

# Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

---

## La calidad en los servicios de salud en México

Documento de trabajo núm. 269



Noviembre 2017

[www.diputados.gob.mx/cesop](http://www.diputados.gob.mx/cesop)



CÁMARA DE DIPUTADOS  
LXIII LEGISLATURA

# CESOP

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

---

Información que fortalece el quehacer legislativo



CÁMARA DE DIPUTADOS  
LXIII LEGISLATURA

Información que fortalece  
el quehacer legislativo



Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

## Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

*Organización Interna*

Director General

Enrique Esquivel Fernández  
Asesor General

Netzahualcóyotl Vázquez Vargas  
Director de Estudios Sociales

Ricardo Martínez Rojas Rustrian  
Director de Estudios de Desarrollo Regional

Ernesto R. Cavero Pérez  
Subdirector de Estudios de Opinión Pública

José Francisco Vázquez Flores  
Subdirector de Análisis y Procesamiento de Datos

Katia Berenice Burguete Zúñiga  
Coordinadora Técnico

Felipe de Alba Murrieta  
Rafael del Olmo González  
Gabriel Fernández Espejel  
José de Jesús González Rodríguez  
Roberto Candelas Ramírez  
Rafael López Vega  
Salvador Moreno Pérez  
Santiago Michele Calderón Berra  
Heriberto López Ortiz  
Giovanni Jiménez Bustos  
Investigadores

Luis Ángel Bellota  
Natalia Hernández Guerrero  
Karen Nallely Tenorio Colón  
Erika Martínez Valenzuela  
Ma. Guadalupe S. Morales Núñez  
Elizabeth Cabrera Robles  
Alejandro Abascal Nieto  
Abigail Espinosa Waldo  
Ricardo Ruiz Flores  
Guillermina Blas Damián  
Nora Iliana León Rebollo  
Alejandro López Morcillo  
Apoyo en Investigación

José Olalde Montes de Oca  
Asistente Editorial

Claudia Ayala Sánchez  
Corrección de estilo

## La calidad en los servicios de salud en México

### Propuestas legislativas, gasto en publicidad gubernamental y opinión pública

*La revisión de los servicios de atención a la salud en las sociedades contemporáneas resulta determinante para examinar la funcionalidad de sus instituciones. Así, uno de los retos más desafiantes en el ejercicio de la función gubernamental es la atención adecuada de su población en dicha materia.*

José de Jesús González Rodríguez

#### Introducción

Uno de los elementos más útiles en el diagnóstico del funcionamiento de las instituciones en la administración pública es el relativo al estado que guardan sus sistemas de salud.

La naturaleza y la calidad de tales servicios, así como la atención a las comunidades y personas, son indicativos del grado de desarrollo de la función gubernamental y frente a ello, la valoración ciudadana es determinante para evaluar el desempeño de la misma, así como para identificar otros aspectos esenciales como el uso oportuno de los recursos financieros canalizados a ese ramo y su ejercicio transparente y oportuno.

Al paso del tiempo los distintos modelos de atención a las necesidades sociales han permitido la interacción de recursos públicos y la participación privada en porcentajes y modalidades diferentes, sin embargo, la creciente inserción de capitales particulares, ha ido consolidando un sistema de salud paralelo en donde la función pública se ha visto desplazada gradualmente de la rectoría de tales funciones y en donde el sistema de salud se ha visto sometido de manera inexorable a las leyes del mercado.

Frente a la necesidad de garantizar el acceso a los servicios del ramo o una población con niveles de alta marginación y con una notable fragilidad económica, se han diseñado herramientas —como el Seguro Popular— que han buscado la masificación del acceso a los servicios de salud, pero que han sido señaladas por los especialistas del ramo como uno de los factores coadyuvantes de la notoria disminución en la calidad de tales servicios.

La importancia de la comunicación y la divulgación de las actividades gubernamentales en un mundo globalizado, han sido factores que se han tomado como justificantes para destinar crecientes cantidades de recursos públicos al ramo de la

publicidad en el sector de la salud, situación que de manera creciente ha sido cada vez más cuestionada como un despropósito y una afrenta para una sociedad con severas carencias de infraestructura hospitalaria, desabasto de medicamentos, inestabilidad laboral para los profesionistas del ramo, pero con una eficiente y gravosa cobertura mediática en todo el territorio nacional.

Los retos del Poder Legislativo en ese contexto son considerables; en el ámbito presupuestario y en materia de reformas al sector salud, existen incontables iniciativas de reforma a las leyes del ramo que buscan atender parte de la problemática prevaeciente en el rubro. Sin embargo, la percepción ciudadana indica que grandes franjas de población consideran a los servicios de salud en México, como uno de los desafíos más intrincados y con calificaciones más desfavorables en el ejercicio de la función pública.

Los apartados de este documento van enfocados principalmente al análisis de los temas mencionados, es decir, las propuestas legislativas más destacadas en la materia, los estudios de opinión pública levantados al efecto y la revisión del gasto en publicidad destinado a la divulgación de las tareas gubernamentales en ese rubro.

### **Contexto general y referencias normativas**

Es indudable que la atención pública eficiente a los servicios de salud, guarda una relación directa con la permanencia del sistema político prevaeciente y es un factor esencial en el mantenimiento de la estabilidad social. Frente a ello, se ha señalado que es obligada una revisión al sistema en su conjunto, revisión que permita afrontar los retos más apremiantes de un problema que día con día parece desbordarse.

Entre los diferentes esquemas que se han diseñado e implementado en la administración pública en materia de atención a los servicios de salud de la población, los estudiosos del tema han señalado tres factores determinantes al respecto: primero el papel desempeñado por el sector público en la prestación de dichos servicios, en segundo término, las funciones que puede llegar a asumir la iniciativa privada en tales tareas y junto con lo anterior, el examen de la naturaleza y las características del gasto financiero que debe efectuarse para el funcionamiento del sistema.

Los diferentes modelos que aparecen en el Cuadro 1 permiten situar las funciones de los sectores involucrados y los rasgos de las aportaciones económicas correspondientes.

**Cuadro 1**  
**Tipología de los sistemas de salud**

<b>Modelo</b>	<b>Característica principal</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Asistencialista</b>	Provisión de bienes y servicios públicos a poblaciones carentes de recursos	Se basa en una concepción liberal en la que el Estado o la beneficencia solo deben otorgar asistencia a las personas incapaces de asumir el cuidado de la salud como una responsabilidad individual.
<b>Seguro social</b>	Sistema de aseguramiento basado en la vinculación al mundo del trabajo, de carácter contributivo y preferentemente obligatorio.	Se basa en una concepción liberal y es complementario del esquema asistencialista. Está orientado a quienes tienen la capacidad de ingresos para asumir la protección de la salud como una responsabilidad individual. Frecuentemente se confunde o se utiliza como sinónimo de Seguridad social.
<b>Seguridad social</b>	Sistema de financiación pública basada en impuestos y acceso universal a los servicios, preferentemente provistos por prestadores de la administración pública	Se basa en una concepción universalista en la que la salud se concibe como un derecho de los ciudadanos y un deber del Estado. Frecuentemente se confunde con el concepto de seguro social y, por tanto, con su carácter contributivo y con la vinculación al trabajo formal. Cuenta con un esquema contributivo en pensiones y un esquema de asistencia general y única en salud, de carácter solidario. En este esquema se promueve la creación de un Sistema Nacional que articule la provisión de los servicios.
<b>Seguros privados</b>	Corresponde a un esquema de aseguramiento privado en que predomina la elección y el financiamiento individual	Este esquema se basa en una concepción neoliberal en la que las denominadas fallas del mercado de la salud son teóricamente corregidas con una solución también de mercado. Si bien puede confundirse con la lógica de los esquemas de seguro social y de seguridad social, este esquema se basa en la teoría de financiera de los seguros -riesgos individuales- y no en el concepto de solidaridad. En la medida en que su definición se basa en una lógica de agentes individuales, se aleja del concepto elemental de "sistema" y se asemeja más al concepto de "mercado" de seguros.

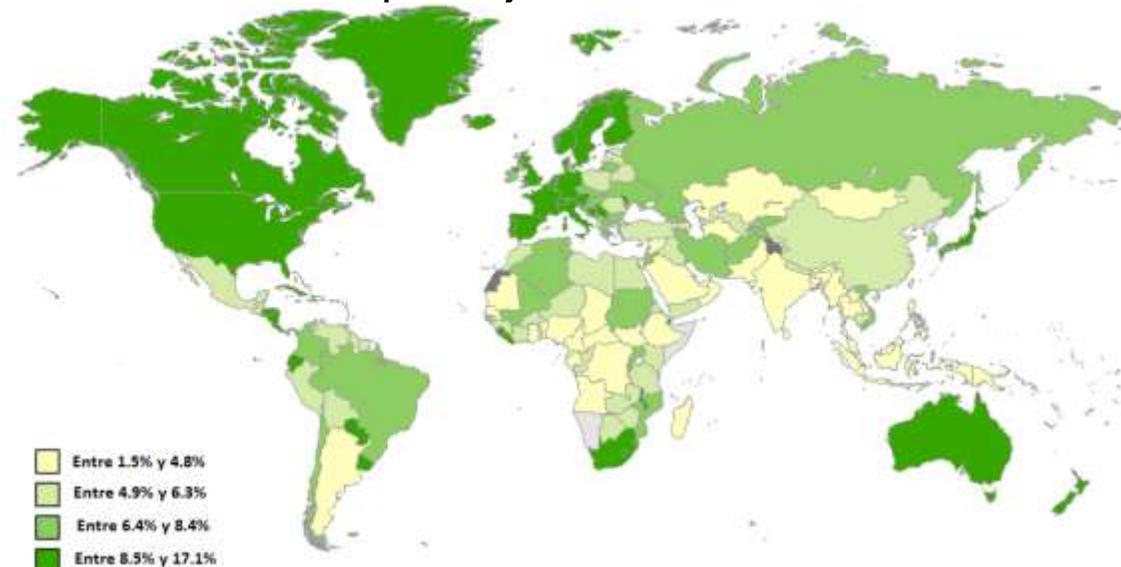
Fuente: David Debrott Sánchez, "Consumo efectivo de los hogares en salud. Resultado de estudios piloto en seis países de América Latina", Serie *Estudios Estadísticos*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, Chile, 2014.

Se ha afirmado, que a nivel mundial la primera década del siglo XXI se caracterizó por un crecimiento del gasto en salud superior al de la economía en general. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ha hecho notar que la proporción media del Producto Interno Bruto (PIB), destinada a la salud ascendió de 7.2% en 2000 a 8.3% en 2008 y en 2009, la proporción del gasto en salud respecto del PIB mundial alcanzó 9.0% en promedio, destacando que mientras en diferentes regiones las condiciones económicas generales se deterioraban rápidamente, en la mayoría de los países el gasto en salud siguió en aumento o se mantuvo estable. Para la OCDE, las reducciones las reducciones del gasto en salud ocasionaron primero una caída y luego una estabilización

de la proporción de dicho gasto, pues el crecimiento del mismo coincidió con el crecimiento económico en muchos países. Para 2013, el gasto en salud representó 8.9% del PIB en los países de la OCDE. Sin embargo, persistieron grandes diferencias en la proporción del gasto en salud entre los países. Los datos más recientes muestran que el país que mayor proporción de su PIB destinó a la salud, fue con mucho Estados Unidos de América (26.4%), seguido por Países Bajos y Suiza (ambos con 11.1%), mientras que naciones como Turquía, Estonia y México gastaron menos del 6% de su PIB en salud.<sup>1</sup>

Parte de lo anterior, logra apreciarse al examinar los datos incluidos en el Mapa 1 en donde se aprecian los países y regiones en función a su respectivo gasto en salud como porcentaje de su PIB.

**Mapa 1**  
**Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto a nivel mundial**



Fuente: World Health Organization, *Global Health Expenditure Database, National Health Accounts database*, “Total expenditure on health as % of gross domestic product”, WHO, 2014.

En México, pese a que la cobertura en materia de salud ha aumentado a través de los años, un tema que ha sido materia de preocupación es que el denominado *gasto de bolsillo* —es decir, las erogaciones al sector privado efectuadas por la población— no ha disminuido a los niveles vistos en otras latitudes. Lo anterior implica que los habitantes de nuestro país deciden seguir utilizando servicios privados de salud, pues califican a estos con mayores

<sup>1</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, “Panorama estadístico de la OCDE 2015-2016, Economía, medio ambiente y sociedad”, OCDE, Francia, 2016.

niveles de calidad o debido a que enfrentan problemas de acceso al sistema de salud pública.

En este momento es necesario hacer una reflexión respecto a los cambios experimentados en la normatividad aplicable. Al respecto, son de señalar algunas reformas legales que tuvieron lugar a partir de 1982, fecha en la que se llevan a cabo modificaciones de importancia que se caracterizan por los rasgos siguientes:<sup>2</sup>

- En 1983 se adicionó al artículo 4o. constitucional un párrafo en el que se establecía el derecho universal de las personas a la protección de la salud.
- En 1984 entró en vigor la Ley General de Salud, en la cual quedó establecida, entre otras cosas, la distribución de competencias en materia de salubridad entre la Federación y las entidades federativas.
- En 1985 se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con la que la ahora Secretaría de Salud pasa a ejercer funciones de coordinación sectorial. Posteriormente, inició la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas.

Al respecto, un diagnóstico efectuado por la Secretaría de Salud (SS), da cuenta que una vez expedidas la ley general de la materia, sus reglamentos y las normas técnicas correspondientes, se procede a la reestructuración del *Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta*, con el que se pretendió homologar los servicios y establecer la organización y procedimientos de la atención médica.

El llamado *Diagnóstico del Programa Presupuestario de Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica*, divulgado por la Secretaría de Salud estableció que para 1991, la regulación del ramo se enfocó sólo a la búsqueda de omisiones y fallas del personal, omitiendo la problemática estructural en el rubro, soslayando la poca flexibilidad de las autoridades y dejando de lado los conflictos relacionados con el tema de la burocracia. Entre 1995 y 1996, la Secretaría de Salud publicó dos acuerdos relativos al control de las áreas de mayor riesgo y a la reducción de trámites y para 1999 publicó el

---

<sup>2</sup> Guillermo Soberón Acevedo y Gregorio Martínez Narváez, “La Descentralización de los Servicios de Salud en México en la Década de los Ochenta”, Ensayo, publicado en la Revista *FUNSAUD*, septiembre-octubre de 1996, vol. 38, núm. 5, pp. 371- 378.

*Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios* para regular los procesos sanitarios en el país.<sup>3</sup>

Entre 1997 y 2000, se realizó la *Certificación para la cobertura del paquete básico de servicios*, que fue una propuesta de coordinación entre la *Organización Panamericana de la Salud* y la Secretaría de Salud para evaluar a establecimientos de primer nivel y a las jurisdicciones sanitarias que existían en el país; para el año 2000 estaban certificadas las 32 entidades federativas y de manera paralela, se implantó la *Certificación de Jurisdicciones Sanitarias*.<sup>4</sup>

Debe decirse que la *Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)* se ha encargado de la vigilancia sanitaria a nivel nacional y que la *Dirección General de Calidad y Educación en Salud* ha logrado registrar en el periodo 2004-2015 a 11,698 establecimientos para la atención médica adscritos a la Secretaría de Salud, a los servicios de salud de las entidades federativas y al IMSS-PROSPERA, cifra que constituye 72.0% del total de establecimientos registrados en el *Catálogo Universal de Servicios de Salud*.

Desde la instauración del Sistema Nacional de Salud, este quedó conformado por diferentes tipos de prestadores de servicios que se han organizado para brindar atención a segmentos de la población de acuerdo a su condición laboral. Por un lado, se encuentran las dependencias que prestan servicios a la población que cuenta con empleo formal: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y los institutos de seguridad social estatales. Por el otro lado, se encuentran las instituciones que prestan servicios a quienes no cuentan formalmente con seguridad social. Estas instituciones son la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el régimen no ordinario del Instituto Mexicano del Seguro Social, ahora denominado IMSS-PROSPERA.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Secretaría de Salud, “Diagnóstico del programa presupuestario G005 Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica”, SS, México, 2015.

<sup>4</sup> *Idem*.

<sup>5</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico, “20 años de arbitraje médico en México”, CONAMED, México, 2016.

## Políticas públicas y calidad en la prestación de los servicios de salud

Existe coincidencia en señalar que la baja calidad de la atención médica en México se ha debido fundamentalmente al limitado acceso de la población a los servicios de salud, situación derivada de problemas geográficos, económicos y administrativos, así como a la creciente insatisfacción de los usuarios al respecto. Primeramente, en el *Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018*, se reconoce que hay una segmentación del *Sistema Nacional de Salud*, (SNS), y que sus funciones normativas, de calidad, de rectoría, y de control sanitario se encuentran separadas, lo que impide la coordinación y la universalización de los servicios médicos con calidad.<sup>6</sup>

Junto con lo anterior, se tiene que en el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, el Gobierno Federal ha reconocido que en las entidades federativas más marginadas coexisten fenómenos como la desnutrición y las enfermedades infecciosas, además de los padecimientos crónicos no transmisibles como principales causas de muerte; esta situación se manifiesta en los más pobres quienes recienten, en mayor medida, los efectos de la enfermedad las limitantes del gasto erogado para afrontarla.<sup>7</sup> Ante estas deficiencias descritas en el *Sistema Nacional de Salud*, en el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, se enfatizó la necesidad de asegurar el acceso a los servicios de salud y de mejorar la atención de la salud entre la población en situación de vulnerabilidad.

Para atender lo anterior, la secretaría del ramo ha implementado en los últimos años diversas acciones administrativas como el denominado *Sistema Integral de Calidad en Salud*, que busca “implantar un sistema integral de calidad en salud, que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del *Sistema Nacional de Salud*”. A la par, se instauró el llamado *Programa de Acción Específico 2013-2018, Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica* y el *Sistema Integral de Calidad en Salud*, programa que dio origen al *Programa Calidad en la Atención Médica* y junto con este, a partir de 2016 el Gobierno Federal operó el programa *Fortalecimiento a la Atención Médica*, con el objetivo de mejorar las condiciones de la población sin acceso a servicios de salud, con la oferta de servicios de promoción y

---

<sup>6</sup> Ver: Auditoría Superior de la Federación, “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2016”, *Grupo Funcional Desarrollo Social, Secretaría de Salud, Calidad en la atención médica*, Auditoría de Desempeño: 16-0-12100-07-0201, ASF, México, 2017.

<sup>7</sup> Presidencia de la República, “Programa Sectorial de Salud 2013-2018”, México, 2013.

prevención, así como intervenciones específicas comprendidas en el primer nivel de atención y otorgadas mediante las unidades médicas móviles.

En 1976, el Gobierno Federal, llevó a cabo el llamado *Programa de Extensión de Cobertura* (PEC), destinado a proporcionar mayor atención en materia de salud a las comunidades rurales de difícil acceso y unos años más tarde, en 1981, para los mismos fines, surgió el llamado *Programa de Salud Rural*, como resultado de la fusión del PEC y el *Programa Comunitario Rural*.<sup>8</sup>

Para 1985, el *Programa de Salud Rural*, se convirtió en la llamada *Estrategia de Extensión de Cobertura*, que asumió el compromiso de otorgar servicios de salud a los habitantes de comunidades rurales de difícil acceso de 500 a 2,500 habitantes. Para 1994, se había reconocido que el acceso regular a los servicios de salud no era una realidad para diez millones de mexicanos, quienes se encontraban al margen de los requerimientos básicos. Por ello, en 1996 inició la operación del *Programa de Ampliación de Cobertura* (PAC), con la finalidad de incrementar los alcances de los servicios de salud; atender a la población con nulo o limitado acceso a estos. Más tarde, en 2007, se puso en marcha el *Programa Caravanas de la Salud*, con el propósito de atender a poblaciones dispersas de comunidades pequeñas y con pocos habitantes, que residen en zonas orográficas de difícil acceso y que, por tanto, no tenían capacidad de acceder a la red de servicios de salud.<sup>9</sup>

De acuerdo con datos contenidos en el *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, el tema de la calidad y del acceso a los servicios de salud en México enfrenta al menos tres grandes retos: el primero de ellos se refiere a la disponibilidad de recursos para la salud, disponibilidad que en nuestro país es baja en comparación con los estándares de la OCDE. De acuerdo con datos dicha organización, para 2011, en el país existían 1.7 camas por 1,000 habitantes; cifra inferior al promedio de todos los países que componen la organización aludida que ronda las 4.8 camas por cada mil personas y peor aún, del total de camas disponibles a nivel nacional, 24% pertenecen al sector privado.<sup>10</sup>

De esta forma, el número de camas del sector público en México se calcula en 1.3 camas por cada 1,000 habitantes y si se considera el periodo 2006-2012, se tiene que el

---

<sup>8</sup> Secretaría de Salud, “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica para el ejercicio fiscal 2016”, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de diciembre de 2015 y Antecedentes del “Programa Unidades Médicas Móviles”, Secretaría de Salud, México, 2017.

<sup>9</sup> *Idem*.

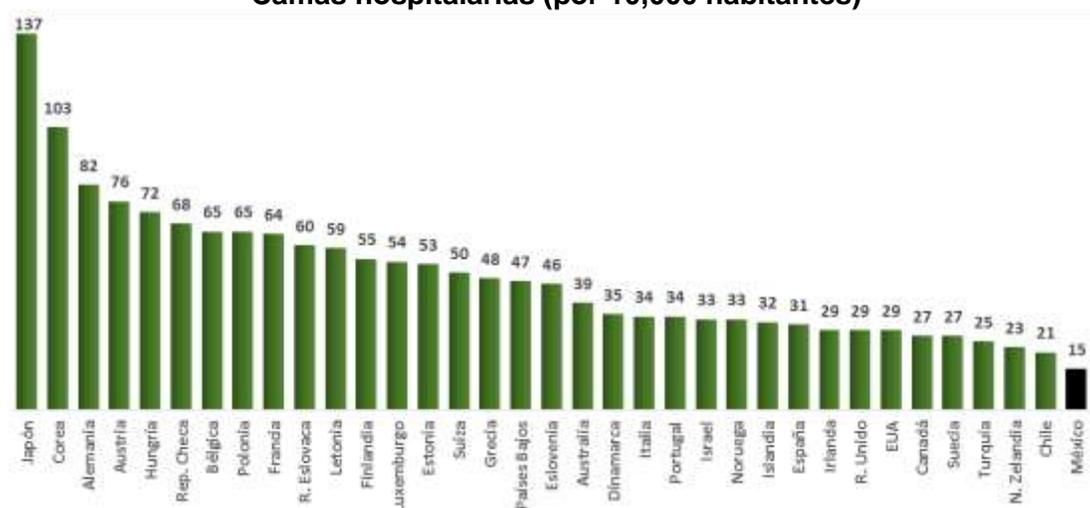
<sup>10</sup> Presidencia de la República, “Programa Sectorial...”, *op. cit.*

país contaba con 15 camas hospitalarias por cada 10 mil habitantes, tal como se aprecia en la Gráfica 1.

Examinando los datos de los 35 países que junto con México integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, se puede identificar la fragilidad del sistema de atención hospitalaria en nuestro país en torno al contexto prevaleciente en las diferentes naciones que conforman dicho organismo internacional.

Asumiendo las disparidades de ingresos y de expansión económica de cada uno de los países comprendidos en la ilustración, un indicador como el número de camas hospitalarias disponibles, permite inferir el grado de atención financiera y de infraestructura existentes en una economía y la canalización de los recursos existentes en una sociedad para la atención sanitaria de sus habitantes.

**Gráfica 1**  
**Camas hospitalarias (por 10,000 habitantes)**



Fuente: Organización Mundial de la Salud, “Estadísticas sanitarias mundiales”, Suiza, 2014.

El segundo de los retos descritos en el *Programa Sectorial de Salud*, se refiere al tema de la distribución geográfica de la infraestructura, la cual ha generado concentraciones ineficientes en algunos lugares y dejando a cerca de 3.2 millones de personas pertenecientes a 57,171 localidades, sin acceso a los servicios de salud. En la misma dirección, el programa aludido señala que existe un crecimiento desordenado de la infraestructura en el ramo, especialmente para la población sin seguridad social, lo cual ha generado la concentración de unidades y su subutilización.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Presidencia de la República, “Programa...” *op. cit.*

El tercer reto señalado en el programa en referencia, es el uso de los recursos y la productividad de las unidades de salud del sector público. Al respecto, la propia Presidencia de la República ha sostenido que el equipamiento de dichas unidades no es el adecuado o es nulo y en general los recursos tecnológicos de apoyo de diagnóstico sólo se ubican en el nivel hospitalario, lo cual trae como consecuencia, además de afectaciones para los pacientes —quienes tienen que estar acudiendo a diferentes unidades médicas— el encarecimiento del servicio. Al mismo tiempo, se ha señalado que la infraestructura está subutilizada. Junto con lo anterior, es de tener presente el tema relativo a las serias dificultades que surgen al pretender surtir medicamentos por los derechohabientes de las instituciones de salud del sector público, en donde se ha denunciado que hay notorias deficiencias que para el año de 2012 alcanzaron 35.6% de las recetas prescritas.<sup>12</sup>

Uno de los factores más importantes en la atención al proceso salud-enfermedad en un país, es la pobreza de sus habitantes. En México, las cifras y porcentajes de mexicanos en situación de pobreza y pobreza extrema, explican en gran medida la alta incidencia de enfermedades ligadas a las carencias económicas como son los padecimientos infectocontagiosos y el consecuente incremento en la demanda de servicios de salud.<sup>13</sup>

Otro indicador de relevancia para identificar el estado prevaleciente en los sistemas de salud de las naciones, es el relativo al número de profesionales del ramo adscritos a las instituciones responsables del área.

La densidad de la fuerza laboral —médicos y enfermeras— en el ámbito sanitario de diversas naciones de América Latina (Chile, Perú, Colombia, Brasil, México y Cuba), se ilustran en la Gráfica 2 en donde se aprecia el lugar que nuestro país ocupa entre las naciones de la región en cuanto al número de profesionistas que integran la fuerza laboral en el ámbito de la salud por cada diez mil habitantes. Los datos comprenden el periodo que va de 2006 a 2013.

Entre 2000 y 2014, el número de médicos creció en la mayoría de los países miembros de la OCDE, tanto en cifras absolutas como en cantidad *per cápita*. En casi todos los países, la proporción entre médicos generales y especialistas, cambió durante las últimas décadas, periodo en que el número de especialistas creció con un ritmo mucho mayor.<sup>14</sup>

---

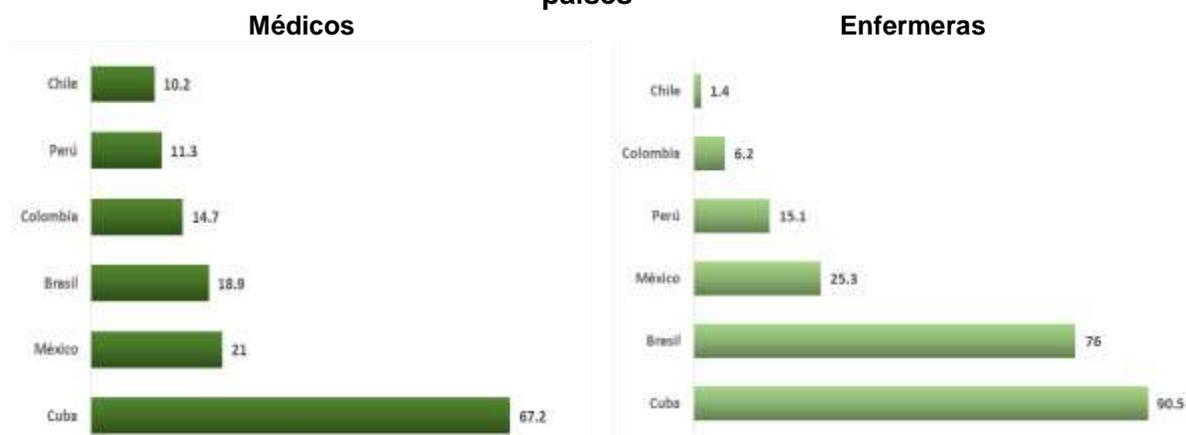
<sup>12</sup> *Idem.*

<sup>13</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico, “20 años de...” *op. cit.*

<sup>14</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, “Panorama...” *op. cit.*

Por el contrario, la disponibilidad de médicos en 2010 para nuestro país se encuentra muy por debajo de otros países en vías de desarrollo como Cuba y Grecia, que contaron con siete y seis médicos por cada mil habitantes, respectivamente. Con relación con la disponibilidad de enfermeras, México contaba en 2010 con 3.9 enfermeras por cada mil habitantes, mientras que Cuba y Uruguay tenían 8.6 y 5.5 enfermeras por cada mil habitantes, respectivamente. Cabe resaltar que una vulnerabilidad adicional en nuestro sistema de salud es que alrededor de 70% de las unidades de primer nivel de las instituciones públicas están atendidas exclusivamente por personal médico en etapa de formación, aún no titulado.<sup>15</sup>

**Gráfica 2**  
**Densidad de la fuerza laboral sanitaria por cada 10,000 habitantes en diversos países**



Fuente: Organización Mundial de la Salud, “Estadísticas sanitarias mundiales”, OMS, Suiza, 2014.

Relacionado con el hecho de que cerca de 16% de mexicanos carece de seguro médico, los habitantes de nuestro país afrontan también los elevados gastos por concepto de servicios privados de salud. Así, el porcentaje del llamado *gasto de bolsillo en salud* en México es significativamente mayor (21%) que el de otros países de la OCDE, puesto que alrededor de 17% de la atención hospitalaria y 39% de las consultas ambulatorias en nuestro país, son brindadas por proveedores privados. Lo anterior debido a que los servicios pagados con fondos públicos en México carecen de capacidad y se consideran de baja calidad.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico, “20 años de...” *op. cit.*

<sup>16</sup> Pricewaterhouse Coopers, “Diez grandes cuestiones de la industria de la salud en México: un enfoque de toda la sociedad”, Instituto de Investigación en Salud de PwC, México, 2017.

Un estudio divulgado recientemente por la consultora *PricewaterhouseCoopers SC* (*PwC*), arroja diversos datos relacionados con el tema de la salud. Entre otras cosas menciona que la mitad de las personas sin seguro médico en México –unos 9 millones– son trabajadores independientes que se encuentran en riesgo de quebrar por los gastos privados en dicho rubro. Lo anterior, a causa de que el Seguro Popular tiene grandes lagunas ya que cubre sólo 59% de las hospitalizaciones de sus afiliados. Junto con ello, el estudio de *PwC* destaca datos que permiten conocer parte del diagnóstico sobre el sistema de salud en nuestro país, como el hecho de que sólo en 2016, la diabetes y las enfermedades renales crónicas, le costaron al IMSS 11% de su presupuesto para la salud y 0.25% del PIB del país, subrayando que hasta 80% de las muertes en México se deben a enfermedades crónicas y de estas sólo la diabetes es causa de casi 100,000 muertes al año.<sup>17</sup>

De acuerdo con las cifras de *PwC*, se tiene que en lo que se refiere al rubro de ventas farmacéuticas al gobierno mexicano, éstas representan 30% del total de ventas de toda esa rama industrial, absorbiendo 27% del presupuesto anual de salud del gobierno. Así, las ventas al gobierno son el único segmento creciente de la industria farmacéutica (9% entre 2010 y 2014) y gran parte de su crecimiento proviene del pago de los costosos medicamentos de marca. Sobre el particular, se tiene que los consumidores en México gastan cerca de 170 dólares al año en medicamentos (59% más que los países de ingresos medios), tales medicamentos con frecuencia escasean entre los proveedores públicos, resultando que alrededor de una cuarta parte de los pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas, obtuvieron recetas que no se pudieron surtir, mientras que 58% de las farmacias reportaron escasez de los medicamentos básicos para enfermedades como la diabetes y la hipertensión.<sup>18</sup>

Otro elemento a tener en cuenta en la revisión de la calidad del sistema de salud en nuestro país, es el alusivo a la disponibilidad de espacios para personas con padecimientos psiquiátricos, datos que de forma comparativa entre nuestro país y diferentes naciones de América Latina y el Caribe, aparecen en la Gráfica 3.

Como se advierte, existe una notable desproporción entre el número de camas disponibles entre los diferentes países situados en la región en el periodo 2006-2010, (lapso

---

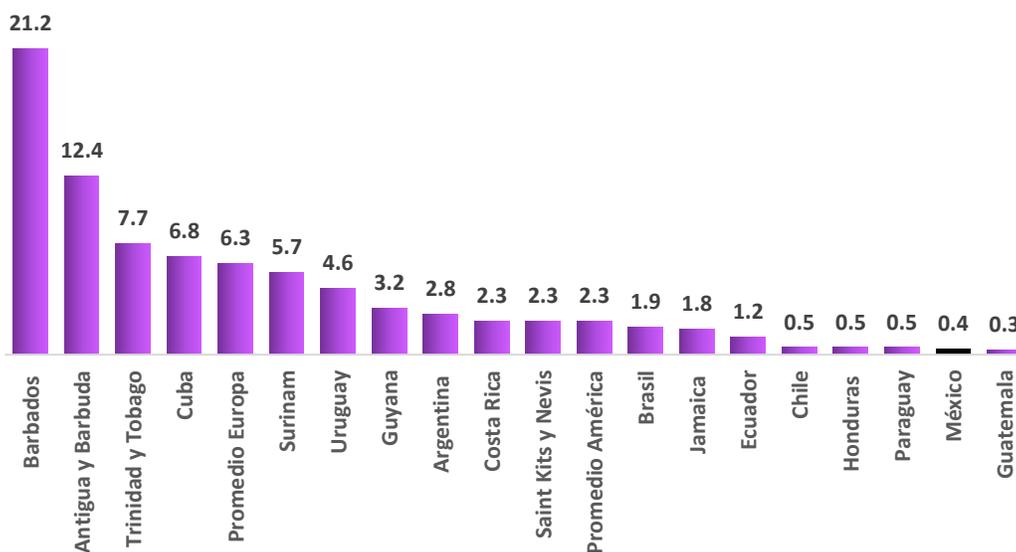
<sup>17</sup> *Idem.*

<sup>18</sup> El estudio de *PwC* en referencia, señala que para 2016 los distribuidores de medicamentos en México incumplieron con el 29.5% del total de sus compromisos.

que comprende la ilustración), en donde nuestro país se ve superado ampliamente por naciones de las Antillas como Barbados, Antigua, Trinidad o Cuba. En la ilustración se incluyen los datos promedio de una veintena de naciones de la zona y del promedio de los países de Europa y de América.

Se ha mencionado de manera recurrente que la infraestructura para la atención de los trastornos mentales en México es limitada, ya que del total del presupuesto asignado a la salud, solamente 2% es orientado a la salud mental y de dicho porcentaje, 80% se destina a la operación de los hospitales psiquiátricos concentrados en las grandes urbes. Así, la disponibilidad de medicamentos básicos para los trastornos mentales en la atención primaria es considerablemente baja —en comparación con los medicamentos disponibles para las enfermedades infecciosas o incluso para otras enfermedades no transmisibles— y su uso se ve limitado por la falta de profesionales.<sup>19</sup>

**Gráfica 3**  
**Camas psiquiátricas en América Latina y el Caribe por cada 10,000 habitantes**  
**2006-2010**



Fuente: Organización Mundial de la Salud, “Estadísticas sanitarias mundiales”, Suiza, OMS, 2014.

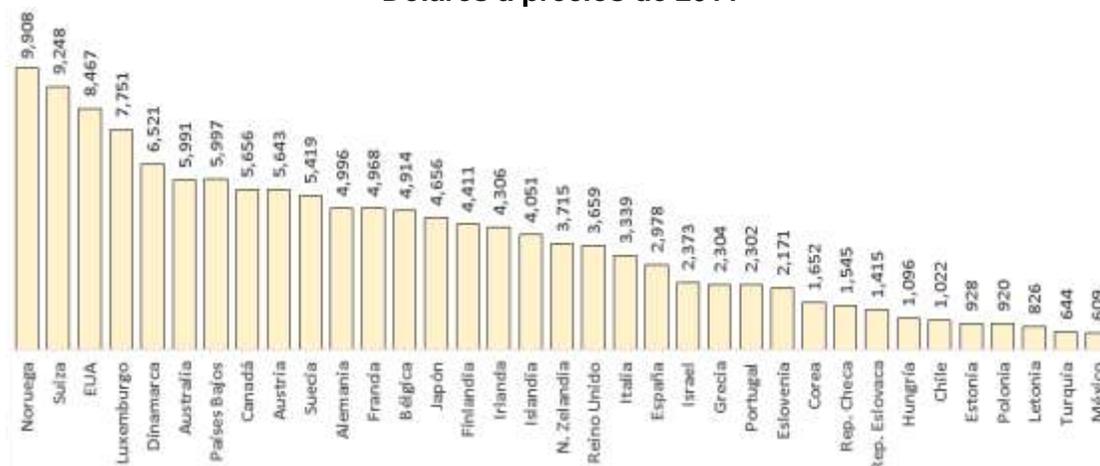
En la mayoría de los países miembros de la OCDE, el gasto en salud representa una proporción creciente del gasto público y privado. El gasto en salud en relación con el PIB se ha estancado o ha disminuido en los últimos años como consecuencia de la recesión económica mundial. Así mismo, los recursos dedicados a este rubro varían ampliamente

<sup>19</sup> Organización Mundial de la Salud, “Estrategia de cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con México. 2015-2018”, OMS, 2015.

de un país a otro en función de la importancia que se atribuye a la salud y a causa de sus políticas financieras. Para evaluar el gasto en salud de manera más integral es necesario considerar su proporción respecto del PIB y el gasto *per cápita*. Los países que tienen una proporción alta de gasto en salud en relación con el PIB pueden tener un gasto relativamente alto per cápita y viceversa.<sup>20</sup>

Así, un elemento esencial en la evaluación de los sistemas de salud de las naciones, está relacionado con las asignaciones financieras canalizadas a dicho rubro en un ejercicio fiscal. En la medida que el gasto social ejercido por los gobiernos ha sido considerado un indicador clave para estimar los grados de desarrollo y de bienestar alcanzados, es particularmente interesante identificar los montos *per cápita* canalizados por nuestro país a tales rubros en comparación con las cantidades ejercidas por nuestros socios comerciales de la OCDE a los mismos fines, tal como aparece en la Gráfica 4.

**Gráfica 4**  
**Gasto total en salud *per cápita* en los países de la OCDE**  
**Dólares a precios de 2011**



Fuente: Organización Mundial de la Salud, “Estadísticas sanitarias mundiales”, Suiza, 2014.

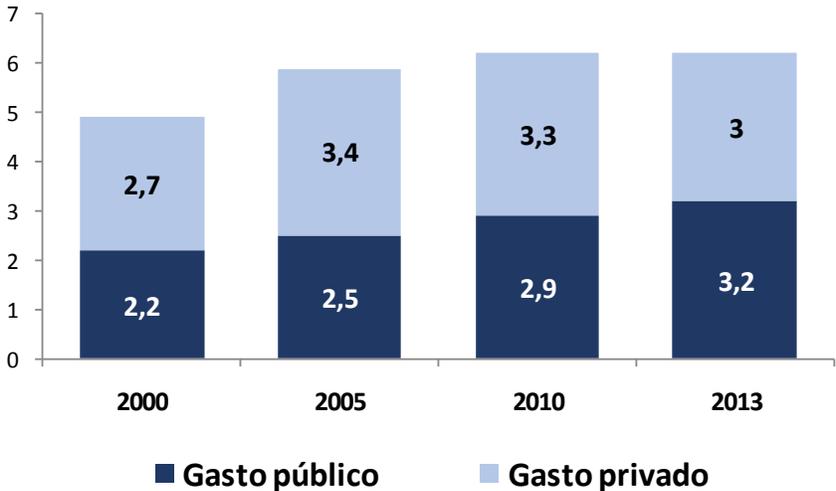
Se ha señalado que los gastos en salud miden el consumo final de bienes y servicios destinados a ese propósito, los cuales incluyen las erogaciones financieras tanto públicas como privadas en bienes y servicios médicos y programas de salud pública, pero excluyendo las inversiones. Los servicios médicos se prestan a pacientes ambulatorios u hospitalizados y en algunos casos en guarderías, centros de atención para personas mayores o en el domicilio del paciente.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> *Idem.*

<sup>21</sup> *Idem.*

Los datos de la Gráfica 5 permiten identificar los porcentajes del gasto público y del privado destinados al ramo de la salud en nuestro país en el periodo de 2000 a 2013. Como es posible apreciar, los datos señalan que sólo en materia de bienes y servicios médicos, programas de salud pública y prevención, así como la administración de los mismos, los porcentajes con origen privado en 2000, 2005 y 2010 superan a los recursos de origen público, mientras que en 2013 tal situación se invierte imperceptiblemente.

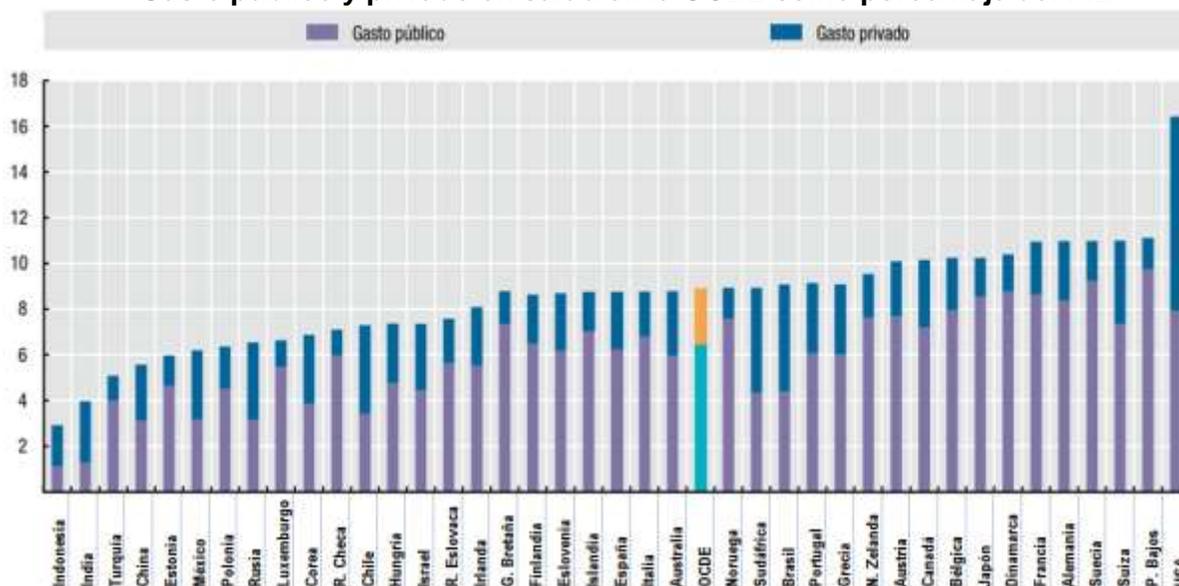
**Gráfica 5**  
**Gasto público y privado en salud en México como porcentaje del PIB**



La Gráfica 6 indica el comportamiento del gasto privado y del gasto público en el ramo de la salud en las naciones integrantes de la OCDE y en otros países del mundo. Los datos de las más de cuarenta naciones que se incluyen en la ilustración, permiten conocer la proporción de erogaciones en salud según el origen de los recursos.

Como puede verse, nuestro país es uno en los que la proporción del gasto público en salud es superada por las erogaciones de origen privado y en donde —como ya quedó asentado— los recursos totales en dicho ramo como porcentaje del Producto Interno Bruto, son menores que los asignados en casi la totalidad de los países que integran la OCDE.

**Gráfica 6**  
**Gasto público y privado en salud en la OCDE como porcentaje del PIB**



Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, “Panorama estadístico de la OCDE 2015-2016, Economía, medio ambiente y sociedad”, OCDE, Francia, 2016.

Diferentes estudios y análisis sobre el tema, se han abocado a examinar la vertiente financiera y administrativa de los servicios de salud pública en nuestro país. Al respecto, se ha hecho énfasis en que su actual segmentación implica la duplicación de funciones y no permite el aprovechamiento de la competencia o el uso de recursos más baratos y de mayor calidad, subrayando que la inexistencia de un sistema nacional confiable de información en la materia, está generando duplicidades del financiamiento público y desaprovecha la planeación estratégica de los recursos para la salud.<sup>22</sup>

Parte de las limitantes y de las deficiencias anotadas previamente se traducen en efectos concretos para el desarrollo de las naciones, su crecimiento económico y el bienestar de su población. La Organización Mundial de la Salud ha efectuado estimaciones de los años de vida perdidos en las naciones efectuadas a partir del número de defunciones ocasionadas por enfermedades transmisibles, no transmisibles y por traumatismos en cada una de las naciones.<sup>23</sup>

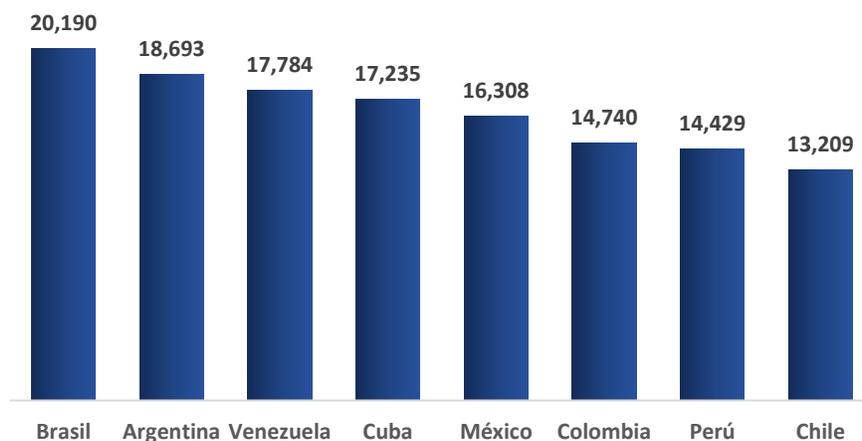
En relación con lo anterior, se sabe que los años de vida perdidos en la población de un país permiten identificar las consecuencias de la fragilidad de los sistemas de salud en las sociedades y reflexionar sobre los efectos de tales deficiencias en la economía y en

<sup>22</sup> Presidencia de la República, “Programa...”, *op. cit.*

<sup>23</sup> Organización Mundial de la Salud, “Estadísticas sanitarias mundiales 2014”, OMS, Suiza, 2014.

los indicadores de bienestar social. Las cifras de la Gráfica 7 permiten reflexionar acerca de lo anterior.

**Gráfica 7**  
**Años de vida perdidos en diferentes países**  
**(Por cada 100,000 habitantes)**



Fuente: Organización Mundial de la Salud, “Estadísticas sanitarias mundiales”, Suiza, 2014.

Otro elemento para contar con un diagnóstico del tema que nos ocupa, es el referente al conocimiento de los conflictos relacionados con la atención a la salud. Desde la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en 1996 es posible identificar una creciente judicialización de los conflictos derivados del acto médico. Si bien la tendencia sostenida ascendente de dicha judicialización inició en otros países a principios de la década de los años 80 del siglo pasado, hacia mediados de la década siguiente la misma tendencia se estaba extendiendo en México.<sup>24</sup>

La propia CONAMED reconoce que en nuestro país la vía jurisdiccional se encuentra sumamente arraigada en la resolución de las quejas relacionadas con la prestación de los servicios de la salud y buscan esencialmente que el médico sea sancionado, así como obtener una restitución a través de la atención médica rehabilitadora o el pago de una indemnización. Debido a lo anterior, el sistema de procuración de justicia

<sup>24</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico, “20 años de arbitraje médico en México”, México, CONAMED, 2016.

y el propio Poder Judicial han llegado a presentar cargas excesivas de trabajo por los asuntos relacionados con la responsabilidad profesional en el ámbito médico.<sup>25</sup>

El Cuadro 2 permite conocer la vertiente numérica de esa situación, ya que como se aprecia cerca de 90 mil asuntos fueron presentados en el periodo 1996-2015 relacionados con quejas vinculadas a deficiencias en la prestación de los servicios de salud en el país.

La información aludida da una idea de la gravedad del tipo de carencias de un fenómeno que ha permeado en la prestación de este servicio y que denota la magnitud de los retos existentes en el sector.

Cabe mencionar, que las quejas más recurrentes en el rubro se originaron en los servicios de urgencias, ginecología y obstetricia, traumatología, ortopedia, cirugía general, medicina familiar, oftalmología, urología, cirugía plástica, estética y reconstructiva, medicina interna, pediatría, oncología, otorrinolaringología, cardiología, gastroenterología, neurología, medicina general, nefrología, cirugía vascular, psiquiatría, cirugía pediátrica, medicina crítica y terapia intensiva, hematología, neonatología entre otros.

**Cuadro 2**  
**Conflictos derivados de atención a la salud en México**  
**Principales motivos que originaron el incidente que ocasionó la queja, 1996-2015.**

Año	Accidentes	Atención de parto	Atención inicial	Auxiliares de diagnóstico	Deficiencias admvas.	Diagnóstico	Relación médico paciente	Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico	Otros	Total
1996	0	89	0	25	0	243	29	333	387	52	1,158
1997	0	0	0	24	0	285	46	445	476	71	1,347
1998	0	0	0	48	0	264	36	602	497	47	1,494
1999	0	50	0	39	0	317	37	572	609	125	1,749
2000	0	170	0	70	0	320	25	530	607	103	1,825
2001	0	106	2	48	0	250	34	414	539	85	1,478
2002	0	69	11	12	0	237	33	344	431	35	1,172
2003	0	115	17	28	0	247	36	470	562	39	1,514
2004	0	114	16	29	0	213	18	515	614	26	1,545
2005	0	90	2	19	0	300	13	541	667	29	1,661
2006	0	82	8	16	0	329	5	514	686	17	1,657
2007	0	0	0	0	5	371	3	503	816	43	1,741
2008	0	0	0	0	6	383	4	398	867	130	1,788
2009	77	126	0	28	185	1,778	149	440	1,257	0	4,040
2010	101	111	0	33	274	3,619	573	491	1,840	0	7,042
2011	105	105	0	39	564	4,183	1,498	451	2,074	0	9,019
2012	111	136	0	55	548	4,224	2,231	567	2,133	0	10,005
2013	134	147	0	73	630	4,578	3,231	565	2,187	0	11,545
2014	114	184	0	290	1,235	5,009	3,358	1,364	2,568	0	14,122
2015	116	138	0	331	1,185	5,033	2,500	1,518	2,395	0	13,216
1996-2015	758	1,832	56	1,207	4,632	32,183	13,859	11,577	22,212	802	89,118

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico, “20 años de arbitraje médico en México”, México, CONAMED, 2016.

<sup>25</sup> *Idem.*

Según datos divulgados por la CONAMED, el total de quejas concluidas según el ámbito donde se originó el conflicto, se distribuyen entre el sector público (73.7%) y el sector privado (26.3%). Así mismo, se tiene que dentro del sector público más de 90% de las quejas provienen de personas adscritas a las instituciones de seguridad social, destacando el IMSS como la institución que se mantiene a la cabeza en cuanto al número de quejas anuales.<sup>26</sup>

### **Gasto en publicidad del sector salud en México**

Los criterios asumidos por la administración pública para la divulgación de las actividades gubernamentales a través de los medios masivos de comunicación en los últimos años, han sido un tema de constante polémica en el ámbito legislativo, en círculos académicos y en medios especializados por parte de estudiosos del tema, por actores políticos y por ciudadanos con información e interés en el rubro.

Un estudio en materia de publicidad gubernamental dado a conocer por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), ha sostenido que las posturas acerca de las modalidades y estilos en torno a la política de comunicación social de los gobiernos, abarca las más diversas posiciones, desde las que plantean la necesidad de divulgar por todos los medios posibles las actividades de la administración pública y los mensajes de las autoridades, hasta las que esgrimen la necesidad de implementar estrictos lineamientos de austeridad. Junto con lo anterior, distintas corrientes de pensamiento han examinado los postulados en torno a si deben o no emplearse recursos públicos en las tareas de comunicación social y publicidad gubernamental y se han aportado datos y argumentos que sostienen ambas posiciones.<sup>27</sup>

Se ha señalado que en México la asignación de la publicidad oficial permite comprender sólo una parte del complicado panorama mediático del país y que la falta de reglas claras en materia de asignación de contratos en materia de comunicación social permite al gobierno influir o incluso chantajear a los dueños de los medios de comunicación y a los periodistas. En ese contexto, se ha acusado a los gobiernos federal y locales de utilizar la publicidad oficial para dar forma a la línea editorial de los medios de comunicación

---

<sup>26</sup> *Idem.*

<sup>27</sup> Ver: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Publicidad gubernamental. Gasto público y propuestas legislativas”, CESOP, Cámara de Diputados, México, 2015.

y empujar agendas partidistas, al tiempo que ha señalado que la asignación opaca y arbitraria de la publicidad oficial, restringe el pluralismo y la diversidad de voces mediante la financiación selectiva de medios de comunicación que apoyan a los funcionarios y sus políticas.<sup>28</sup>

En la perspectiva de una investigación denominada *Comprando complacencia, publicidad oficial y censura indirecta en México*, editada por la “Asociación Mundial de Periódicos y Editores de Noticias”, se expone como uno de sus hallazgos principales el hecho de que en México se efectúan gastos millonarios en publicidad oficial que tienen por objeto promover a políticos o agendas partidistas, sin que se compruebe algún impacto positivo sobre el debate público, al tiempo que se subsidia a ciertos medios de comunicación favoritos, ocasionando con ello que se lleguen a gastar cada año más de 900 millones de dólares en publicidad.

Estudios sobre el tema de la publicidad gubernamental, coinciden en que es común la venta de "cobertura informativa" y entrevistas en el marco de los contratos anuales de publicidad gubernamental. Bajo este esquema, las instituciones públicas han tratado de asegurar una imagen positiva en los medios de comunicación mediante la compra de noticias que les sean ventajosas. Por tanto, la publicidad oficial se disfraza de noticia, una situación que muchos medios no sólo han aceptado, sino que incluso han promovido. Entrevistas, infomerciales y cobertura informativa se consideran parte de la publicidad oficial, y podrían representar alrededor del 40% del monto total invertido.

Los datos contenidos en el Cuadro 3 permiten identificar las enormes cantidades pagadas por concepto de publicidad y comunicación social por parte del Sector Salud en la Administración Pública Federal durante el periodo comprendido entre 2008 y 2016.

Las crecientes cantidades de recursos públicos asignadas a la cobertura de este tipo de pagos, han colocado desde hace tiempo en la agenda nacional el debate en torno a la conveniencia de acotar las partidas de recursos por tales conceptos, sin embargo la demanda de ciudadanos y especialistas del ramo no ha sido objeto de consenso legislativo y recurrentemente las asignaciones financieras de todas las dependencias del sector público muestran un crecimiento constante y sostenido por tales conceptos.

---

<sup>28</sup> *World Association of Newspapers and New Publishers Center for International Media Assistance*, “Comprando complacencia, Publicidad oficial y censura indirecta en México”, Asociación Mundial de Periódicos y Editores de Noticias, WAN-IFRA, Francia, 2014.

En lo que respecta a los gastos de publicidad del sector salud, es menester mencionar que además de su significativo peso financiero, registran una clara tendencia de crecimiento en las fechas que se incluyen en el cuadro.

Debe mencionarse también que en el cuadro se reportan los datos correspondientes tanto a la Secretaría de Salud como a las entidades de control presupuestario directo e indirecto que forman parte de dicho sector. Teniendo presente que las entidades de control presupuestario directo incluyen a la administración paraestatal, cuyos presupuestos forman parte del Presupuesto de Egresos de la Federación (como el IMSS y el ISSSTE) y en donde la autorización, seguimiento, control y evaluación de su presupuesto se somete al Poder Legislativo.

**Cuadro 3**  
**Gasto ejercido en servicios de comunicación social y publicidad en el Sector Salud de la Administración Pública Federal 2008-2016 (Miles de pesos)**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>S. Salud</b>	327,191,40	945,970,10	1,110,270,60	2,172,716,60	2,547,904,80	101,534,80	199,690,80	1,174,349	1,436,689,20
<b>IMSS</b>	298,182,20	364,146,40	447,527,10	542,819,20	625,492,00	562,745,80	728,749,00	572,718	375,431,50
<b>ISSSTE</b>	294,280,40	28,406,50	29,858,90	44,197,00	148,645,90	100,985,8	31,134,30	107,562	100,222,90

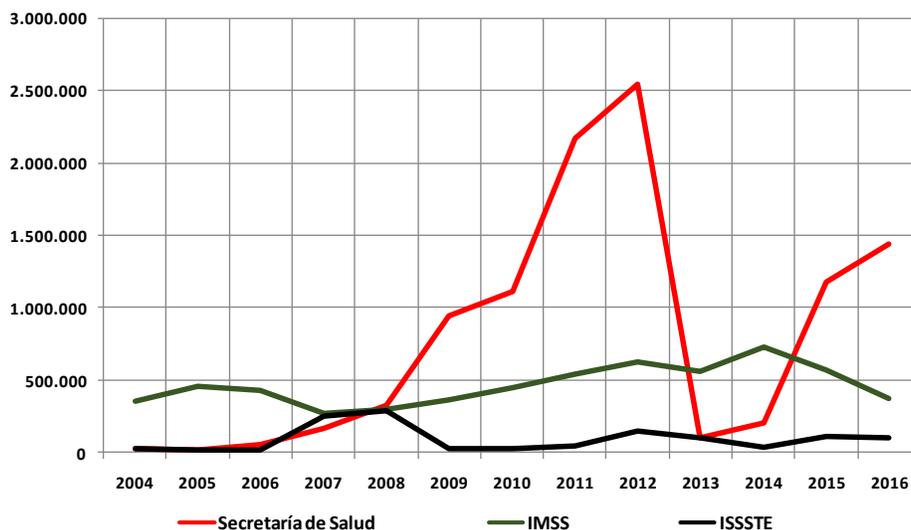
Fuente Presidencia de la República, “Quinto Informe de Gobierno”, México, 2017.

Los datos del cuadro anterior y de la Gráfica 8, recogen la información registrada bajo el rubro “Gasto ejercido en servicios de comunicación social y publicidad en la Administración Pública Federal 2004-2017”, información que se encuentra detallada en el Quinto Informe de Gobierno 2016-2017 e incluyen las cifras del gasto total de cada uno de los sectores en materia de comunicación social y publicidad, es decir, el gasto de las dependencias centralizadas, más el gasto de las entidades de control presupuestario indirecto del sector correspondiente, así como las erogaciones por el pago de publicidad efectuadas por entidades del sector salud como el IMSS y el ISSSTE entre otras instituciones.

Con relación a los datos alusivos al gasto en publicidad de la Secretaría de Salud, es necesario tener presente que en noviembre de 2013, La Comisión Anticorrupción y Participación Ciudadana del Senado de la República inició una investigación relacionada con presuntas irregularidades acerca de los pagos por 322 millones de pesos -24,3 millones de dólares- efectuados por concepto de campañas de publicidad en 260 medios nacionales por parte de dicha dependencia.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Claudia Guerrero, “Exigen aclarar deuda en Salud,” *Reforma*, 12 de noviembre, 2013.

**Gráfica 8**  
**Gasto en comunicación social y publicidad en el Sector Salud 2004-2016**  
**(Miles de pesos)**



Fuente: Elaboración con datos de Presidencia de la República, “Quinto Informe de Gobierno”, México, 2017.

Existe un mandato constitucional de expedir una normatividad que regule el tema de la publicidad gubernamental como resultado de la reforma al Pacto Federal de febrero de 2014, reforma que obliga al Congreso a la promulgación de una ley secundaria sobre el particular. Tal situación, obligará a definir la naturaleza de la relación entre las instituciones del Estado Mexicano y los medios de comunicación para los próximos años.

Quienes se han abocado al análisis del tema, destacan los serios retos que implica una regulación integral sobre este asunto. Desde la conformación de instancias realmente autónomas y genuinamente independientes que tengan como función precisar las relaciones de los medios de comunicación y las instituciones públicas, pasando por el establecimiento de límites presupuestales a las campañas publicitarias y llegando hasta la definición del tipo de comunicación social que puede ser divulgada por el poder público, entre otros aspectos.

En la práctica, la administración pública federal sigue gastando cantidades cuantiosas de recursos públicos en publicidad oficial sin que se pueda conocer su impacto real o si se logran cambios gracias a la información divulgada por el gobierno. Estos últimos años, el gasto en publicidad oficial ha experimentado un incremento constante acompañado

de sobre ejercicios importantes en un periodo en donde han existido recortes al presupuesto en sectores como salud, desarrollo social y medio ambiente.<sup>30</sup>

De acuerdo con datos oficiales que ha examinado de manera recurrente el Centro de Análisis e Investigación FUNDAR, la suma de los cuatro primeros años y lo que va de 2017 de ejercicio del actual gobierno, las erogaciones por concepto de pago de publicidad gubernamental ascendió a 37 mil 725 millones de pesos (mdp), cantidad que equivale a cuatro veces el monto destinado en 2016 al Programa de Productividad Rural de la Secretaría Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (9 mil 409 mdp); o cuatro veces el presupuesto en 2016 destinado a las Becas de posgrado y apoyos a la calidad, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (9 mil 433 mdp), las cuales beneficiaron a 57,803 personas. En un análisis efectuado a nivel de dependencias, para los años de 2015 y 2016, FUNDAR ha concluido que las secretarías de Salud, Desarrollo Social y Educación, aún tras resentir importantes recortes presupuestarios, gastaron alrededor de 5 mil 948 mdp por pago de publicidad, lo anterior a pesar de que la Secretaría de Salud tuvo un recorte de 10% de su presupuesto en 2015, y de un 6% en 2016, dicha dependencia ejerció 2 mil 800 mdp en ambos años, un monto superior en 2 mil 336 mdp respecto a lo aprobado en ese rubro para los años mencionados.<sup>31</sup>

La investigación denominada “El gasto en publicidad oficial del gobierno federal de 2013 a 2016”, divulgada recientemente por FUNDAR, da cuenta que de los años 2013 a 2016, la administración de Enrique Peña Nieto ha ejercido más de 36 mil 261 millones de pesos en publicidad oficial y que entre 2013 y 2016, dicho gasto aumentó en un 31.21%. Parte de lo anterior se aprecia en el Cuadro 4 en donde se advierte que la Secretaría de Salud como dependencia contratante de publicidad oficial, es la que ---en 2016 por segundo año consecutivo--- gastó por dicho concepto con el 14.34% del total del sector público (1 mil 535 mdp). De dicha cantidad, la Secretaría de Salud destinó 6.82% (730 mdp) a pago en televisión; 2.45% (262 mdp) a radio; 2.41% (257 mdp) a “otros”; 1.95% (208 mdp) a medios impresos; 0.42% (44 mdp) a cine; y 0.31% (33 mdp) a internet. Del porcentaje designado a televisión, 3.44% (368 mdp) se otorgó a Televisa y 1.98% (212 mdp) a TV Azteca.

---

<sup>30</sup> FUNDAR, Centro de Análisis e investigación, “El gasto en publicidad oficial del Gobierno Federal de 2013 a 2016, contar *lo bueno* cuesta mucho”, FUNDAR, México, 2017.

<sup>31</sup> *Idem*.



Termina señalando la investigación de FUNDAR, que para el ejercicio fiscal de 2016 la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, recortó 132 mil mdp del Presupuesto de Egresos de la Federación, equivalentes al 0.7% del Producto Interno Bruto. En lo que respecta a la baja sufrida por el presupuesto de la Secretaría de Salud, esta se vio afectada con un recorte de 9 mil 300 mdp, ajuste que desde luego no fue experimentado por el rubro de comunicación social, ni por el correspondiente a pago de publicidad.

La enorme cuantía de recursos canalizados al pago de publicidad en los últimos años en el ámbito del Sector Salud y del resto de la Administración Pública, además de permitir conocer la gran cantidad de bienestar social que pudo haberse generado a nivel nacional con esos recursos, denota también la creciente simbiosis entre los consorcios de las telecomunicaciones y los tomadores de decisiones en nuestro país.

**Cuadro 4**  
**Distribución porcentual del gasto de las dependencias del Sector Salud con mayores erogaciones por concepto de publicidad oficial de 2013 a 2016.**

Dependencia de gobierno 2013	% del total 2013	dependencia de gobierno 2014	% del total 2014	dependencia de gobierno 2015	% del total 2015	dependencia de gobierno 2016	% del total 2016
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	7.96%	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	10.71%	Secretaría de Salud (SS)	12.72%	Secretaría de Salud (SS)	14.34%

Fuente: FUNDAR, Centro de Análisis e investigación, “El gasto en publicidad oficial del Gobierno Federal de 2013 a 2016, contar *lo bueno* cuesta mucho”, FUNDAR, México, 2017.

### Los servicios del Sector Salud en la opinión pública

Una de las herramientas más utilizadas en la evaluación de las políticas públicas en los años recientes, han sido las mediciones de la opinión ciudadana obtenidas por medio de sondeos, encuestas, consultas y otros mecanismos que permiten identificar parte del sentir ciudadano sobre un tema determinado.

Una de esas herramientas es la *Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental* (ENCIG), levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), durante 2015 y dada a conocer al año siguiente. El propósito de dicha encuesta fue dar a conocer la evaluación que la población de 18 años y más otorga a los trámites, pagos y servicios efectuados ante diversas instancias de la Administración Pública como la prestación de servicios básicos como agua potable, drenaje, alumbrado, parques, recolección de basura, policía, educación pública, atención médica, entre otros aspectos. Todo lo anterior, con el objeto de que las instancias gubernamentales pudieran contar con elementos que permitan la toma de decisiones sobre la calidad de los servicios prestados.

En lo que respecta al tema de los servicios de salud prestados por parte de las instancias gubernamentales, la ENCIG busca medir la satisfacción de los usuarios, captar información sobre sus características, así como reunir información sobre la realización de trámites y pagos en clínicas y hospitales públicos en ciudades de cien mil habitantes y más durante 2015, lo anterior con el objeto de medir la percepción en cuestiones como la corrupción y generar estimaciones sobre sus efectos en el ámbito de la salud.

A partir de la ENCIG se estimaron diversos aspectos en materia de salud prestados por instancias públicas. A continuación, se incluirán valoraciones expresadas por ciudadanos encuestados en torno a los servicios prestados por tres instituciones de salud del sector público de nuestro país: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y las clínicas de las entidades federativas y del denominado Seguro Popular.

En lo que se refiere a la primera de las instituciones aludidas, la encuesta en referencia logró identificar, entre otras cosas, que solamente 12% de la población usuaria del servicio de salud del IMSS considera que dichos servicios se brindan sin saturación o aglomeración, además de que únicamente 38% de los usuarios se muestran satisfechos con la atención recibida. El resto de las opiniones en torno a la calidad de los servicios brindados por el IMSS aparece en la Gráfica 9.

**Gráfica 9**  
**Percepción ciudadana sobre la calidad de los servicios de salud en el IMSS**  
**(Porcentajes, valoraciones positivas)**



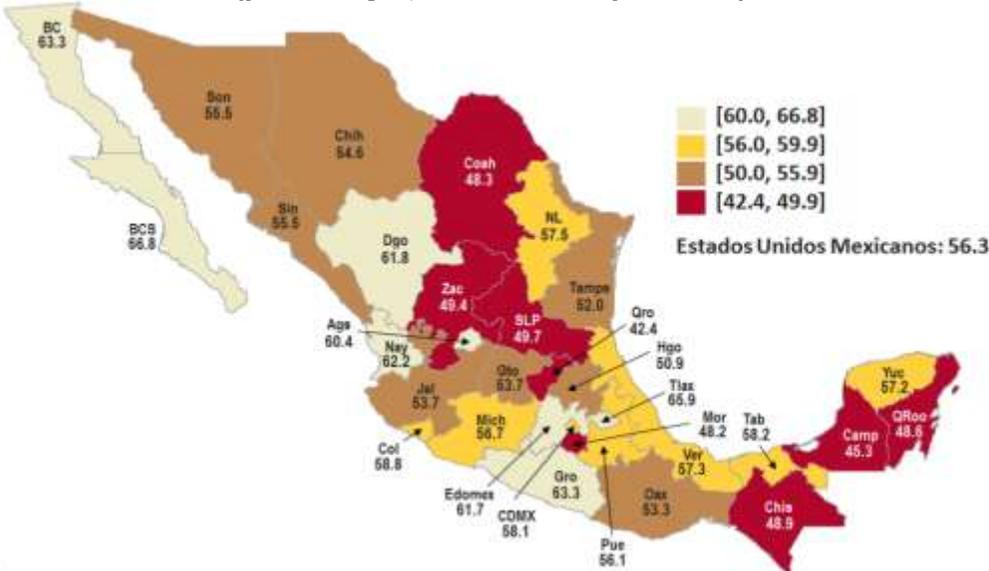
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2015”, INEGI, 2016.

Menos de la mitad de los usuarios en 2015 del IMSS (48%) consideraron que el mismo tenía suficientes medicamentos para el tratamiento de su diagnóstico y porcentajes similares de usuarios (43%) juzgaron como inmediata la modalidad de la atención recibida en dicha institución, mientras que únicamente 39% de los ciudadanos encuestados evaluó como “atención sin deficiencias” la brindada a sus personas y a los demás derechohabientes.

A partir de la *Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental* se estimó, que sólo 56% de la población usuaria considera que existen médicos suficientes. Sin embargo, esa percepción no es uniforme ni homogénea a nivel nacional.

Como se aprecia en el Mapa 2 el sentir de la población consultada al respecto, difiere tratándose de algunos estados del sur-sureste de la República, (Campeche, Quintana Roo y Chiapas) y de la zona centro-norte del país como San Luis Potosí, Zacatecas y Coahuila, en donde prevalece el sentir de un menor número de profesionales de la salud adscritos al IMSS durante el periodo del levantamiento. Lo contrario se advierte en los estados de la península Baja California y en entidades como Durango Aguascalientes, Nayarit, Estado de México, Guerrero y la Ciudad de México.

**Mapa 2**  
**Percepción ciudadana sobre el número de médicos en el IMSS**  
**(porcentajes, valoraciones positivas)**

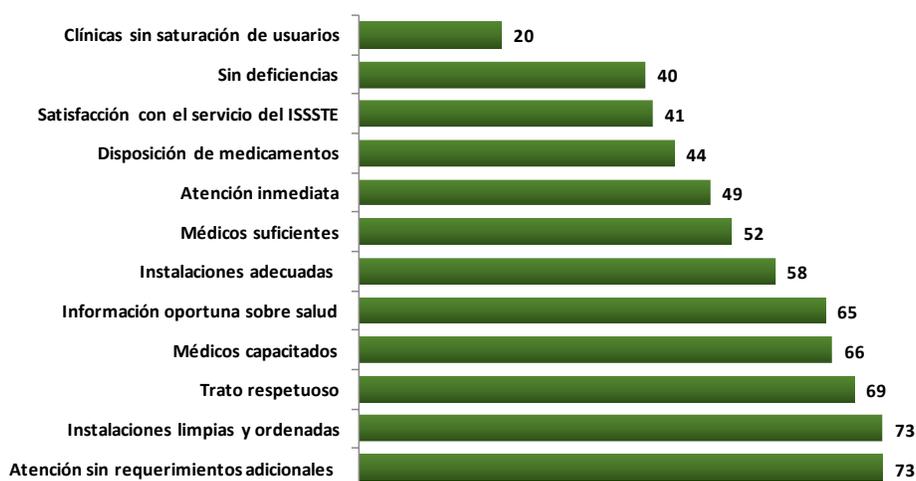


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2015”, INEGI, 2016.

En lo que respecta al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, los datos que arroja la encuesta aludida permiten apreciar un escenario similar al expresado por los ciudadanos derechohabientes del IMSS.

Los datos de la ENCIG que se aprecian en la Gráfica 10 muestran que sólo uno de cada cuatro usuarios del ISSSTE, evalúan como ausentes de saturación y aglomeraciones las clínicas y hospitales de dicha institución. Junto a ello, menos del 50% de los usuarios consultados considera que la atención recibida puede calificarse sin deficiencias (40%), o juzga con satisfacción el servicio recibido (41%). En porcentajes similares (44%), identifica como suficiente la disposición y existencia de medicamentos y sólo 49% califica como inmediata la atención prestada en la institución mencionada.

**Gráfica 10**  
**Percepción ciudadana sobre la calidad de los servicios de salud en el ISSSTE**  
**(Porcentajes, valoraciones positivas)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2015”, INEGI, 2016

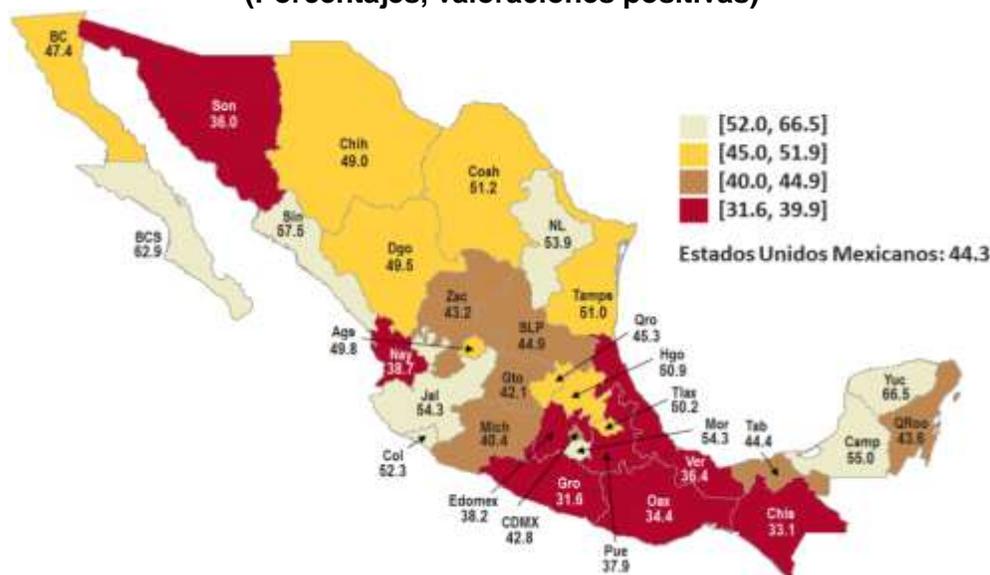
Como resultado de la ENCIG se ha logrado estimar que únicamente un promedio nacional del 44% de la población usuaria de los servicios del ISSSTE, considera que existen medicamentos suficientes para la atención de la población derechohabiente, pero ese porcentaje no es uniforme en toda la República. Como puede apreciarse en el Mapa 3, existe una disparidad de opiniones de los ciudadanos consultados sobre la disponibilidad de medicamentos en las diferentes clínicas y hospitales de la mencionada institución durante la fecha del levantamiento.

Como se aprecia en el mapa, la valoración más crítica sobre el particular, se presenta nuevamente en los estados del sur-sureste ya que tanto en Chiapas, Oaxaca,

Guerrero, Veracruz y Puebla, donde se percibe un desabasto de medicamentos por casi 7 de cada 10 usuarios. Lo mismo acontece con entidades de otras regiones del país como Sonora, Nayarit, Estado de México y el otrora Distrito Federal.

Los datos correspondientes a Quintana Roo, Tabasco, San Luis Potosí, Zacatecas, Michoacán y Guanajuato, arrojan que la percepción sobre falta de medicamentos es levemente menor, pero sigue siendo muy notable para 40 y 44% de la población usuaria. La magnitud y la gravedad de la falta de medicamentos en las clínicas y hospitales del ISSSTE, son percibidas en toda la República, aunque en menor escala en otras entidades federativas como Nuevo León, Sinaloa, Baja California Sur, Campeche, Yucatán y Jalisco.

**Mapa 3**  
**Percepción ciudadana sobre disponibilidad de medicamentos en el ISSSTE**  
**(Porcentajes, valoraciones positivas)**

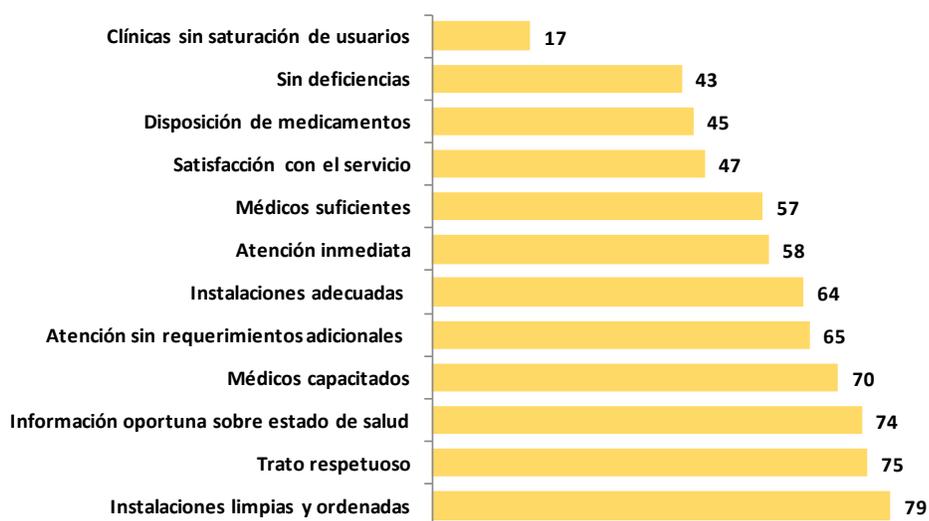


Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2015”, INEGI, 2016.

Se tiene que los datos de la encuesta multicitada, arrojan que sólo 17.6% de la población beneficiaria de dicho servicio afirma que las clínicas y los hospitales de los servicios de salud estatales o del Seguro Popular no están saturados de usuarios, mientras que un modesto 43% de los ciudadanos encuestados juzga como “sin deficiencias” los servicios de tales instituciones, mientras que un promedio del 45% califica como “suficiente” la disposición de medicamentos en las clínicas y hospitales del ámbito local o del denominado Seguro Popular. Los datos anteriores, se aprecian en la Gráfica 11, en donde también se identifica que las mayores calificaciones sobre tales instancias prestadoras de servicios de

salud se dan en rubros como: *instalaciones limpias y ordenadas, trato respetuoso, información oportuna y médicos capacitados.*

**Gráfica 11**  
**Percepción sobre la calidad de los servicios de salud estatales o Seguro Popular**  
**(Porcentajes, valoraciones positivas)**



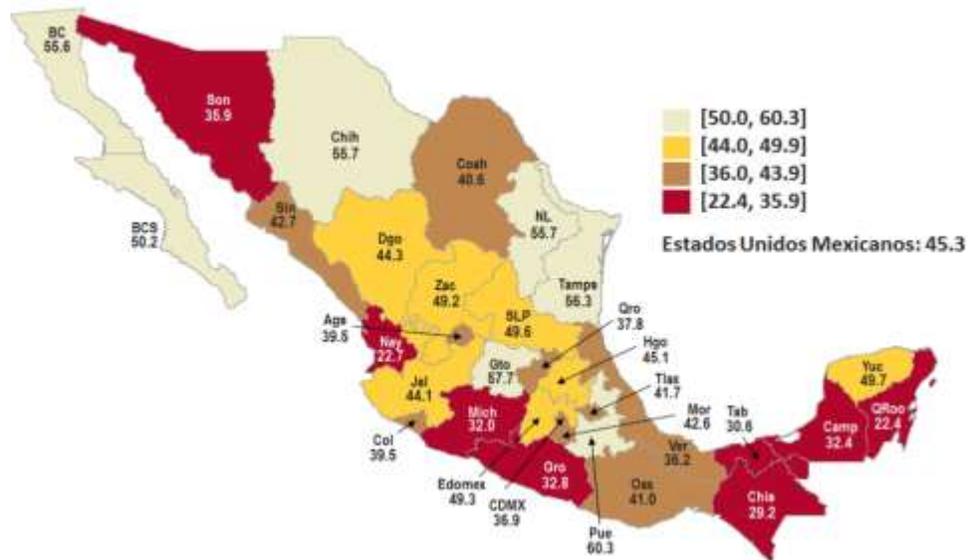
Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2015”, INEGI, 2016.

Al igual que lo acontecido con la opinión expresada respecto al ISSSTE, de nuevo los rubros más desfavorablemente evaluados para el Seguro Popular corresponden a la disponibilidad de medicamentos. El Mapa 4 permite identificar que sólo 22% de ciudadanos derechohabientes de los servicios de salud en el ámbito de las entidades federativas o del Seguro Popular en Quintana Roo y Yucatán, considera que existe disponibilidad de medicinas. Con porcentajes levemente mayores a los anotados, pero que indican la gravedad de la falta de medicinas en el sistema de salud en referencia, aparecen nuevamente algunos de los estados de la región sur-sureste (Campeche, Chiapas, Tabasco y Guerrero), entre otros.

Aunque los porcentajes del indicador en referencia no son homogéneos para toda la República, permiten identificar un fenómeno que denota la gravedad del estado prevaleciente en el sistema de salud pública a nivel nacional: el severo desabasto de

medicamentos que impiden atender adecuadamente las afecciones a la salud de millones de personas en nuestro país.

**Mapa 4**  
**Percepción ciudadana sobre disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud estatales o en el Seguro Popular (Porcentajes, valoraciones positivas)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2015”, INEGI, 2016.

Junto con la *Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental* levantada por el INEGI, otros mecanismos de medición de la percepción de la ciudadanía se han llevado a cabo en diferentes fechas por conducto de diversas instituciones. Un ejercicio consultivo sobre el mismo tema y con alcances análogos, fue la encuesta nacional denominada *Sistema de Salud Pública*, dada a conocer por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión (CESOP).

Esta institución llevó a cabo en julio de 2016, alrededor de 900 entrevistas encaminadas a identificar el punto de vista ciudadano acerca del sistema de salud pública en México. Dentro de los principales hallazgos del mencionado ejercicio, se tiene que las personas consultadas consideran como los principales problemas de dicho sistema la mala calidad en el servicio en las instituciones del ramo, el desabasto de medicinas y las deficiencias en la cobertura de salud pública, entre otros aspectos.

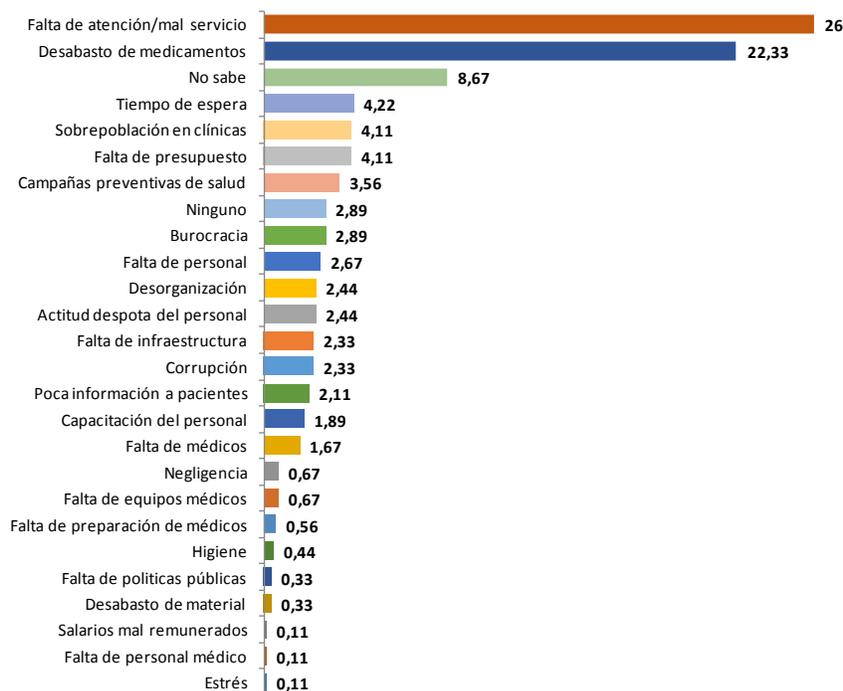
En lo que se refiere a la percepción de las Instituciones de salud, se tiene que los servicios de salud privados encabezan las opiniones positivas de las instancias abocadas a tales actividades, seguidas del Seguro Popular, el sistema de salud militar, la Secretaría de Salud. Por el contrario, el IMSS aparece como la institución menos favorecida en el ramo, seguida del ISSSTE.

De los resultados del ejercicio demoscópico anotado, se advierte, entre otras cosas, que 80.2% de la población encuestada es derechohabiente al IMSS, al ISSSTE o al Seguro Popular, mientras que el resto de los encuestados carece de tal prestación. Igualmente, 8.8% de los ciudadanos encuestados manifestó que ha sido atendido en una institución pública, apareciendo en primer lugar el IMSS, seguido de alguna dependencia adscrita a la Secretaría de Salud, siguiéndole el Seguro Popular, el ISSSTE y las clínicas y hospitales pertenecientes a la Secretaría de la Defensa Nacional.

En cuanto a la calificación ciudadana de la calidad de los servicios de salud recibidos, la encuesta en cita incluye variables como: *calidad de la atención, disponibilidad de medicamentos, tiempo de espera, capacidad de respuesta de ambulancias, preparación de los médicos, infraestructura, calidad de los instrumentos y equipo médico, entre otros aspectos.*

Los datos de la Gráfica 12 permiten identificar la percepción en torno a los mayores problemas señalados por la ciudadanía en las diferentes instituciones de salud pública o de dicho sistema en su conjunto.

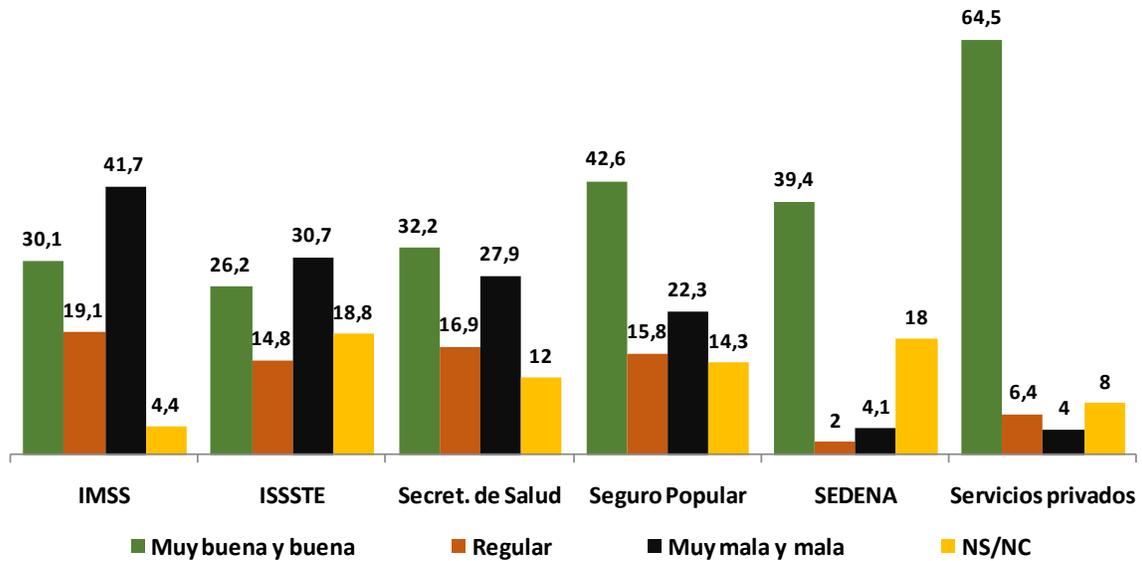
**Gráfica 12**  
**En su opinión, ¿cuál es el principal problema del sistema de salud pública o de las instituciones de salud pública? (porcentajes)**



Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Sistema de salud pública”, Encuesta telefónica nacional, Cámara de Diputados, México, 2016.

Parte de los datos obtenidos en el ejercicio demoscópico coordinado por el CESOP, va enfocado a conocer la opinión ciudadana sobre los servicios prestados por las clínicas y hospitales del sector salud, así como por las instituciones del ramo en el ámbito privado. Los datos de la Gráfica 13 muestran que las opiniones negativas sobre los servicios prestados por el IMSS y por el ISSSTE a nivel nacional superan a su contraparte positiva, lo que no se advierte en el resto de las instituciones consideradas en el ejercicio.

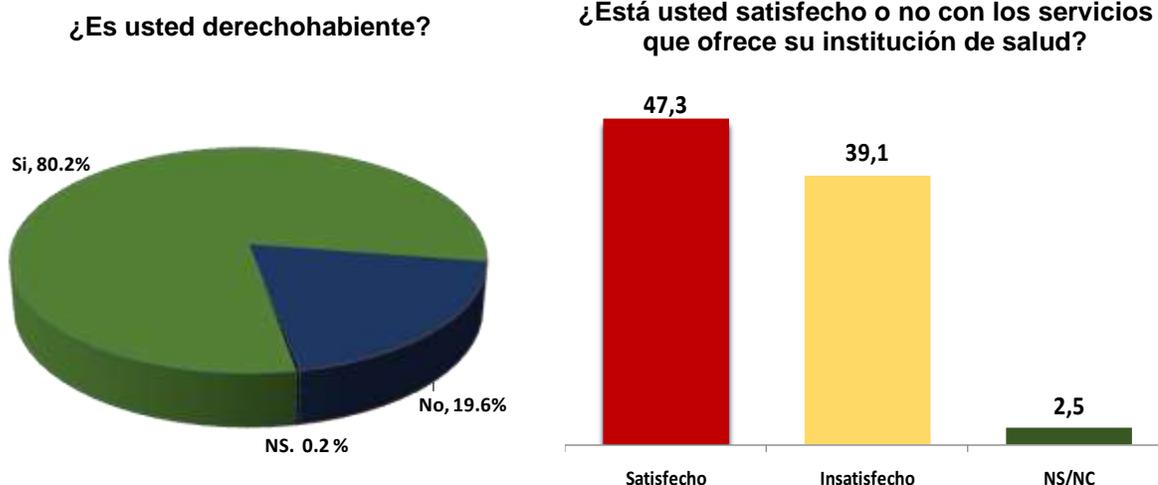
**Gráfica 13**  
**¿Y cuál es su opinión del...?**  
**(Porcentajes)**



Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Sistema de salud pública”, Encuesta telefónica nacional, Cámara de Diputados, México, 2016.

En términos generales, la valoración ciudadana expresada en la encuesta divulgada por el CESOP, permite identificar que franjas importantes de la población en México no se consideran satisfechas por los servicios de salud recibidos. Las cifras de las ilustraciones siguientes, muestran los porcentajes de ese descontento. En el caso de la Gráfica 14, la ilustración de la derecha, alude a los porcentajes de personas encuestadas que manifestaron haber sido atendidas en instituciones del sector público.

**Gráfica 14**



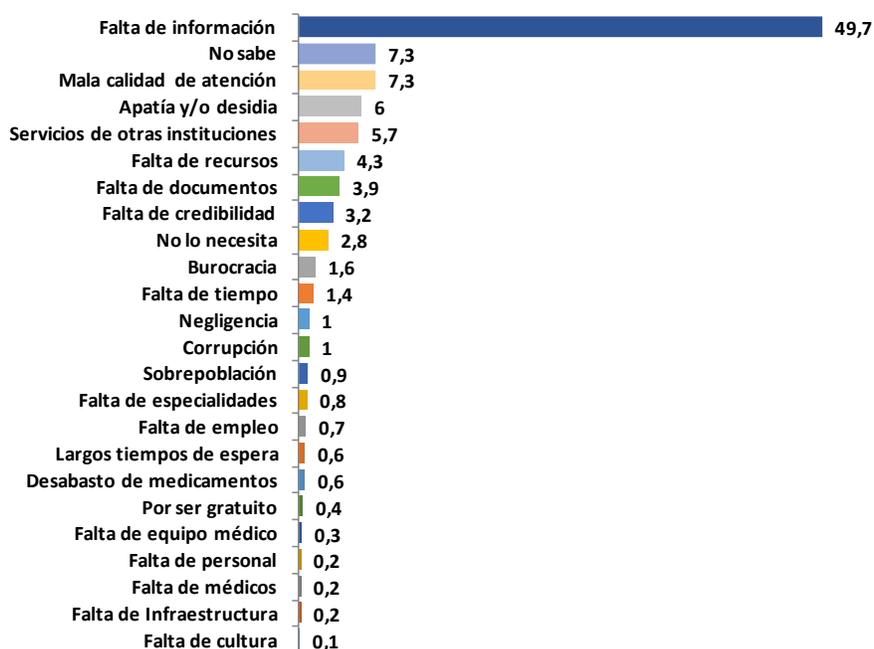
Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Sistema de salud pública”, Encuesta telefónica nacional, Cámara de Diputados, México, 2016.

En lo tocante a la percepción pública sobre la cobertura del Seguro Popular a nivel nacional, es posible advertir que ésta es condicionada por lo que el público encuestado considera principalmente como falta de información para inscribirse al mismo o en menor medida por aspectos como mala atención, apatía o falta de recursos, entre otras diferentes razones.

Otros aspectos considerados en el ejercicio de consulta aludido, son referentes a los denominados “vales de medicamentos”, en donde un tercio de la población declaró que pese a haberle sido prescrito determinado medicamento, el mismo no le fue proporcionado en las farmacias de la misma institución donde se consultó.

Otros de los hallazgos de la encuesta del CESOP, están relacionados con el sector de salud privado. Al respecto, los datos aludidos arrojan que 57.8% de la muestra admite haber sido atendido en tales instituciones, mientras que 45.6% de las personas consultadas manifestaron que el pago por los servicios recibidos en tales sitios fue alto. Igualmente, se advierte que 87.3% de los encuestados expresaron carecer de un seguro de gastos médicos mayores. Parte de lo anterior, se advierte en los datos contenidos en la Gráfica 15.

**Gráfica 15**  
**¿Cuál cree que sea la razón por la que a pesar de que el Seguro Popular es para todos, mucha población no esté afiliada?**  
**(Porcentajes)**



Fuente: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Sistema de salud pública”, Encuesta telefónica nacional, Cámara de Diputados, México, 2016.

### **Propuestas de reforma constitucional en el rubro y datos sobre el trabajo legislativo**

Diversas han sido las iniciativas presentadas ante las Cámaras del Congreso por conducto de los representantes populares. Como parte del trabajo legislativo han promovido diversas propuestas de reforma constitucional y legal, junto con diferentes proposiciones con punto de acuerdo, tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado, con el objeto de modificar el régimen legal relativo a la prestación de los servicios de salud en nuestro país.

Tanto las iniciativas de reforma al texto constitucional, como las propuestas de cambio a la normatividad secundaria y la presentación de proposiciones con punto de acuerdo, permiten identificar la relevancia que los legisladores han dado al tema en mención, tanto así que las iniciativas de reforma al pacto federal en materia de salud son casi un centenar —y una treintena sólo las relacionadas con el tema específico de los servicios de salud—, mientras que las iniciativas de reforma a la normatividad secundaria en todo el ámbito de la salud superan el millar (1,265) de propuestas promovidas en ambas

cámaras del Congreso entre septiembre de 2009 y octubre de 2017, es decir, de las legislaturas LXI a la LXIII.

Por lo que toca a las Propositiones con Punto de Acuerdo promovidas en ambas cámaras durante el periodo aludido, casi dos mil de estas (1,968) se presentaron ante las Cámaras del Congreso por legisladores de los diferentes grupos parlamentarios y por las restantes instituciones que tienen derecho de iniciativa ante el Congreso de la Unión.

Los anteriores datos dan cuenta tanto de la relevancia del tema, como de la complejidad de este y obliga a señalar, solo en lo referente a la treintena de iniciativas de reforma constitucional en materia de servicios de salud, que casi diez de ellas pugnan por un cambio del modelo de prestación de servicios en donde el Estado reasuma en su totalidad la rectoría en dicho rubro y tutele y garantice para los sectores vulnerables la adecuada recepción de los servicios correspondientes. Tales iniciativas buscan, por tanto, replantear el papel del Estado en su relación con el sector privado, en la prestación de las actividades señaladas.

Otro bloque de iniciativas de reforma constitucional, se enfocan a buscar que se consignen en el texto del pacto federal aspectos como la responsabilidad del Estado para garantizar el correcto funcionamiento del sistema de salud, la coordinación entre las instituciones prestadoras de servicios, la vinculación con las administraciones públicas de las entidades federativas, las modalidades que deberá tener la actuación del sector privado en la materia y los criterios financieros en el diseño del Presupuesto de Egresos de la Federación, entre otros temas complementarios.

Los datos del cuadro anexo al final de este documento, permiten identificar de manera expresa las diferentes iniciativas de reforma constitucional promovidas entre septiembre de 2006 y octubre de 2017 (Legislaturas LXI a la LXIII), enfocadas a buscar una modificación al tema de la prestación de los servicios de salud.

En el cuadro anexo, se logran apreciar los datos generales de la propuesta, como el nombre de la iniciativa, su objetivo, los datos de quien la plantea, su fecha de presentación y el status legislativo que la misma tiene actualmente.

## Comentarios finales

Existe coincidencia en quienes han estudiado el tema de la calidad en los servicios de salud, en afirmar que este es uno de los elementos clave en el proceso de evaluación del desempeño de la administración pública en los gobiernos contemporáneos.

Entre los elementos determinantes para identificar los niveles de desarrollo de una sociedad y de su gobierno en el tema en cuestión, es lograr definir quién asume los costos en la prestación de los servicios de salud y cuáles son las implicaciones sociales y los efectos económicos de dichas erogaciones para las personas, las familias y las comunidades.

En el modelo de prestación de los servicios de salud de nuestro país, se ha advertido la inexorable inserción de capitales particulares que han logrado desplazar parte importante de las tareas desempeñadas previamente por el sector público, generando un escenario en donde el sistema de salud se ha visto sometido de manera inexorable a las leyes del mercado.

Es de tener presente que, ante una sociedad con altos niveles de desinformación y despolitización, debe evaluarse la notable influencia de los medios de comunicación, así como los efectos persuasivos que puede tener una tenaz e insistente campaña gubernamental de publicidad en el proceso de obtención y salvaguarda del poder político en México.

La normatividad que el Congreso de la Unión llegue eventualmente a promulgar en torno a la publicidad gubernamental y la comunicación social de carácter público en materia de salud, se enfrenta a una clara disyuntiva. O asume los enormes desafíos que implica una regulación integral sobre el tema o expide un conjunto de preceptos que rehúyan y soslayan la contención de un fenómeno cuya gravedad e importancia son del dominio público.

Los resultados de los diferentes análisis de opinión pública efectuados sobre el tema de la atención a la salud en nuestro país, han arrojado datos previsibles para un rubro que ha sido atendido en menores proporciones y con menores recursos de los que la sociedad ha reclamado inveteradamente.

El sentir ciudadano acerca de la calidad de la atención a la salud, denota la coincidencia entre los estudios especializados acerca del tema y la percepción pública de

quienes han experimentado las desatenciones y las deficiencias de los servicios públicos del ramo.

La creciente importancia de los estudios de opinión como factores coadyuvantes en la toma de decisiones en la administración pública, ha sido determinante para llegar a definir parte de los criterios de evaluación de las políticas públicas en la materia y eso es una realidad que paulatinamente se consolida y se afianza.

Los retos del Poder Legislativo en torno al tema tienen lugar principalmente en el ámbito presupuestario y en la definición del papel que debe asumir el sector público en el funcionamiento del sistema de salud. La magnitud y la trascendencia de tales retos definirán sin duda el rumbo de la discusión legislativa en un futuro inmediato.

*José de Jesús González Rodríguez*

## ANEXO

### PROPUESTAS DE REFORMAS CONSTITUCIONALES RELACIONADAS CON EL TEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD LEGISLATURAS LXI-LXIII

Denominación	Objetivo	Origen de la iniciativa, fecha de presentación y status
Iniciativa que reforma el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los artículos 27 y 36 de la Ley General de Salud.	La iniciativa tiene por objeto elevar a nivel constitucional que el Estado proveerá de atención médica, dotación completa de medicamentos, tratamientos especializados y asistencia social en las instituciones públicas.	La iniciativa es presentada el 08/10/2009 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRI ante la Cámara de Diputados y se desechó el 29 de junio de 2012.
Iniciativa que reforma el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto establecer la obligación del Estado para promover y proteger los derechos sexuales y reproductivos, así como regular el acceso efectivo a los métodos anticonceptivos como una medida necesaria para asegurar la plena vigencia de los derechos reproductivos de las mujeres.	La iniciativa es presentada el 01/12/2009 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRD ante la Cámara de Diputados y fue desechada el 23 de noviembre de 2011.
Iniciativa que reforma el artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los artículos 17 y 28 de la Ley General de Salud.	La iniciativa propone establecer que el Congreso de la Unión, en coordinación con el Ejecutivo federal, fijarán las bases generales para determinar los criterios que permitan conformar el cuadro básico de insumos para el primer nivel y un catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel de atención médica, tomando en cuenta los precios máximos de referencia internacional de estos bienes; ello para transparentar los procesos de compra de medicamentos e insumos para la salud que realiza el sector público y garantizar un mercado farmacéutico más estable, que a su vez permita realizar compras por debajo del precio máximo internacional, generando ahorros.	La iniciativa es presentada el 16/02/2010 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRI ante la Cámara de Senadores y se dictaminó negativamente el 29 de marzo de 2016.
Iniciativa que reforma el artículo 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 28 de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	La iniciativa propone establecer como derecho de la víctima u ofendido, recibir atención médica y psicológica hasta su rehabilitación total a fin de garantizar la salud niños, niñas y adolescentes, las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales, se coordinarán para asegurarles una rehabilitación total, tanto física como mental.	La iniciativa es presentada el 06/05/2010 por legisladores del Grupo Parlamentario del PANAL ante la Comisión Permanente y se desechó el 30 de abril de 2012.
Iniciativa que reforma el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa propone que los infantes menores de un año de edad tengan garantizada la atención médica de las instituciones de salud del Estado, independientemente de su condición socioeconómica.	La iniciativa es presentada el 01/03/2011 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRI ante la Cámara de Diputados y fue desechada el 19 de abril de 2012.

**PROPUESTAS DE REFORMAS CONSTITUCIONALES RELACIONADAS CON EL TEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
LEGISLATURAS LXI-LXIII**

Denominación	Objetivo	Origen de la iniciativa, fecha de presentación y status
Iniciativa que adiciona un párrafo tercero al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa propone establecer que toda persona tiene derecho a una alimentación que le permita satisfacer sus necesidades nutricionales que aseguren su desarrollo físico y mental, en los términos que las Leyes establezcan.	La iniciativa es presentada el 12/04/2011 por legisladores del Grupo Parlamentario del PAN ante la Cámara de Senadores y se encuentra pendiente de dictamen.
Iniciativa que reforma el artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y reforma y adiciona diversas disposiciones de las Leyes Federal de Sanidad Animal, y General de Salud.	La iniciativa tiene por objeto que la regulación, verificación, inspección y certificación de las buenas prácticas de sacrificio tanto en los rastros como en los establecimientos tipo inspección federal se sujeten a lo previsto en la Ley Federal de Sanidad Animal.	La iniciativa es presentada el 22/09/2011 por legisladores del Grupo Parlamentario del PAN ante la Cámara de Diputados y fue retirada 16 de mayo de 2012.
Iniciativa que reforma el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa busca establecer en la Constitución el derecho de todos los ciudadanos al acceso de servicios integrales y expeditos de salud, con la garantía del suministro básico de medicamentos. Ello con el objeto de disminuir el desabasto de medicamentos en las clínicas del sector público, ya que esto afecta la economía y la salud de los pacientes violentando su derecho a la salud.	La iniciativa es presentada el 13/10/2011 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRI ante la Cámara de Diputados y fue rechazada el 26 de julio de 2012.
Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la Ley del Seguro Social.	La iniciativa tiene por objeto mejorar los mecanismos de impartición de servicios de salud y asistencia médica a los trabajadores del campo. Asimismo, protege a los patrones del pago de cuotas de los trabajadores en los casos de desastres naturales o en los lugares donde las instituciones encargadas de prestar estos servicios no cuenten con las instalaciones o no pueda atender a los trabajadores por razones de distancia, especialidad médica u oportunidad en el servicio.	La iniciativa es presentada el 21/12/2011 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRI ante la Comisión Permanente y se desechó el 31 de julio de 2012.
Iniciativa que adiciona dos párrafos al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto establecer la responsabilidad del Estado de promover e impulsar una cultura de educación alimentaria sana, así como acciones necesarias para el desarrollo de la soberanía alimentaria, las cuales permitan la sustentabilidad agroalimentaria del país.	La iniciativa es presentada el 04/12/2012 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRI ante la Cámara de Senadores y se encuentra pendiente de dictamen.
Iniciativa que reforma los artículos 4º y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto establecer en el texto constitucional el derecho de los mexicanos de gozar de seguridad social que comprenda todos los servicios de salud y el derecho a una pensión por edad, retiro,	La iniciativa es presentada el 07/02/2013 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRD ante la Cámara de Diputados y se encuentra pendiente de dictamen.

## PROPUESTAS DE REFORMAS CONSTITUCIONALES RELACIONADAS CON EL TEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD LEGISLATURAS LXI-LXIII

Denominación	Objetivo	Origen de la iniciativa, fecha de presentación y status
Iniciativa que reforma el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	incapacidad, viudez y desempleo. Precisa que el acceso a los servicios tanto de salud y pensión será universal. Para ello faculta al Congreso de la Unión para emitir las leyes que definan las bases y modalidades para el establecimiento de sistemas que garanticen la prestación y el acceso a los servicios de salud y pensiones determinando la concurrencia de los tres órdenes de gobierno.	La iniciativa es presentada el 12/03/2013 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRI ante la Cámara de Diputados y fue desechada el 10 de enero de 2014.
Iniciativa que reforma los artículos 4° y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto establecer disposiciones en materia de atención y prevención de enfermedades crónico-degenerativas, y de medio ambiente. Para ello propone: 1) precisar que la ley correspondiente deberá: a) implantar políticas de atención y prevención de enfermedades crónico-degenerativas o de enfermedades que perjudiquen a la población, así como para establecer gravámenes especiales que desmotiven la distribución de alimentos y productos de escaso valor alimenticio que perjudiquen la salud..	La iniciativa es presentada el 08/10/2013 por legisladores del Grupo Parlamentario del PVEM ante la Cámara de Diputados y se desechó el 30 de junio de 2014.
Iniciativa que reforma el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto establecer que la administración de los seguros, prestaciones, servicios y demás derechos de seguridad social es atribución del IMSS e ISSSTE. Para ello propone indicar que el IMSS es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional.	La iniciativa es presentada el 05/03/2014 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRD ante la Cámara de Diputados y se desechó el 28 de noviembre de 2014.
Iniciativa que reforma y adiciona el artículo 123, Apartado A, fracción V de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el artículo 170, fracción II de la Ley Federal del Trabajo; el artículo 39, fracción I de la Ley del Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y modifica los párrafos segundos de los artículos	La iniciativa tiene por objeto precisar los periodos de descanso a las mujeres trabajadoras embarazadas (licencia por maternidad). Entre lo propuesto destaca: 1) señalar que tienen derecho a descansar un mes antes a la fecha fijada para el parto y dos meses posteriores al mismo; 2) indicar que en caso de parto prematuro, se computarán 20 días adicionales al alumbramiento según prescripción médica; y, 3) puntualizar que en caso en	La iniciativa es presentada el 28/05/2014 por legisladores del Grupo Parlamentario del PAN ante la Comisión Permanente y se desechó el 27 de febrero de 2017.

**PROPUESTAS DE REFORMAS CONSTITUCIONALES RELACIONADAS CON EL TEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
LEGISLATURAS LXI-LXIII**

Denominación	Objetivo	Origen de la iniciativa, fecha de presentación y status
85 y 101, respectivamente, de la Ley de Seguro Social.	que la fecha fijada por los médicos del IMSS no concuerde con la del parto, deberán cubrir a la asegurada los subsidios correspondientes a 2 meses posteriores al mismo y 72 días de descanso para aquellas mujeres que haya tenido un parto prematuro o de acuerdo a la prescripción médica.	
Iniciativa que reforma el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto precisar que el Estado mexicano reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida. Para ello establece que todo ser humano, desde el momento de la fecundación, entra bajo la protección de la ley y se le considera como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural.	La iniciativa es presentada el 25/06/2014 por legisladores del Grupo Parlamentario del PAN ante la Comisión Permanente y se desechó el 17 de junio de 2015.
Iniciativa que adiciona un párrafo al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de salud.	La iniciativa tiene por objeto garantizar el acceso a la protección de la salud. Para ello propone: 1) priorizar la atención a sectores de población vulnerable; y, 2) otorgar acceso gratuito a los servicios y medicamentos en las unidades médicas de atención primaria y hospitalaria del país a las personas que no estén incorporadas a un régimen de seguridad social.	La iniciativa es presentada el 20/08/2014 (LXII Legislatura) por legisladores del Grupo Parlamentario de MC ante la Comisión Permanente y se encuentra pendiente de dictamen.
Iniciativa que reforma el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto precisar que el Estado mexicano reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida. Para ello establece que todo ser humano, desde el momento de la fecundación, entra bajo la protección de la ley y se le considera como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural.	La iniciativa es presentada el 03/07/2014 por legisladores del Grupo Parlamentario del PAN ante la Comisión Permanente y se encuentra pendiente de dictamen.
Iniciativa que reforma el artículo 4° párrafo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para reconocer el derecho humano a la salud universal e igualitario, el que debe ser garantizado por el Estado.	La iniciativa tiene por objeto garantizar el derecho a la salud universal e igualitaria. Para ello propone que el Estado deberá: 1) brindar los servicios médicos sin importar si la persona es derechohabiente de instituciones de seguridad social; 2) adoptar medidas para mejorar la salud en el trabajo, la salud infantil y materna, servicios de salud sexuales y genésicos, así como obstétricos de urgencia; 3) procurar la salud de grupos vulnerables; 4) adoptar una política nacional de salud.	La iniciativa es presentada el 07/10/2014 por legisladores del Grupo Parlamentario del PT ante la Cámara de Senadores y se encuentra pendiente de dictamen.

**PROPUESTAS DE REFORMAS CONSTITUCIONALES RELACIONADAS CON EL TEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
LEGISLATURAS LXI-LXIII**

Denominación	Objetivo	Origen de la iniciativa, fecha de presentación y status
Iniciativa que reforma el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto crear el Sistema Universal de Salud y garantizar la calidad, exigibilidad, universalidad, equidad, no discriminación, participación ciudadana y el respeto a los derechos humanos de los pacientes, así como definir las bases y modalidades para el acceso gratuito a los servicios de salud; ii) la concurrencia de la Federación y las entidades federativas, así como de las instituciones públicas en la materia.	La iniciativa es presentada el 15/12/2014 por legisladores del Grupo Parlamentario del PANAL ante la Cámara de Diputados y se desechó el 21 de agosto de 2015.
Iniciativa que reforma los artículos 4º y 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de integración del sistema universal de salud.	La iniciativa tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, en condiciones de equidad y calidad. Para ello propone: 1) crear el Sistema Universal de Salud.; 2) precisar que será un derecho en todo momento y a lo largo del territorio nacional; 3) priorizar las acciones preventivas y de fomento a los hábitos de vida saludables; 4) determinar que los prestadores de servicios de salud serán integrantes del Sistema, y su obligación será concurrir con sus recursos en la atención de las necesidades de la población; 5) puntualizar que el Estado establecerá la política nacional de salud, así como la regulación, modelos de atención, supervisión, evaluación, coordinación y rectoría del Sistema.	La iniciativa es presentada el 02/10/2014 por legisladores de los Grupos Parlamentarios del PAN y del PANAL ante la Cámara de Senadores y se encuentra pendiente de dictamen.
Iniciativa que reforma la fracción I del artículo 121 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto precisar que las leyes de un estado en materia de orden público, interés social y que tiendan a salvar o aliviar la vida o bienestar de la humanidad, tales como la donación de órganos, ortotanasia, disposición de voluntad anticipada, para bien morir o cualquier denominación que persiga el mismo fin, tendrán efecto en toda la República, siempre y cuando no persigan fines de lucro.	La iniciativa es presentada el 03/03/2015 por legisladores del Congreso del Estado de Oaxaca ante la Cámara de Diputados y se desechó el 21 de agosto de 2015.
Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto incorporar dentro de la Ley del Seguro Social al Seguro Mexicano de Apoyo contra el Desempleo.	La iniciativa es presentada el 14/12/2015 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRD ante la Cámara de Senadores y se encuentra pendiente de dictamen.
Iniciativa que reforma la fracción V del apartado A y el inciso c) de la fracción XI del apartado B,	La iniciativa tiene por objeto proteger los derechos de las mujeres trabajadoras en periodo de embarazo. Para ello propone: 1) precisar que disfrutarán un descanso de	La iniciativa es presentada el 23/02/2016 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRI ante

**PROPUESTAS DE REFORMAS CONSTITUCIONALES RELACIONADAS CON EL TEMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
LEGISLATURAS LXI-LXIII**

Denominación	Objetivo	Origen de la iniciativa, fecha de presentación y status
del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	siete semanas anteriores y posteriores al parto; y, 2) puntualizar que el descanso será completo y se prorrogará por el tiempo necesario en caso de que las mujeres se encuentren imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo o del parto.	la Cámara de Senadores y se encuentra pendiente de dictamen.
Iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de la Ley Federal del Trabajo, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Ley del Seguro Social, de la Ley General de Salud, de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del apartado B) del artículo 123 constitucional, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.	La iniciativa tiene por objeto fortalecer los derechos de las mujeres durante la maternidad y ampliar los periodos de licencia de maternidad y paternidad. Entre lo propuesto, destaca: 1) indicar que la mujer gozará de cuatro semanas antes de la fecha al parto y de 24 semanas después del mismo; 2) señalar que la licencia de paternidad consistirá en seis semanas inmediatamente posteriores al parto; 3) establecer que los periodos de descanso referidos se prorrogarán por el tiempo necesario en el caso de que la mujer se encuentre imposibilitada para trabajar a causa del embarazo o del parto, según el certificado médico correspondiente.	La iniciativa es presentada el 21/04/2016 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRI ante la Cámara de Diputados y se desecha l 30 de enero de 2017.
Iniciativa que adiciona una Base 5ª a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto establecer que las leyes determinarán los términos, condiciones y restricciones en materia de cannabis, así como de cualquier sustancia psicotrópica o estupefaciente.	La iniciativa es presentada el 25/05/2016 por legisladores del Grupo Parlamentario del PVEM ante la Comisión Permanente y se encuentra pendiente de dictamen.
Iniciativa que adiciona la fracción VI, párrafo primero, del Apartado A del artículo 123 y se adiciona el artículo tercero transitorio del decreto al artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto permitir que el salario mínimo se utilice como unidad de medida para el cálculo de pensiones del IMSS e ISSSTE.	La iniciativa es presentada el 14/02/2017 por legisladores del Grupo Parlamentario del PAN ante la Cámara de Senadores y se encuentra pendiente de dictamen.
Iniciativa que reforma el artículo 4º, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	La iniciativa tiene por objeto establecer que las autoridades deberán prestar servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la interrupción del embarazo cuando la mujer interesada así lo solicite.	La iniciativa es presentada el 09/05/2017 por legisladores del Grupo Parlamentario del PRD ante la Comisión Permanente y se encuentra pendiente de dictamen.

Fuente: Elaboración con datos de la Secretaría de Gobernación, *Sistema de Información Legislativa*, SIL, SEGOB, México, 2017.

*José de Jesús González Rodríguez*

CENTRO DE  
ESTUDIOS SOCIALES Y  
DE OPINIÓN PÚBLICA



CÁMARA DE DIPUTADOS  
LXIII LEGISLATURA

[www.diputados.gob.mx/cesop](http://www.diputados.gob.mx/cesop)

 cesop01

 @cesopmx