programa de *Fortalecimiento de servicios de salud*, que desaparece de la estructura programática en el PEF 2019 y vuelve a aparecer en 2020. Estas intermitencias, entre otros factores, dificultan el análisis y limitan posibles generalizaciones, por lo que cada uno de los retos y sus programas

asociados, pueden ser objeto de diferentes tipos de análisis y evaluaciones, lo que será considerado para ejercicios futuros.

- También, fue posible observar que la cantidad de programas vinculados con un reto en particular no es una característica relevante para determinar si es atendido adecuadamente o no, es decir, la cantidad de programas vinculados no es sinónimo de su atención efectiva, ya que para esto se requiere de evaluaciones que vayan más allá de su diseño y desempeño para observar los efectos, o la falta de estos, en la población que presenta el problema que se busca atender.
- El cambio que supone pasar de una política basada en programas de salud al EBD es un reto en sí mismo, en este sentido, los retos 1 y 2 son un ejemplo de ello. Como se mencionó, éstos parten de problemas estructurales complejos, por lo que su atención definitiva estaría más allá de la oferta programática del sector, ya que se requiere de reformas integrales para corregir las condiciones que les dan origen. Dicho lo anterior, fue posible observar que estos retos son atendidos principalmente por dos programas: el *SP* y *Seguro Médico* que buscan corregir los desbalances históricos en el acceso a los servicios de salud y la asignación presupuestal entre afiliados a la seguridad social tradicional y los no derechohabientes. A la fecha, octubre de 2019, el *SP* se encuentra en proceso de revisión en la Cámara de Diputados para determinar su posible desmantelamiento y sustitución por el Insabi, que es la propuesta del ejecutivo federal para operacionalizar de forma efectiva la garantía del derecho a la salud.
- En cuanto a los retos 3 y 4, si bien, se pudo constatar la presencia de intervenciones diseñadas para atender las necesidades de infraestructura y recursos humanos para la salud de acuerdo con las necesidades prioritarias de los SES, no es posible determinar si estas intervenciones están contribuyendo a atender de forma efectiva los rezagos ya expuestos en la materia, en tanto no se cuente con un ejercicio público que dé cuenta de la demanda insatisfecha de servicios de salud por causa de deficiencias o falta de infraestructura y de recursos humanos debidamente preparados para la atención de la población.
- Al analizar el reto 5, fue posible observar 12 intervenciones que realizan acciones de diversa índole para garantizar la calidad en los servicios de atención médica, siendo la acreditación de los establecimientos de salud la actividad principal. En este sentido, y como ya se mencionó, será necesario profundizar, a través de otras metodologías especializadas, en los resultados e impactos que esta estrategia ha tenido para garantizar niveles aceptables de calidad en los servicios de salud.

- Para los retos 6 y 7, relativos a la planeación de políticas públicas para la prevención y promoción de la salud y la reducción de la incidencia de sobrepeso y obesidad, se identificó la importancia de otorgar mayor peso a la planeación de políticas públicas integrales y de participación intersectorial de carácter preventivo, para así, estar condiciones de atender el origen multicausal de estos padecimientos y, frenar el avance de las enfermedades crónicas no transmisibles de las que son condicionantes.<sup>16</sup>
- En relación con el punto anterior, de los Pp analizados se identificó al *Prevención sobrepeso, obesidad y diabetes* de la Secretaría de Salud como intervención única para atender, de forma explícita, esta epidemia; destaca el hecho que instituciones como el IMSS y el ISSSTE no tengan un Pp específico para esta problemática, ya que se estima que de forma conjunta atienden a casi la mitad de la población del país.
- Se observó también la falta de articulación en la política de salud entre intervenciones y programas que pueden ser complementarios entre sí, lo que ocasiona la atomización de los esfuerzos, reduciendo su capacidad de incidir y atender de manera resolutiva los retos en la materia.
- Finalmente, se identificaron algunas tareas comunes en materia de coordinación para la atención de los siete retos, estos son: adecuación del marco jurídico, específicamente en cuanto a la consolidación de la Secretaría de Salud como órgano rector del sector, lo que facilitaría la acción concertada y ordenada de las intervenciones dirigidas a un mismo objetivo; determinación de necesidades y prioridades de atención; disponibilidad de recursos y determinación de capacidades; planeación estratégica; delimitación de responsabilidades entre diferentes actores; seguimiento, evaluación y publicación de resultados.

#### 4.2. Recomendaciones

- Es necesario que el ejercicio de planeación en materia de salud tome en cuenta la complejidad de los problemas sociales y retos que obstaculizan la plena garantía del derecho y contemple, para su atención, intervenciones integrales que aborden la naturaleza multicausal de dichos problemas en una política pertinente, que responda a problemas actuales, y que articule de manera oportuna acciones y actores encaminados al logro de un objetivo común.

---

<sup>16</sup> Deben tenerse presentes experiencias exitosas que México implementó en la década de los ochenta, cuando se creó el Pp DJ05 Programa de Planificación Familiar con la característica de ser interinstitucional (SSA, IMSS e ISSSTE) y manejar una misma apertura programática para todas las instituciones y dependencias del sector salud.

- A su vez, será fundamental que la planeación nacional en salud parta de un diagnóstico general del estado actual del SNS, para así distribuir los recursos escasos, tanto materiales como humanos, de la manera más eficiente posible y en atención de las necesidades prioritarias del sistema.
- Es necesario también avanzar hacia ejercicios de evaluación de las intervenciones cada vez más especializadas, que den cuenta de sus resultados, y así contar con elementos para determinar su pertinencia, realizar ajustes y cambios según sea necesario y con base en evidencia.
- Para la adecuada atención de los retos nacionales, será necesario plantear estrategias de coordinación que articulen las intervenciones y programas que son complementarios entre sí para desarrollar sinergias, potenciar esfuerzos e incrementar la capacidad resolutoria de estas.
- Los mecanismos para la coordinación propuestos en esta evaluación, si bien no pretenden ser exhaustivos, buscan ser indicativos de las acciones mínimas indispensables para lograr coherencia entre las distintas intervenciones para la atención efectiva de los retos nacionales en salud.
- Por último, se plantea la necesidad de fortalecer la capacidad rectora de la SS en las tareas de planeación, diseño y dirección de la implementación de una política integral de salud, que considere a todos los actores, a todos los sectores y órdenes de gobierno, para facilitar la acción concertada y ordenada de las intervenciones dirigidas a garantizar el derecho a la salud de la población mexicana.

Finalmente, se presentan los resultados del análisis FODA de los programas que atienden los siete retos nacionales para avanzar en la garantía del derecho a la salud (cuadro 10). Estas características, tanto intrínsecas como extrínsecas a los programas, son determinantes para el éxito o fracaso de la política nacional en materia de salud y la atención efectiva de cada uno de los retos analizados para avanzar en la garantía del derecho.

**Cuadro 10. Análisis conjuntos de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de los programas y acciones federales que atienden los retos nacionales para la garantía del derecho a la salud.**

Reto nacional	Fortalezas	Debilidades
Reto 1. Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo su fragmentación y mejorando	Existen tres intervenciones que buscan atender, con acciones concretas, la falta de integralidad del SNS y mejorar la equidad y eficiencia en el gasto en salud:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La configuración actual del SNS es fragmentada y desarticulada, lo que constituye el principal obstáculo para la garantía plena del derecho a la salud de los mexicanos, toda vez que supone</li> </ul>

<p>los mecanismos de coordinación interinstitucionales.</p> <p>Reto 2. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive de las necesidades prioritarias de atención de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante la generación de convenios de prestación de servicios con instituciones de seguridad social e, incluso, con establecimientos del sector privado.</li> <li>• A través de una asignación más equitativa del gasto público en salud, lo cual busca incidir en la reducción de los gastos de bolsillo y catastróficos por motivos de salud.</li> <li>• Contribuyendo a la construcción de un sistema nacional de salud universal organizado e integrado; bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.</li> </ul>	<p>obstáculos para el acceso efectivo a los servicios de salud al discriminar por ingreso y condición de seguridad social.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La ineficiencia e inequidad en la asignación del gasto público en salud, ocasiona que las instituciones del sector ofrezcan diferentes niveles de calidad en la atención médica, a precios distintos, dependiendo de la población que atienden; situaciones que se traducen en resultados diferenciados de salud en la población y una alta carga financiera para las familias</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr que el acceso efectivo a servicios de salud sea equitativo para toda la población con el otorgamiento de servicios similares.</li> <li>• Fomentar mecanismos de coordinación entre instituciones públicas de salud para lograr la integración del sistema público de salud y mejorar la calidad y eficiencia del gasto.</li> <li>• Establecer los instrumentos jurídicos necesarios para avanzar en la integración de un sistema público de salud, donde la institución rectora sea la Secretaría de Salud.</li> <li>• Eliminar las barreras institucionales de atención por condición de derechohabencia.</li> <li>• Asegurar pleno acceso a servicios de salud públicos con base en criterios de cercanía geográfica y disponibilidad de infraestructura, recursos materiales y humanos.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Amenazas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del presupuesto de los programas presupuestarios en materia de salud.</li> <li>• Limitantes de infraestructura, recursos humanos y financieros disponibles, que pueden incidir en la capacidad de atención de los programas vinculados al reto.</li> <li>• Falta de coordinación entre los integrantes del SNS.</li> </ul>
<p>Reto 3. Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Fortalezas</b></p> <p>Hay seis programas enfocados en mejorar la disponibilidad y el acceso a servicios de primer nivel de atención que, realizan acciones para mitigar los efectos de la falta de infraestructura en salud en el primer nivel de atención de personas en situación de vulnerabilidad, sin acceso a seguridad social, así como, población que habita localidades de difícil acceso geográfico.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Debilidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La oferta programática vinculada al reto se caracteriza por buscar mejorar las condiciones de acceso a los servicios de primer nivel de atención, sin embargo, no se orienta específicamente a acciones de sustitución, rehabilitación y remodelación de obra.</li> <li>• Los objetivos de los programas analizados no mencionan de forma</li> </ul>

		<p>explícita la ampliación de la infraestructura en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de recursos financieros, de equipamiento y humanos para el aprovechamiento completo de los espacios disponibles en las unidades médicas.</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar un ejercicio de planeación que recoja e integre información sobre la demanda insatisfecha de servicios de salud debido a la deficiencia o ausencia de infraestructura.</li> <li>Formular mecanismos orientados a favorecer el trabajo colaborativo interinstitucional para la integración de un programa sectorial de infraestructura en salud.</li> <li>Mejorar la planeación de la inversión en infraestructura en salud.</li> <li>Priorizar zonas marginadas de difícil acceso para la construcción de nuevas unidades médicas del primer nivel de atención.</li> <li>Analizar la pertinencia de crear nuevas unidades médicas del segundo y tercer nivel de atención para zonas de mayor concentración geográfica que presenten un exceso de demanda por servicios de salud.</li> <li>Optimizar el uso de la infraestructura existente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducciones presupuestales que pongan en riesgo la operación de los programas.</li> <li>Insuficiencia presupuestal para creación, conservación y modernización de la infraestructura médica, así como la renovación de equipo médico.</li> </ul>
<p>Reto 4. Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación del mismo y generando mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado.</p>	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se identificaron tres programas enfocados en elementos como: acceso a la educación para la salud y capacitación continua, la formación de especialistas en áreas de salud prioritarias y a la mejora en la calidad en su formación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se identificó alguna intervención o acción específica, que dé cuenta de la forma en cómo los recursos humanos para la salud son distribuidos de acuerdo con las necesidades regionales o locales.</li> <li>Falta de mecanismos que permitan identificar y adecuar las capacidades y perfiles de los RRHH a las necesidades de salud de la población.</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar una fuerza laboral para la salud que esté disponible, tenga arraigo en las comunidades, sea competente y responda a las necesidades de la población.</li> <li>• Lograr la formación de recursos humanos con calidad acorde con las necesidades de salud de la población del país.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La disponibilidad de recursos financieros puede limitar la oferta de plazas.</li> <li>• La inseguridad y la mejor remuneración en otras instancias o ámbitos son factores que pueden generar limitantes para cubrir las plazas de algunas regiones geográficas del país.</li> </ul>
<p>Reto 5. Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias.</p>	<p><b>Fortalezas</b></p>	<p><b>Debilidades</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen 12 Pp enfocados en brindar acceso efectivo a servicios de salud con calidad, en acreditar establecimientos de atención médica, disminuir los tiempos de espera para la atención, monitorear la satisfacción de los usuarios y mejorar el acceso a medicamentos.</li> <li>• Existen intervenciones que de manera general buscan atender la calidad en los servicios mediante la acreditación de las unidades que forman parte de la red de prestadores de servicios de atención a la salud.</li> <li>• Acciones de acreditación, vigilancia y monitoreo de programas como <i>Rectoría en salud, FA, SP, Vigilancia, Salud en el trabajo, Protección contra riesgos sanitarios</i> y <i>Regulación de establecimientos</i> fomentan la consolidación de una cultura de la generación y uso de información para la mejora continua de la calidad en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de indicadores que permitan contar con evidencia para fortalecer las acciones de mejora de la calidad de la atención a los usuarios en los establecimientos de salud.</li> <li>• Falta de regulación de los esquemas de vigilancia en los establecimientos de atención médica para que ésta sea eficaz y oportuna.</li> </ul>
	<p><b>Oportunidades</b></p>	<p><b>Amenazas</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer mecanismos de supervisión en todas las instancias del sistema nacional de salud, asegurando a la Secretaría de Salud como presencia rectora, que garanticen la eficiencia de los marcos reguladores de la calidad.</li> <li>• Disponer, a nivel nacional, de normas y estándares éticos, así como con sistemas de acreditación, certificación y habilitación que aseguren el cumplimiento de la calidad técnica e interpersonal del sistema nacional de salud.</li> <li>• Incorporar mediciones a los esquemas de vigilancia que regulen los establecimientos de atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La disponibilidad de recursos financieros puede limitar la operación de los programas.</li> <li>• La falta de coordinación entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud pueda ser un obstáculo para estandarizar las áreas de trabajo y los procesos de atención, con la finalidad de coadyuvar en la oferta de servicios homologados y de calidad.</li> </ul>

	médica para que los servicios de salud se proporcionen con eficacia y oportunidad.	
<p>Reto 6. Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de grupos sociales en desventaja, así como de regiones prioritarias.</p>	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La oferta programática vinculada al reto busca contribuir con el cierre de brechas en salud entre diferentes grupos y regiones del país mediante la inclusión de grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad.</li> <li>• Existen programas que articulan temas comunes de política pública en materia de salud, como, por ejemplo, detección temprana de enfermedades que impactan a las mujeres o acceso a servicios de salud oportunos a grupos en situación de vulnerabilidad e históricamente en desventaja social, es decir, se identificaron intervenciones que buscan atender problemáticas de grupos poblacionales concretos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se otorga mucho peso a la planeación de políticas públicas integrales y de participación intersectorial, que se enfoquen en atender el origen multicausal de las problemáticas que engloban los retos.</li> <li>• Falta de fortalecimiento de los servicios de promoción y atención para la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerrar efectivamente las brechas existentes en salud entre los diferentes grupos en situación de vulnerabilidad del país (mujeres, niños y niñas menores de 5 años, adultos de 65 años y más y población que habita en comunidades rurales).</li> <li>• Reducir las inequidades en los servicios de atención a la salud a través de la promoción de políticas intersectoriales, que atiendan de forma integral y conjunta los determinantes sociales de la salud. Esta acción ayudará a promover la implementación de acciones afirmativas o con focalización discriminada que privilegie a grupos de población en situación de vulnerabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las reducciones presupuestales que pueden reflejarse en la eliminación de Pp como fue el caso de <i>Apoyos personas en necesidad</i> que en el PEF 2019 fue eliminado, pueden dejar sin atención a un grupo social en desventaja que no es cubierto por el resto de los programas vinculados al reto.</li> <li>• La falta de coordinación de los diferentes sectores y órdenes de gobierno, pueden ser un obstáculo para promover políticas intersectoriales, que atiendan, de forma integral y conjunta, los determinantes sociales de la salud.</li> </ul>
<p>Reto 7. Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el</p>	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La epidemia de sobrepeso y obesidad busca ser atendida por 13 Pp que ofrecen servicios de promoción, prevención y atención a la nutrición, así como acceso a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa <i>Prevención sobrepeso, obesidad y diabetes</i> es la intervención gubernamental más directa para atender el reto y solo se enfoca en población no</li> </ul>

grupo de niños, niñas y mujeres adultas.	<p>servicios preventivos y de atención médica; detección, tratamiento y control de sobrepeso, obesidad y diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ante la magnitud y trascendencia de los casos de sobrepeso y obesidad en México, la Secretaría de Salud emitió la declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-3-2016.</li> </ul>	<p>derechohabiente, mientras que el IMSS y el ISSSTE no tienen un programa presupuestario específico dirigido a atender la epidemia entre sus derechohabientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se identificaron programas que focalicen su atención al grupo de niños y niñas menores de edad, lo que se considera relevante dado que uno de cada tres niños mexicanos tiene sobrepeso o es obeso.</li> <li>• Falta de lineamientos con base en los cuales se genere información: indicadores, metas, actores, tiempos; que mida el avance en la atención del sobrepeso y la obesidad.</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir programas que atiendan la epidemia de sobrepeso y obesidad sin distinción de derechohabiencia.</li> <li>• Garantizar la disposición y suficiencia de recursos humanos capacitados y el equipamiento e insumos necesarios, para asegurar el éxito de las acciones implementados.</li> <li>• Un elemento clave a considerar en la planeación de políticas en salud, es dar atención prioritaria al grupo de niños y niñas menores de edad, ya que uno de cada tres infantes padece sobrepeso u obesidad.</li> <li>• Implementar mecanismos de evaluación conjunta, entre todos los actores involucrados, para revisar los resultados obtenidos a nivel nacional respecto de la atención del sobrepeso y la obesidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La adopción de estilos de vida poco saludables y de riesgo por parte de la población mexicana.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

## Reflexiones finales

### Políticas públicas con enfoque de derechos

Si bien un análisis exhaustivo de las medidas gubernamentales vinculadas con el derecho a la salud supera los propósitos de esta evaluación, lo encontrado permite concluir que, aunque se han implementado programas y acciones que coadyuvan a la atención de los retos del derecho; es una tarea pendiente considerar su integralidad y asegurar su suficiencia y calidad.

Lo anterior supone cambiar la concepción del diseño de la política pública asistencialista a una con enfoque de derechos; es decir, que no parta de la idea de que existen personas con necesidades que deben ser asistidas, ya que esto genera que se atiendan de manera aislada; sino, al reconocerlas como sujetos con derecho a demandar su cumplimiento, obliga a pensar en estrategias integrales para su atención.

Para garantizar este derecho a toda la población y, considerando que existen brechas para ejercerlo, se debe priorizar el uso de los recursos implementando acciones en aquellas poblaciones que se encuentran en mayor desventaja, como las que se distinguen en cada uno de los retos de esta evaluación.

### Retos en la coordinación y generación de estrategias integrales

Con la finalidad de que la oferta gubernamental sea más eficiente y, con ello, se fomente que los bienes y servicios lleguen a la población, es necesario prevenir la dispersión de intervenciones y la desarticulación de los actores involucrados. Sin embargo, uno de los problemas persistentes en materia de desarrollo social ha sido la fragmentación de esfuerzos entre dependencias y órdenes de gobierno. Por ello, el CONEVAL ha señalado que la coordinación inter e intrainstitucional para la política de desarrollo es necesaria.

En este sentido, para mejorar la articulación de actividades y aminorar la dispersión, las estrategias de coordinación serían pertinentes a través de, por ejemplo, la planeación sectorial, cuyo propósito sería el logro de un objetivo común, mediante el trabajo coordinado de todas las instancias encargadas de la operación de los programas y acciones identificados en esta evaluación, así como entre los distintos órdenes de gobierno.

Asimismo, se deben considerar cuatro atributos para la implementación de una coordinación efectiva: i) coherencia al interior del programa, ii) secuencia coherente entre las intervenciones involucradas en la atención del problema público, iii)

identificar actores con autoridad en las intervenciones y iv) generar espacios de decisión conjunta.

Finalmente, algunas de las tareas pendientes identificadas en esta evaluación para avanzar en la garantía del derecho a la salud, son:

### **Tareas pendientes**

- Fortalecer el ejercicio de planeación en materia de salud con enfoque de derechos, que tome en cuenta la complejidad de los problemas sociales y retos que obstaculizan la plena garantía del derecho y contemple, para su atención, intervenciones integrales que aborden la naturaleza multicausal de dichos problemas en una política pertinente, que responda a problemas actuales, y que articule de manera oportuna acciones y actores encaminados al logro de un objetivo común.
- Avanzar hacia ejercicios de evaluación de las intervenciones cada vez más especializadas, que den cuenta de sus resultados, y así contar con elementos para determinar su pertinencia, realizar ajustes y cambios según sea necesario y con base en evidencia.
- Plantear estrategias de coordinación que articulen las intervenciones y programas que son complementarios entre sí para desarrollar sinergias, potenciar esfuerzos e incrementar la capacidad resolutiva de estas.

## Referencias

- Academia Nacional de Medicina. (ANM). (2013). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. Recuperado el 14 de septiembre de 2018 de: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>.
- Artaza, B. (2015). *Calidad en el sistema de salud para el acceso y la cobertura universal en salud*. En *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones* (2ª. ed.). México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.
- AbouZahr, C. y Boerma, T. (2005). Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8), 587-583.
- Aguilar Villanueva, L. F. (2013). *Gobierno y Administración Pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Cámara de Diputados. (CD). (1984). *Ley General de Salud*. Recuperado el 28 de octubre de 2019 de: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_241218.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf)
- (2019). Boletín N°. 2546. Avalan diputados, en lo general, la creación del Instituto de Salud para el Bienestar. Recuperado el 28 de octubre de 2019 de: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Boletines/2019/Octubre/23/2546-Avalan-diputados-en-lo-general-la-creacion-del-Instituto-de-Salud-para-el-Bienestar>
- Cárdenas, R. (2017). *Dos décadas después: evolución y condiciones de la atención a la salud reproductiva en México*. En *La situación demográfica de México 2016*. México: Consejo Nacional de Población.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). (2016). *Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-3-2016 para todas las Entidades Federativas de México ante la Magnitud y Trascendencia de los casos de Sobrepeso y Obesidad*. Recuperado el 13 de septiembre de 2018, de Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades: <https://www.gob.mx/salud/cenaprece/documentos/declaratoria-de-emergencia-epidemiologica-ee-3-2016>.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (CENETEC). (2006). *Lineamientos para Operación de Sistemas de Telemedicina*. Programa de Acción e-Salud. Recuperado el 16 de agosto de 2018, de Subsecretaría de Innovación y Calidad. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.:

[http://www.cenetec.gob.mx/cd\\_inter/telemedicina/LINEAMIENTOSTELEMEDICINA.pdf](http://www.cenetec.gob.mx/cd_inter/telemedicina/LINEAMIENTOSTELEMEDICINA.pdf).

Chiapa. (2011). Estudios del Ramo 33. Recuperado el 30 de junio de 2018, de Carlos Chiapa y César Velázquez. El Colegio de México. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.: [https://www.coneval.org.mx/Informes/Probatorios\\_actas/DPNPE/Estudio%20del%20Ramo%2033.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Probatorios_actas/DPNPE/Estudio%20del%20Ramo%2033.pdf).

Consejo Nacional de Población (Conapo). (2018). Proyecciones de la población 2016-2050. Recuperado el 15 de junio de 2019 de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63977/Documento\\_Metodologico\\_Proyecciones\\_Mexico\\_2010\\_2050.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63977/Documento_Metodologico_Proyecciones_Mexico_2010_2050.pdf)

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL). (2015). Evaluación de la coordinación interinstitucional y de la participación comunitaria en el marco de la Cruzada Nacional Contra el Hambre.

(2018a). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Ciudad de México: CONEVAL.

(2018b). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: balance del sexenio. Ciudad de México: CONEVAL, 2018b.

(2018c). *40 años de estrategias de coordinación interinstitucional para la política de desarrollo social en México*. Ciudad de México,

Corona, R. (2017). El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal. Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada. Recuperado el 15 de agosto de 2018 de: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal>.

Cruz, P. M. (2013). Sistemas de Salud basados en la APS, el Modelo de atención y las competencias del personal de salud. Presentación. Lima, Perú.

Diario Oficial de la Federación. (DOF). (1984). Ley General de Salud.

Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. Á., y Knaul, F. M. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Salud Pública de México, 49.

García, A. (2013). La Importancia de los Procesos y Mecanismos de Coordinación en la Empresa: una aproximación a partir de la teoría de la organización. Recuperado el 20 de octubre de 2019 de:

[https://www.researchgate.net/publication/287206214\\_La\\_Importancia\\_de\\_los\\_Procesos\\_y\\_Mecanismos\\_de\\_Coordinacion\\_en\\_la\\_Empresa\\_una\\_aproximacion\\_a\\_partir\\_de\\_la\\_teor%C3%ADa\\_de\\_la\\_organizacion/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/287206214_La_Importancia_de_los_Procesos_y_Mecanismos_de_Coordinacion_en_la_Empresa_una_aproximacion_a_partir_de_la_teor%C3%ADa_de_la_organizacion/citation/download)

Gobierno de la República. (2014). Programa Nacional de Infraestructura 2014-2018. 5. Sector Salud: <http://cdn.presidencia.gob.mx/pni/programa-nacional>

(2018). 6to. Informe de Gobierno 2017-2018. México Incluyente. 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud. Recuperado el 08 de noviembre de 2018, de <http://www.presidencia.gob.mx/sextoinforme/>.

Instituto Nacional de Salud Pública. (INSP). (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. México

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). (2017a). Comunicado de Prensa Núm. 251/18. Nota Técnica Encuesta Nacional de Hogares 2017. Recuperado el 15 de septiembre de 2018, de [http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/enh2018\\_05.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/enh2018_05.pdf).

(2017b). Estadísticas a propósito del Día de Muertos. Recuperado el 30 de octubre de 2017 de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf).

Lugo, M. (2015). El derecho a la salud en México Problemas para su fundamentación. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

México Evalúa. (2011). México Evalúa Centro de Análisis de Políticas Públicas. 10 Puntos para entender el Gasto en Salud en México: En el Marco de la Cobertura Universal. Recuperado el 15 de octubre de 2018, de [https://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2016/05/MEX\\_EVA-INHOUS-GASTO\\_SALUD-LOW.pdf](https://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2016/05/MEX_EVA-INHOUS-GASTO_SALUD-LOW.pdf).

Mintzberg, H. (1989). La estructuración de las organizaciones. Recuperado el 10 de octubre de 2018, de <http://andrader0.tripod.com/docs/paradigmas/estructuradelasorgs.pdf>.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). (2000). Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (pág. 21). Ginebra: ONU Consejo Económico y Social.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (OCDE). (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Resumen ejecutivo y Diagnóstico y Recomendaciones 2016. Recuperado el 15 de octubre de 2018, de <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of->

[Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf](#)

(2017a). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. ¿Cómo se compara México? Recuperado el 18 de agosto de 2018, de <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>.

(2017b). Tackling Wasteful Spending on Health. Highlights. Recuperado el 15 de octubre de 2018, de <https://www.oecd.org/els/health-systems/Tackling-Wasteful-Spending-on-Health-Highlights-revised.pdf>.

(2018a). Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. OECD Health Statistics (database). Recuperado de [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function\\_data-00349-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en)

(2018b). Getting it right. Strategic priorities for Mexico. Recuperado de <https://www.oecd.org/mexico/getting-it-right-9789264292062-en.htm>

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de: [https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr\\_translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/spn.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2009). Telemedicine. Opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series - Volume 2. World Health Organization. Recuperado el 16 de agosto de 2018 de [http://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf).

(2018). Financiación de los sistemas de Salud. Recuperado el 16 de agosto de 2018, de <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Recuperado el 10 de octubre de 2018 de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes\\_Integradas\\_Servicios\\_Salud-Conceptos.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf).

(2017). Financiamiento de las Salud en las Américas. Recuperado el 15 de octubre de 2018 de: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=290&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=290&lang=es).

- Presidencia de la República. (2016). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe De avances 2015. Recuperado de <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/Doctos/InfMex2015.pdf>
- Secretaría de Salud. (2012a). Manual de Operación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. Recuperado el 01 de noviembre de 2018, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5276976&fecha=08/11/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276976&fecha=08/11/2012).
- (2012b). Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. Recuperado el 01 de noviembre de 2018, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012).
- (2012c). Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Recuperado el 01 de noviembre de 2018, de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012).
- (2013a). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado el 23 de octubre de 2018 de: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial\\_salud.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf).
- (2013b). Programa de Acción Específico. Información en Salud. Recuperado el 23 de octubre de 2018 de [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE\\_2013-2018\\_DGIS\\_18DIC2014.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_2013-2018_DGIS_18DIC2014.pdf).
- (2013c). Programa de Acción Específico. Información en Salud. Recuperado el 15 de agosto de 2018, de [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE\\_2013-2018\\_DGIS\\_18DIC2014.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_2013-2018_DGIS_18DIC2014.pdf).
- (2013d). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso la Obesidad y la Diabetes. Recuperado el 13 de septiembre de 2018, de Gobierno de la República: <https://www.gob.mx/salud/cenaprece/documentos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-del-sobrepeso-la-obesidad-y-la-diabetes-136837>.
- (2015). Normas Oficiales Mexicanas. Recuperado el 28 de octubre de 2019 de: <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- (2016a). Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud. Recuperado el 12 de octubre de 2018, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf).

(2016b). Indicadores de resultado de los Sistemas de Salud de la Secretaría de Salud periodo 2000-2014. Recuperado el 30 de octubre de 2018 de: <https://www.gob.mx/salud/>

(2017a). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2018. Recuperado el 30 de octubre de 2018, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/285986/REGLAS\\_FAM\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/285986/REGLAS_FAM_2018.pdf).

(2017b). Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas). Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Recuperado el 30 de octubre de 2018 de: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/indicall.php?P=201703&N=00&G=TD&E=N00000&radiobutton=J&l=i7&C=c23&V=v70&Submit=Consultar>

(2018a). Catálogo Universal de Servicios de Salud. Causes 2018. Recuperado el 30 de octubre de 2018, de [http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES\\_2018c.pdf](http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf).

(2018b). 6to. Informe de Labores 2017-2018. Recuperado el 01 de noviembre de 2018 de: [http://transparencia.salud.gob.mx/transparencia/rendicion\\_de\\_cuentas/pdf/6TOINFLAB1718.pdf](http://transparencia.salud.gob.mx/transparencia/rendicion_de_cuentas/pdf/6TOINFLAB1718.pdf).documentos/indicadores-de-resultado-de-los-sistemas-de-salud?state=published

(2018c). Cubos dinámicos de la Dirección General de información en Salud. México

(2019a). Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Recuperado el 15 de octubre de 2019 de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/plan-maestro-de-infraestructura-fisica-en-salud?state=published>

(2019b). Plan Nacional de Salud 2019-2024. Recuperado el 28 de octubre de 2019 de: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan\\_Nacional\\_Salud\\_2019\\_2024.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan_Nacional_Salud_2019_2024.pdf)

## Anexos

### Anexo 1. Poblaciones por reto nacional para el cumplimiento del ejercicio del derecho a la salud

Reto Nacional del Derecho a la Salud	Definición de la Población del Reto Unidad de Medida (UM) Fuente
1. Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo su fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales.	<p><b>Población mexicana en general</b>  <b>Unidad de medida:</b> personas  <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.  <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
2. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive de las necesidades prioritarias de atención de la población.	<p><b>Población mexicana en general</b>  <b>Unidad de medida:</b> personas  <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.  <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
3. Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico.	<p><b>Población mexicana en general</b>  <b>Unidad de medida:</b> personas  <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050.  <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
	<p><b>Población que habita en localidades menores a 2,500 habitantes</b>  <b>Unidad de medida:</b> personas  <b>Fuente de información:</b> Encuesta Nacional de los Hogares 2017.  <a href="https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/">https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/</a></p>
	<p><b>Población sin seguridad social</b>  <b>Unidad de medida:</b> personas  <b>Fuente:</b> Proyecciones CONAPO versión Censo 2010.  <a href="http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html">http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html</a></p>
4. Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación del mismo y generando mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado.	<p><b>Población sin seguridad social</b>  <b>Unidad de medida:</b> personas  <b>Fuente:</b> Proyecciones CONAPO versión Censo 2010.  <a href="http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html">http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html</a></p>
	<p><b>Población ubicada en localidades rurales dispersas y de difícil acceso geográfico</b>  <b>Unidad de medida:</b> personas  <b>Fuente de información:</b> Encuesta Nacional de los Hogares 2017.  <a href="https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/">https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/</a></p>
	<p><b>Población conformada por el personal de salud (médicos y paramédicos) que labora en instituciones de salud.</b>  <b>Unidad de medida:</b> personal de salud  <b>Fuente:</b> No disponible                      La población de personal servidor público que labora en las instituciones de salud  <b>Unidad de medida:</b> personal de salud  <b>Fuente:</b> No disponible</p>

<p>5. Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias.</p>	<p><b>Población mexicana en general</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
<p>6. Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de grupos sociales en desventaja, así como de regiones prioritarias.</p>	<p><b>Población mexicana en general</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
	<p><b>Población sin seguridad social</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente:</b> Proyecciones CONAPO versión Censo 2010. <a href="http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html">http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html</a></p>
	<p><b>Población de niños y niñas menores de cinco años que habita en comunidades rurales</b> <b>Unidad de medida:</b> menores de 5 años <b>Fuente:</b> Encuesta Nacional de los Hogares 2017. <a href="https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/">https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/</a></p>
	<p><b>Población de jóvenes y adolescentes de 12 a 17 años en situación de vulnerabilidad</b> <b>Unidad de medida:</b> jóvenes de 12 a 17 años <b>Fuente:</b> No disponible</p>
	<p><b>Población de personas mayores de 65 años que habita en comunidades rurales</b> <b>Unidad de medida:</b> de 65 años y más <b>Fuente 2016:</b> Encuesta Nacional de los Hogares 2017. <a href="https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/">https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/</a></p>
	<p><b>Población de mujeres (15 a 49 años) y en condición de atención del embarazo, parto y puerperio y hombres en edad reproductiva (15 y más años)</b> <b>Unidad de medida:</b> mujeres y hombres en edad reproductiva <b>Fuente:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
<p>7. Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas.</p>	<p><b>Población mexicana en general</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
	<p><b>Población de mujeres adultas (18 años y más)</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
	<p><b>Población de niños y niñas menores de edad (menores de 18 años)</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>

<p>8. Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo su fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales.</p>	<p><b>Población mexicana en general</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
<p>9. Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive de las necesidades prioritarias de atención de la población.</p>	<p><b>Población mexicana en general</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
<p>10. Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico.</p>	<p><b>Población mexicana en general</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
	<p><b>Población que habita en localidades menores a 2,500 habitantes</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Encuesta Nacional de los Hogares 2017. <a href="https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/">https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/</a></p>
	<p><b>Población sin seguridad social</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente:</b> Proyecciones CONAPO versión Censo 2010. <a href="http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html">http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html</a></p>
<p>11. Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en la formación del mismo y generando mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado.</p>	<p><b>Población sin seguridad social</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente:</b> Proyecciones CONAPO versión Censo 2010. <a href="http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html">http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html</a></p>
	<p><b>Población ubicada en localidades rurales dispersas y de difícil acceso geográfico</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Encuesta Nacional de los Hogares 2017. <a href="https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/">https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/</a></p>
	<p><b>Población conformada por el personal de salud (médicos y paramédicos) que labora en instituciones de salud.</b> <b>Unidad de medida:</b> personal de salud <b>Fuente:</b> No disponible La población de personal servidor público que labora en las instituciones de salud <b>Unidad de medida:</b> personal de salud <b>Fuente:</b> No disponible</p>
<p>12. Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias.</p>	<p><b>Población mexicana en general</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
<p>13. Promover la planeación de políticas públicas</p>	<p><b>Población mexicana en general</b> <b>Unidad de medida:</b> personas</p>

<p>enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de grupos sociales en desventaja, así como de regiones prioritarias.</p>	<p><b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p> <p><b>Población sin seguridad social</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente:</b> Proyecciones CONAPO versión Censo 2010. <a href="http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html">http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html</a></p> <p><b>Población de niños y niñas menores de cinco años que habita en comunidades rurales</b> <b>Unidad de medida:</b> menores de 5 años <b>Fuente:</b> Encuesta Nacional de los Hogares 2017. <a href="https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/">https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/</a></p> <p><b>Población de jóvenes y adolescentes de 12 a 17 años en situación de vulnerabilidad</b> <b>Unidad de medida:</b> jóvenes de 12 a 17 años <b>Fuente:</b> No disponible</p> <p><b>Población de personas mayores de 65 años que habita en comunidades rurales</b> <b>Unidad de medida:</b> de 65 años y más <b>Fuente 2016:</b> Encuesta Nacional de los Hogares 2017. <a href="https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/">https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/</a></p> <p><b>Población de mujeres (15 a 49 años) y en condición de atención del embarazo, parto y puerperio y hombres en edad reproductiva (15 y más años)</b> <b>Unidad de medida:</b> mujeres y hombres en edad reproductiva <b>Fuente:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>
<p>14. Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas.</p>	<p><b>Población mexicana en general</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p> <p><b>Población de mujeres adultas (18 años y más)</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p> <p><b>Población de niños y niñas menores de edad (menores de 18 años)</b> <b>Unidad de medida:</b> personas <b>Fuente de información:</b> Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. <a href="https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050">https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050</a></p>