

**EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD
EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD HUMANA
Y EL DESARROLLO SOCIAL**

MEMORIA SIMPOSIO CONAMED, Año 3, número 3, enero-diciembre de 2015, es una publicación anual, editada y publicada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja número 7, colonia Juárez, delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F., teléfono 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. José Meljem Moctezuma, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo número 04-2014-070318540100-203, ISSN: 2395-9347, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última modificación de este número, Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Mitla número 250, esquina Eje 5 Sur (Eugenia), piso 8, colonia Vértiz Narvarte, delegación Benito Juárez, C.P. 03020, Tels. 52 (55) 5420-7103, www.conamed.gob.mx, fecha de la última modificación, 9 de diciembre de 2015.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Secretaría de Salud.

DIRECTORIO

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Dr. José Meljem Moctezuma
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Subcomisionado Médico

Lic. Esther Vicente González
Subcomisionada Jurídica

Lic. Bertha Laura Hernández Valdés
Directora General de Orientación y Gestión

Dra. Carina Xochil Gómez Frode
Directora General de Arbitraje

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández
Director General de Difusión e Investigación

Lic. Raymunda Guadalupe Maldonado Vera
Directora General de Administración

ÍNDICE

Presentación	9
Conferencia “Dr. Héctor Fernández Varela” “La seguridad humana algunos rezagos y grupos vulnerables en México”	13
Mesa de discusión “Riesgos inherentes en la atención a la salud”	53
Mesa de discusión “Hacia una nueva administración de servicios de salud ante la exigibilidad del derecho humano a la protección de la salud”	155
Mesa de discusión “Alcances del derecho humano a la protección de la salud”	223
Mesa de discusión “Equidad y determinantes sociales de la salud”	275

PRESENTACIÓN

Una comprensión cabal de los conflictos derivados del acto médico es esencial para su prevención y atención pertinente en el marco de la protección al ejercicio pleno del derecho humano a la salud; por ello, como cada año desde hace casi dos décadas, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico organizó los días 24 y 25 de septiembre de 2015 el Simposio Conamed, el cual tuvo lugar en el auditorio de la Academia Nacional de Medicina de México.

El Simposio Conamed es un encuentro que convoca al debate y la discusión en un ambiente académico, plural, neutral e incluyente a diversas organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil; a especialistas de distintas áreas del conocimiento en medicina, enfermería, estomatología, ciencias jurídicas y sociales, economía, ciencia forense, salud pública y administración pública, interesados en el diseño, análisis y evaluación de políticas públicas progresivas y equitativas en materia de atención a la salud.

El enfoque seleccionado este año para el Simposio Conamed fue: “El derecho a la protección de la salud en el marco de la seguridad humana y el desarrollo social”, en el entendido que la salud no es solamente un valor universal, un objetivo colectivo, sino que al mismo tiempo representa un instrumento de gran valor para la seguridad humana, así como el desarrollo económico y social sostenible.

La Memoria que presentamos incluye la Conferencia “Dr. Héctor Fernández Varela” dictada por el Doctor José Narro Robles titulada “La seguridad humana, algunos rezagos y grupos vulnerables en México”, en la cual señala que para lograr la seguridad humana de los grupos en situación de vulnerabilidad se requiere construir una política social integrada y articulada con la económica; así como que únicamente la mezcla de estrategias y el empleo pueden contribuir a mejorar la eficiencia en la solución de problemas

fundamentales como lo es la mala salud, por lo que el combate a la pobreza y la reducción de la desigualdad deben ser los ejes de una amplia reforma social.

Posteriormente se presentan las ponencias de los expertos invitados a participar en cuatro mesas de discusión en las que se llevó a cabo una disertación y reflexión sobre los temas siguientes:

“Los riesgos inherentes en la atención a la salud”; “Hacia una nueva administración de servicios de salud ante la exigibilidad del derecho humano a la protección de la salud”; “Alcances del derecho humano a la protección de la salud”, y “La equidad y los determinantes sociales de la salud”.

Cabe resaltar que tanto la calidad de los ponentes provenientes de más de 15 instituciones de renombre, como los temas tratados dentro del Simposio, permitieron que se realizara una apreciación integral del lugar que ocupa el derecho a la protección de la salud dentro del marco de la seguridad humana y su importancia para el desarrollo social.

Al presentar la Memoria del Simposio Conamed 2015 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico ratifica su compromiso con la sociedad y con los profesionales de la salud por lo que hace a la mejora continua del sistema de salud, a la identificación de situaciones y causas de la inadecuada atención médica, a la propuesta de medidas y procedimientos que contribuyan a mejorar la relación médico paciente, a elevar la calidad de los servicios a la población y a prevenir los conflictos derivados del acto médico.

Agradezco y felicito a todos los ponentes y a los asistentes al Simposio Conamed 2015 y expreso mi deseo para que todos juntos podamos continuar apoyando la materialización del derecho a la protección de la salud, participando en el logro de la excelencia médica, y contribuyendo al desarrollo de un mejor país que orgullosos podamos heredarle a las generaciones venideras.

José Meljem Moctezuma

CONFERENCIA MAGISTRAL “DR. HÉCTOR FERNÁNDEZ VARELA”

“LA SEGURIDAD HUMANA, ALGUNOS REZAGOS Y GRUPOS VULNERABLES EN MÉXICO”

Dr. José Narro Robles.

*Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.
Septiembre 2015.*

Quiero empezar haciendo un doble agradecimiento. Por una parte al Dr. José Meljem Moctezuma, con quien me liga una amistad muy prolongada, sincera, profunda. Quiero agradecer al Señor Comisionado Nacional por la confianza, por la invitación y, en particular, por esa relación maravillosa que hemos construido a lo largo de ya casi cincuenta años.

Quiero darle las gracias también a otro amigo, compañero, que además fue mi maestro en la Escuela de Medicina, el Dr. Enrique Graue Wiechers, a quien también desde hace muchísimos años le tengo gran aprecio. Cuando él ingresó en 1970, nos identificamos en los espacios universitarios y construimos una relación personal también espléndida. Muchas gracias Señor Presidente de nuestra Academia Nacional de Medicina por recibirnos aquí.

Celebro la realización de este importante encuentro, por el espacio que nos brinda para abordar la seguridad humana y todo lo que implica, así como para hacer propuestas que puedan contribuir a que los mexicanos tengan mejores niveles de vida. Agradezco la distinción y oportunidad que se me ofrece para compartir con ustedes algunas consideraciones sobre estos temas.

Introducción

En primer lugar ofreceré, a manera de introducción, un panorama del concepto de seguridad humana, su origen y su importancia.

Posteriormente hablaré sobre el derecho a la atención de la salud y daré un brevísimos repaso sobre su situación en México. La parte central de mi exposición se concentrará en los grupos vulnerables, los más excluidos y, por lo tanto, a quienes más afectan la falta de seguridad, de acceso a la educación y a los servicios de salud, así como la pobreza, la desigualdad, el desempleo o el empleo precario. Me refiero específicamente a los indígenas, a las mujeres y a los jóvenes.

Además de referirme a estos tres sectores que experimentan rezagos, abordaré dos asuntos que, para muchos pensadores, filósofos y generadores de políticas públicas, constituyen los grandes enemigos del desarrollo humano, del progreso de las personas y también de las colectividades. Estos, tienen que ver con la educación y la pobreza, problemas que experimentan con mayor agudeza los indígenas y las mujeres, pero de los que tampoco están exentos nuestros jóvenes. Uno es el rezago educativo, y como parte de éste el analfabetismo, carencia social que afecta a cerca de 32 millones de mexicanos de 15 años o más. El otro es el de la pobreza, problema antiguo que todavía sigue afectando a gran parte de nuestra población. Por ello les dedicaré un espacio.

La seguridad humana

El concepto de seguridad humana, como lo entendemos ahora, hace su primera aparición en el Informe de Desarrollo Humano de 1994, es, por lo tanto, una noción estrechamente relacionada con la del índice de desarrollo humano. En ese entonces se empezaron a desarrollar algunas metodologías e índices para tratar de comparar el nivel de desarrollo entre los países, cómo se podía medir, registrar y valorar su evolución.

Debe recordarse que hasta ese momento se pensaba que una de las mejores formas para hacer la medición del desarrollo de las sociedades, tenía que ver con la economía. Se asumía que, si un país tenía una economía muy fuerte pues tenía un buen desarrollo humano. Surge entonces el Índice de Desarrollo Humano como una manera de proponer que el desarrollo de las sociedades no podía medirse únicamente con el producto interno bruto, ya que el crecimiento de éste, como somos testigos, no implica necesariamente una mejoría en la vida de las personas.

Pongo un ejemplo: México tiene una de las primeras 15 economías del mundo. Se mida por el producto interno bruto total, por su capacidad exportadora o con cualquier otro parámetro, con dólares, con euros, a precios constantes, como se quiera ver, en todas las formas de clasificar a las economías del mundo, México está dentro de las primeras 15. No obstante, cuando vemos nuestra realidad, y más adelante se expondrán algunos datos, nos damos cuenta que hay asuntos que no estamos considerando.

En el informe al que hacía referencia, se establecía “*que es mejor abordar las causas profundas de la inseguridad humana, en lugar de sus trágicas consecuencias*”.¹ Entre esas causas profundas están la pobreza y el desempleo, cuando hablamos de economía; el hambre y la escasez de alimentos, al hablar de la alimentación; las enfermedades por infecciones mortales, la alimentación deficiente, la desnutrición, limitaciones de acceso a cuidados básicos al referirnos al tema de la salud. En el rubro del medio ambiente están la degradación ambiental, el agotamiento de recursos, los desastres naturales y la contaminación; la violencia, crímenes, terrorismo, trata de personas y trabajo infantil, en el capítulo de la persona; las tensiones interétnicas, religiosas y similares en cuanto a la vida comunitaria, y la represión política o la violación de derechos humanos, cuando estamos hablando del aspecto político.²

La idea de seguridad humana, por lo tanto, va más allá de la seguridad, en términos de violencia o agresiones provenientes de fuera, y a las que se responde únicamente con inversión en el aparato militar, en armas, entre otras medidas. Según la Organización de las Naciones Unidas, la seguridad humana, debe incluir “*el derecho de las personas a vivir en libertad y con dignidad, libres de la pobreza y la desesperación... a disponer de iguales oportunidades para disfrutar de todos sus derechos y a desarrollar plenamente su potencial humano*”.

Por ello, para que los individuos y las colectividades se sientan seguros, es necesario considerar otros aspectos. Aquí entran entonces tres ejes que giran todos alrededor de la libertad: la libertad de vivir sin temor, la libertad de vivir sin carencia y la libertad para

¹ PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1994, 1994*.

² PNUD, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, página de Internet: *Seguridad Humana en América Latina*, https://www.iidh.ed.cr/multic/default_12.aspx?contenido=8c1a302f-f00e-4f67-b3e6-8a3979cf15cd&Portal=IIDHSeguridad.

vivir con dignidad. Para que exista seguridad humana debe haber libertad, no concibo que podamos hablar de seguridad humana cuando no hay un régimen de libertades.

La seguridad humana es, a fin de cuentas, la posibilidad de disfrutar la libertad. Pero, como dice Fernando Savater, “*Los dos grandes males, que se oponen al desarrollo de las libertades sociales, son la ignorancia y la miseria*”.³ El conocimiento es fundamental para que la persona pueda ejercer su libertad; y la miseria, con todo lo que acarrea, no permite, limita también el ejercicio de este derecho esencial del ser humano.

Al revisar los elementos que son necesarios para que la persona y la colectividad se sientan seguros, se confirma que la seguridad humana va de la mano con el desarrollo humano y, por lo mismo, con las políticas de salud pública, en su afán esencial de brindar acceso a la atención de la salud. Muchos de estos elementos son considerados en la Constitución Política mexicana, son los derechos humanos, pero también los derechos sociales como el derecho a la salud (que implica a la alimentación), al trabajo digno, a la educación, a la vivienda, a la seguridad como persona y como sociedad.

Al respecto, considero que a veces nos conformamos con tener estos derechos dentro de la normatividad. Con frecuencia pensamos que porqué en algunos de nuestros ordenamientos jurídicos mayores, en el caso de México nuestra Constitución, está inscrito un derecho, el derecho a la protección de la salud, por ejemplo, eso hace que inmediatamente sea una realidad y estamos lejos de que así sea.

Muchos de los derechos fundamentales de nuestra sociedad tutelados en nuestra Constitución, siguen siendo desafortunadamente aspiraciones que, cuando uno las confronta con la realidad, resulta que no hemos tenido la capacidad de transformarlos en parte de la vida cotidiana y para todos.

³ Fernando Savater, “*Reflexiones sobre la libertad*”, palabras pronunciadas ante la Red Libertad de Argentina al recibir el “Premio Libertad”, revista *Perspectiva*, núm. 5. Internet: http://www.icpcolombia.org/archivos/revista/No%205/11_reflexiones.pdf. Visitada 10 de septiembre de 2015.

Grandezas y potencialidades de México

Antes de abordar los problemas y grupos vulnerables de nuestro país, quiero dejar algo bien claro: México es un país grande y con grandeza, un país rico y con muchos recursos, y por todo esto con un gran futuro. Las potencialidades de México son realmente increíbles: sus recursos naturales, energéticos, su gente, su historia, su cultura, sus tradiciones. México es una nación multicultural y posee una cultura milenaria heredada de sus pueblos originarios. Contamos con un gran territorio, el lugar catorce en el mundo por su extensión, con dos millones de kilómetros cuadrados de superficie. Pero la mayor grandeza está en los mexicanos y mexicanas que lo habitan, una nación llena de juventud, con todas las ventajas que esto representa.

México posee un capital natural envidiable. La naturaleza nos ha regalado una de las riquezas más grandes del mundo, somos el cuarto país en cuanto a la *biota*, esto es, el conjunto de especies de plantas, animales y otros organismos. En México se presentan casi todos los climas del planeta y prácticamente se desarrollan todos los ecosistemas terrestres presentes en el mundo. Además, somos el duodécimo país mejor dotado en términos de litorales y extensión marina.

Contamos con una sociedad más informada y participativa, mayor equilibrio entre poderes, mayor libertad de expresión y de medios. Aún con sus deficiencias, no se puede negar que finalmente se instaló la normalidad democrática. Mientras en todos los países de América Latina en los últimos 80 años ha habido problemas para hacer cambios de gobierno dentro de la institucionalidad, en México, con deficiencias y rezagos, hemos tenido transiciones políticas pacíficas, con apego y respeto a la institucionalidad.

Tenemos grandes instituciones, que han enriquecido nuestra democracia, como la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM), con más de 460 años de historia, el Instituto Nacional Electoral (INE), el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y las correspondientes en las entidades federativas.

No obstante esos avances, México enfrenta profundos y ancestrales problemas, injusticias, exclusiones y pobreza que resultan

ofensivos. Los bajos niveles de crecimiento y la insuficiente generación de empleos se traducen en mayor pobreza y desigualdad social, las que asociadas a la creciente inseguridad, agudizan las tensiones sociales e incrementan los rezagos sociales en nuestro país.

Rezago educativo y analfabetismo

En el nuevo escenario mundial, la información y el conocimiento son poderosas fuentes de riqueza y de progreso sostenible. Sólo los países capaces de elevar el nivel educativo y cultural de su población, de hacer del conocimiento el motor de desarrollo económico y social.

Difícilmente podremos avanzar si no damos la debida prioridad a la educación, a la ciencia y a los desarrollos tecnológicos. En este terreno ya vamos contra el tiempo, el rezago educativo en nuestro país es enorme.

Son casi cinco millones los mexicanos de 15 años y más que no saben leer. Si a esto le sumamos a los que no han terminado la primaria y la secundaria, el rezago educativo, es decir, la población de quince años o más que es analfabeta o no concluyó la educación primaria o secundaria, es considerable. Estamos hablando de 31.8 millones de personas en situación de rezago escolar, que equivalen a casi 4 de cada 10 mayores de 15 años (86.8 millones). Según el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos, el INEA, actualmente la población en rezago equivale a 1.2 veces la población en edad escolar atendida en educación básica (25.9 millones).

Estas cifras corresponden al promedio nacional, pero hay entidades federativas donde el nivel de analfabetismo es mucho mayor. Esto es una muestra más de las desigualdades que asolan nuestra nación. Por poner un ejemplo, según cifras del INEA, en el Distrito Federal, Coahuila y Nuevo León los niveles de alfabetismo son de 1.7 en los dos primeros y 1.8% en el último; mientras las tasas de Guerrero, Chiapas y Oaxaca son de 13.5, 14.4 y 16.1%, a finales de 2014.⁴ Estamos hablando de proporciones importantes de la población de 15 años o más en estas entidades.

No hay duda que el analfabetismo y la pobreza van de la mano, constituyen un binomio que tiende a afianzar las condiciones de

⁴ INEA, Dirección de Planeación, Administración y Estadística, "Estimaciones del rezago educativo al 31 de diciembre de 2014".

marginalidad. Y como veremos más adelante, el analfabetismo y el rezago educativo afectan más a las mujeres y a los indígenas que a otros grupos sociales.

En las cifras de rezago educativo y de franco analfabetismo tenemos una gran amenaza para la seguridad humana de muchas personas que no tienen posibilidades de expresarse por escrito, de leer. Esto además es, al menos en parte, la explicación de la baja productividad de nuestra economía, del predominio de la economía informal e incluso de nuestros altos niveles de violencia. Los esfuerzos y estrategias para reducir el analfabetismo no han sido ni adecuados ni suficientes.

El problema de la pobreza

La pobreza, como se establecía antes, atenta contra la libertad y contra la seguridad humana, y es otro de nuestros problemas ancestrales que afecta a millones de mexicanos. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), entre 2008 y 2014 el número de personas en situación de pobreza aumentó 4.7% al pasar de 52.8 millones a 55.3 millones. En tanto el número de personas que viven en pobreza extrema apenas disminuyó el 3.4% al pasar de 11.8 a 11.4 millones.⁵

Por supuesto que se han tomado medidas y se han emprendido acciones y programas, se han probado diversas modalidades y se han destinado recursos públicos cuantiosos al combate a la pobreza y al combate a la pobreza extrema. Si se revisa la cantidad de presupuesto federal destinada a los programas de combate a la pobreza en los últimos 16 ejercicios presupuestales, de 2000 a 2015, se han distribuido más de 3 mil millones de pesos.⁶

Es claro que, en una sociedad como la nuestra, caracterizada por agudos contrastes, se requiere de una política social activa y del gasto público suficiente, orientado a combatir la pobreza y a reducir la desigualdad. Asimismo, se precisa de una política económica que en el largo plazo garantice fuentes de trabajo. Se requiere, en suma, que los derechos sociales protegidos por la Constitución, no sólo sean declarativos sino que se cumplan, sean exigibles y alcancen a toda la población.

⁵ CONEVAL, Dirección de Información y Comunicación Social, Comunicado de Prensa No. 5, julio 2015.

⁶ 3er. Informe de Gobierno 2014-2015, Anexo estadístico.

El derecho a la protección de la salud

A todos debiera quedarnos claro que sin salud pocas cosas tienen sentido. La salud es fundamental, lo mismo en la vida de las personas, que en la de las sociedades. Por ello, su cuidado es una obligación esencial de todos los Estados modernos. La salud es una condición para que individuos y sociedades alcancen su pleno desarrollo; aún más, el acceso a la salud es uno de los grandes igualadores en la colectividad. Se trata, ni más ni menos, que de una expresión de auténtica justicia social, es uno de los derechos sociales más valiosos que tenemos consagrados los mexicanos.

La salud, como lo ha sostenido el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, es un compromiso intrínseco de la seguridad humana y un elemento indispensable de la estabilidad social. Donde no hay salud, junto a la enfermedad y sus secuelas, prevalecen la pobreza, la ignorancia, la falta de oportunidades, la vida sin dignidad y una limitada productividad.

Panorama del acceso a la protección de la salud

Los logros de los mexicanos en el campo de la salud para nada son despreciables. La esperanza de vida al nacimiento se incrementó en 25.2 años, al pasar de 49.7 en 1950 a 74.9 en 2015; la mortalidad general se redujo a una tercera parte, y mucho mayor ha sido el avance en la reducción de la mortalidad infantil que ha sido de casi 86%.⁷ Los logros son también indudables en aspectos como el dominio de las enfermedades transmisibles; en el crecimiento de la infraestructura, del número de médicos, de enfermeras y de camas de hospital.

No obstante estos avances, se puede sostener que hoy día, en el ámbito de la salud, México enfrenta tanto los desafíos de ayer y siempre, como los nacientes. Uno de los problemas es que lo que era relativamente fácil de resolver ya se logró, y ahora avanzar es mucho más complicado. Es por esto que los retos de la actualidad reclaman cambios profundos e integrales.

⁷ INEGI, *Indicadores Sociodemográficos de México 1930-2000*; 3er Informe de Gobierno, Anexo Estadístico 2014-2015.

Lo logrado en mortalidad infantil, por ejemplo, es insuficiente sobre todo cuando hacemos una comparación con otros países. Nuestra tasa es seis veces mayor que la de Japón, cuatro veces más alta que las de Alemania y Francia, y tres veces superior a la que registran España y Canadá. Todavía peor, es mayor que la de países con niveles de desarrollo similares o menores al nuestro. Es por ejemplo, tres veces más alta que la de Cuba y duplica la de Chile.⁸

En la disminución de la mortalidad infantil se ha dado una desaceleración acentuada en los últimos años. Esto debido en parte a que ahora ya no son nada más resultado de las diarreas y las infecciones respiratorias, o las enfermedades prevenibles por vacunación. Ahora existe el gran componente de la muerte perinatal y si no se realizan acciones específicas focalizadas para atender ese problema, no lo vamos a resolver ya que para ello no hay una vacuna o una sola medida.

Un problema preocupante es la relajación en algunos programas que han sido fundamentales, como por ejemplo, el Programa de Salud Reproductiva. Según datos del Censo de 2010 había 4 millones de mexicanos más de lo que establecían las estimaciones del Consejo Nacional de Población. Un poco más de la mitad de ese crecimiento de la población correspondió a niños de menos de 10 años. Esto quiere decir que la explicación de ese crecimiento adicional de la población no puede explicarse por los migrantes que regresaron de Estados Unidos a México, lo cual sí se dio pero cuya cantidad es menor al número de nacimientos que se registraron en el periodo que va del año 2000 al 2010.

Entre los grandes desafíos recientes en salud, destacan los cambios registrados en las últimas décadas en la incidencia de las enfermedades, entre otros el crecimiento espectacular de la diabetes, que ahora explica una de cada siete defunciones reportadas y el aumento que registran las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas.

Por otra parte, en mi opinión, la organización, la administración y el financiamiento del sector salud no son los adecuados. Algunos de los problemas que enfrentamos tienen que ver con la falta

⁸ Organización Mundial de la Salud, (OMS). *Estadísticas sanitarias 2015*.

de cobertura de los servicios y con la calidad de la atención, que destaca por su heterogeneidad. Igualmente hay que citar la fragmentación de las instancias prestadoras de atención, que origina que muchas personas carezcan de servicios y otras dispongan de doble o triple cobertura, y también el financiamiento público que es insuficiente. Es urgente que México cuente con un Sistema Nacional único, público, de calidad, descentralizado y organizado por niveles de atención.

Grupos vulnerables

Los grupos vulnerables de los que hablaré a continuación no necesariamente sufren las mismas carencias ni enfrentan la misma problemática, pero sí comparten el hecho de tener grandes rezagos en relación con otros sectores de la sociedad.

Indígenas

México es uno de los países de América Latina con mayor población indígena. Nuestra riqueza multicultural es confirmada por la existencia de más de 68 agrupaciones lingüísticas con 364 variantes idiomáticas.⁹

Según el Censo de Población de 2010, más de 15 millones de mexicanos se reconocen como indígenas, de los cuales 6.7 millones son hablantes de alguna lengua indígena.¹⁰ La mayoría de estos se concentran en tres entidades: Oaxaca, Yucatán y Chiapas. Desgraciadamente, por lo menos Oaxaca y Chiapas son también de los estados con menor nivel de desarrollo humano en el país. Esto es, con menores niveles de ingreso promedio, menores niveles educativos y de acceso a servicios de salud.

En México la riqueza étnica, cultural y lingüística se convierte en motivo para la exclusión social. Esto es particularmente indignante. Más lo es cuando sabemos que la preservación de nuestras

⁹ “Persiste en México la debilidad de políticas lingüísticas”, Boletín UNAM-DGCS-103, 20 de febrero de 2015. Internet: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2015_103.html.

¹⁰ INEGI, *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*, Internet: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosll.pdf.

culturas originarias constituye justamente uno de los grandes distintivos de nuestro país. Motivo de orgullo es que México posea una cultura más que milenaria heredada de sus pueblos fundadores. La riqueza multicultural de nuestro país debe ser cultivada y defendida.

Es una realidad realmente dolorosa que los 125 municipios del país con menor índice de desarrollo humano tengan un 73.3% de hablantes de lengua indígena.¹¹ Es decir, los indígenas mexicanos, los herederos más directos de las culturas de nuestros ancestros, son quienes tienen peores condiciones de vida.

Según el CONEVAL,¹² el porcentaje de indígenas en condición de pobreza es del 73.2%, de los cuales 43.2% está en pobreza extrema, es decir, que no cuentan con lo suficiente ni para alimentarse. Esto quiere decir que tres cuartas partes de la población indígena en el país están en condiciones de pobreza y, lo que es peor, casi la tercera parte está en pobreza extrema. La diferencia de ingresos entre indígenas y no indígenas es de 30%.

El mayor rezago en las condiciones elementales para sobrevivir, como la salud, vivienda y educación también corresponde a estos mexicanos. Según datos del INEGI, 23% de la población hablante de lengua indígena habita en viviendas con piso de tierra; 75% no cuentan con drenaje conectado a la red pública; 68.8% disponen de agua entubada dentro del terreno o en la vivienda; 33.8% cuenta con tinaco y 13.7% con cisterna. Adicionalmente en 59% de estas viviendas se cocina con leña o carbón.¹³

En materia de atención a la salud, no obstante el crecimiento de la cobertura del Seguro Popular, sólo poco más de la mitad (57%) de la población de habla de lengua indígena tiene acceso formal a las instituciones o programas de salud del Estado y apenas 16% está cubierto por la seguridad social. Estas son cifras que indignan y duelen. La miseria y exclusión no pueden ser mayor.

Los datos sobre el nivel educativo y el acceso al estudio no son más esperanzadores. Mientras el porcentaje de analfabetos en el país es de 6.9% de los mayores de 15 años, entre la población indí-

¹¹ *Ídem.*

¹² CONEVAL, *Informe de resultados de la medición de la pobreza 2014.*

¹³ Datos proporcionados por Eduardo Sojo con motivo del Día Internacional de los Pueblos Indígenas, en Juan Carlos Cruz Vargas, "Indígenas en el abandono total: INEGI". El Universal, 7 de Agosto 2012.

gena es del 27%, cuatro veces más. Un dato realmente lastimoso es que casi nueve por ciento de los niños indígenas entre 6 y 14 años no puede asistir a la escuela,¹⁴ en el caso de los niños deben ayudar a sus padres en el trabajo del campo y las niñas por cultura y prejuicios de género.¹⁵

El rezago educativo también es mayor en la población indígena. La mitad (49.5%) de la población indígena de 15 años y más no ha completado la educación primaria y sólo el uno por ciento de los jóvenes indígenas accede a la educación superior.¹⁶

La situación de abandono y atraso de la población indígena es una vergüenza que no debemos ignorar. Condiciones que no pueden continuar si de verdad aspiramos a vivir en un país menos desigual, con justicia social y más democrático. Podemos buscar muchas explicaciones para esta situación, las hay; pero lo que debemos hacer es emprender acciones concretas, acciones de gran calado, para solucionar esta indignante realidad.

Mujeres

Ningún país puede aspirar a ser una sociedad plenamente democrática, mientras persistan la desigualdad, la discriminación y la violencia contra las mujeres. Lamentablemente, en México la igualdad de género sigue siendo una asignatura pendiente que lastima no sólo el tejido social sino también la dignidad de las mujeres.

Hablar de la mujer en México es hablar de más de la mitad de la población total (50.9%), de poco más de 50% de la población en edad de trabajar, de prácticamente la mitad de la matrícula escolar nacional y del mayor número de votantes registrados en el padrón electoral vigente. Cerca de 25% de los hogares mexicanos está encabezado por una mujer. Las mujeres son mayoría en un país de arraigadas tradiciones machistas.

En el más reciente Informe Global de la Brecha de Género,¹⁷ que analiza un total de 142 países, México retrocedió del sitio 68 en 2013 al 80 en 2014, con un índice de desigualdad cercano a 69, li-

¹⁴ Federico Navarrete Linares, *Los pueblos indígenas de México*, CDI/PNUD, 2008.

¹⁵ Juan Carlos Cruz Vargas, "Indígenas en el abandono total: Inegi." Op. Cit.

¹⁶ INEGI, *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*, Internet. Op. Cit.

¹⁷ *World Economic Forum: The Global Gender Gap Report 2014*, 2014. Entre los países de América Latina, México ocupa el lugar 15, si no contamos a Barbados y Bahamas. Informe en Internet: <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/rankings/>

geramente por arriba de la media internacional. El descenso, según ese informe, se explica por la menor participación de las mujeres en los procesos e instancias de toma de decisiones políticas, aun cuando tuvieron una mayor participación en el mercado laboral. Es decir, trabajan más pero no intervienen como debieran en las decisiones colectivas.

Pero así como debemos reconocer los avances también debemos decir con claridad que son insuficientes y que los retos todavía son mayúsculos. Tenemos que decirlo así para no bajar la guardia, para no permitir retrocesos.

A pesar de los rezagos, no se pueden desconocer los importantes avances de la mujer en el ámbito educativo, no sólo por su mayor asistencia a la escuela, mayor nivel de escolaridad y más alta eficiencia terminal, sino, además, por el impacto que la formación escolar puede tener en su vida personal, social y laboral. No obstante, se debe destacar la necesidad de eliminar las brechas de género vigentes todavía en materia educativa en nuestro país.

Con orgullo puedo decir que en la UNAM de los 345 mil estudiantes, un poco más de la mitad (51%) son mujeres y, cuando hablamos de calidad, cuando hablamos de los reconocimientos, las medallas que se dan al mejor promedio o los espacios que tenemos para valorar a quienes salen mejor, pues resulta que las mujeres se llevan las palmas con 60% y, a veces con dos terceras partes de esas categorías.

En México, el promedio de escolaridad de las mujeres aumentó 2.6 años en las últimas dos décadas, pero todavía es inferior al de los varones.¹⁸ La proporción de mujeres analfabetas sigue siendo mayor al de hombres: 5.8% frente a 4.3%.¹⁹ En 2014 se reportaron 12 millones de mujeres con rezago educativo, contra 10 millones de hombres en la misma situación.²⁰

Al estigma de género se agrega el de la pobreza extrema que, hoy como siempre, afecta más a las mexicanas, especialmente a las indígenas y a las que habitan en zonas rurales o de alta marginación. Los porcentajes de pobreza de las mujeres aumentaron

¹⁸ Para 1990: Presidencia de la República, *Anexo Estadístico del Sexto Informe de Gobierno 2006*, en sexto.informe.fox.presidencia.gob.mx. Para 2014 Anexo Estadístico, 3er Informe de Gobierno 2014-2015.

¹⁹ Anexo Estadístico del 3er informe de Gobierno 2014-2015.

²⁰ CONEVAL: *Resultados de la medición de pobreza 2014*. Comunicado de prensa No.005, julio de 2015.

de 45.9% (27.6 millones) en 2012 a 46.3% (28.5 millones) en 2014.²¹

A pesar de que ha sido significativo el aumento de la esperanza de vida al nacer y que se ha reducido la mortalidad materna, entre otros avances notables en materia de salud de las mexicanas, todavía existen insuficiencias considerables.

El Sistema de Salud atiende más mujeres que hombres, tanto en la población que cuenta con seguro médico, como en la que no tiene ningún sistema de aseguramiento; no obstante, no cubre a la totalidad de las mexicanas. Según el último Censo de Población y Vivienda, la proporción de mujeres que no cuenta con servicio de salud es de una tercera parte; mientras que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012²², es de una quinta parte, cifras que además varían según entidad federativa y son mayores en las zonas indígenas y rurales.

Los problemas de salud de las mexicanas se agravan por el incremento del sobrepeso, la obesidad y la diabetes en la población femenina. En 2015, las principales causas de muerte de las mujeres fueron la diabetes mellitus y los tumores malignos.²³

Al cuadro epidemiológico actual de las mexicanas se suman las crecientes muertes maternas. A pesar de los avances en la reducción de este indicador desde mediados del siglo pasado a principios del actual, la tasa de hoy en día es de 37.4 por cada 100 mil nacidas vivas, la cual está muy lejos del Objetivo de Desarrollo del Milenio para 2015, que sería de 29.6.²⁴

A esta situación se suma la violencia que sufren las mujeres dentro y fuera de su hogar, sólo por el hecho de ser mujer. El porcentaje de prevalencia de violencia contra las mujeres es muy alto 62.8, al igual que el porcentaje de mujeres que han sufrido al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida en pareja (46.1).²⁵

En suma, los avances en el reconocimiento de los derechos de las mujeres y su creciente participación en la vida social, económica, política y cultural de nuestro país; su irrupción masiva en el mercado de trabajo, y su mayor presencia y mejor desempeño en

²¹ *Ídem.*

²² *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales*, en <http://ensanut.insp.mx>

²³ *Anexo Estadístico del 3er informe de Gobierno 2014-2015.*

²⁴ *Ídem.*

²⁵ *Ídem.*

el ámbito educativo, son avances que no se pueden ignorar. No hay duda de que su paulatino empoderamiento político ha fortalecido nuestra democracia. Sin embargo, tampoco puede desconocerse que estamos muy lejos, como sociedad, de alcanzar una verdadera igualdad de género.

Jóvenes

El tercero de los grupos vulnerables es el de los jóvenes. Este tema me ha preocupado mucho, en parte por mi labor como Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, cuya misión fundamental son los jóvenes estudiantes.

En 2014, se estimaba que había casi 30 millones de jóvenes de 15 a 29 años.²⁶ Uno de cada cuatro mexicanos estaba en esa edad, de hecho la edad mediana de la población mexicana es de alrededor de 27 años.

Somos un país de jóvenes y la proporción de población joven se mantendrá alrededor de 30 por ciento hasta el año 2020.²⁷ En nuestro país el llamado “bono demográfico” presenta un destacado perfil juvenil. Hasta ahora no lo hemos aprovechado debidamente y va a empezar a disminuir y antes de que termine la década que sigue, la de los años 20, en el siglo XXI, vamos a tener ya un problema de reversión y una gran dependencia por el crecimiento de la población de 60 años y más.

Si queremos aprovechar la ventaja demográfica que representa contar con el mayor número de jóvenes en edad productiva en la historia del país, es urgente asegurar a nuestros jóvenes tres condiciones básicas: educación, empleo y acceso a los servicios de salud. Si no lo hacemos, no sólo estamos dejando ir una excelente oportunidad sino que también estamos excluyendo del mercado de trabajo de forma adelantada a nuestros jóvenes, asegurando la precarización de su empleo y, en el peor escenario, alentándolos a incorporarse a actividades delictivas.

²⁶ CONAPO, *Proyecciones 2005-2051. República Mexicana: Población al 1° de enero de cada año por sexo y edad, 2005-2051*. México. Estas proyecciones todavía no consideraban el incremento de casi 4 millones de mexicanos que mostró el Censo de Población 2010, a partir del cual se modificarían las estimaciones.

²⁷ Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Proyecciones 2005-2051. República Mexicana: Población al 1° de enero de cada año por sexo y edad, 2005-2051*. México. Estas proyecciones todavía no consideraban el incremento de casi 4 millones de mexicanos que mostró el Censo de Población 2010, a partir del cual se modificarían estas estimaciones.

Según datos del Censo de 2010, en ese año había más de medio millón de jóvenes, entre 15 y 29 años de edad, que eran analfabetos. A veces se piensa que para combatir el analfabetismo entre los jóvenes, simplemente hay que educar a las nuevas generaciones, enseñándoles a leer y a escribir. Eso es correcto, hay que hacerlo. Pero no es suficiente porque seguimos acumulando jóvenes analfabetas. Tampoco hemos sido efectivos en esa estrategia.

Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) tenemos la menor cobertura tanto en educación media superior, donde tres de cada diez jóvenes en la edad correspondiente no tienen posibilidad de estudiar; como en la educación superior, donde dos de cada tres no cuentan con acceso a los estudios universitarios. Las cifras oficiales de cobertura son de 75.1% en bachillerato y de 35.1% en educación superior.²⁸

Esto se debe en parte a que en muchos núcleos se sigue pensando que la pirámide de la educación sigue siendo válida. Esa pirámide donde hay una base amplia, de educación elemental para todos; una franja intermedia más estrecha con educación media superior y que hay un vértice en el triángulo o la pirámide, muy pequeño, o sea que es para pocos y que es la educación universitaria.

Sin embargo hay muchos países que desde hace diez o veinte años cambiaron ese triángulo o pirámide por un cuadrado o un cubo. Hay países que tienen 100% de educación universitaria y claro, lo que han hecho es desligarla del mercado laboral, una cosa es prepararse, educarse y otra cosa es tener un empleo. Esto representa, por supuesto, diferencias importantes.

En este nivel educativo, México está por abajo del promedio de América Latina, que es 44%, y muy lejos de la cobertura que tienen Estados Unidos o Europa con 80%, o países como Finlandia y Corea, que tienen más de 90%.²⁹

Además tenemos el terrible drama de los jóvenes, entre 15 y 29 años, que no estudian ni trabajan, que son más de 7 millones³⁰ la mayoría de los cuales corresponde a mujeres. No es posible que incluso se trate de justificar esta situación por el hecho de que las jóvenes, se embarazan o tienen que cuidar al abuelo o hacer el quehacer en la casa. A los 15 o 18 años es momento de estarse preparando, de estarse educando.

²⁸ Anexo estadístico, 3er Informe de Gobierno 2014-2015.

²⁹ Banco Mundial, Indicadores de desarrollo, base de datos 2015.

³⁰ OCDE; *Panorama Educativo 2014, nota para México*.

En lo que hace a la situación laboral de los jóvenes, según datos del INEGI, entre 2000 y 2014, la tasa de desocupación abierta de los jóvenes casi se triplicó, al pasar de 3.4 a 9.7 y, de los que trabajan, 60% tiene un ingreso no mayor a tres salarios mínimos y la mayoría no cuenta con prestaciones sociales.³¹

Finalmente está el caso muy preocupante de los embarazos de adolescentes. En 2013 se registraron en el país 2,478,889 nacimientos de los cuales 456,001 fueron de adolescentes entre 15 a 19 años. Esto quiere decir que uno de cada seis embarazos fue de adolescentes. Peor aún es que 10,880 correspondieron a mujeres menores de 15 años de edad. Esto quiere decir que cada día en México nacen 30 niños cuyas madres, a su vez, son niñas.³²

Hay nacimientos en niñas de 10 o de 11 años. La pregunta es si una niña-madre puede realmente tener ese rol, y si no fallamos todos. Si no ha fallado la familia, si no ha fallado la sociedad, si no ha fallado el Estado Nacional. Porque esas niñas o esas adolescentes pierden las posibilidades de tener una vida normal, de educarse, de contar con un empleo, de tener un futuro, de seleccionar su pareja, de decidir qué es lo que van a hacer con su vida. Y me parece que es muy injusto, porque yo sí creo que hay una falla colectiva en este sentido.

La situación actual de nuestros jóvenes no puede ser más preocupante. Para muchos de ellos el abandono de los estudios, las reducidas oportunidades educativas y la carencia de vinculación con el trabajo crean las posibilidades para su exclusión del mercado laboral y la pérdida de expectativas. Situación que se mantiene debido a la falta de políticas públicas que construyan alternativas de permanencia en la escuela y de acceso adecuado al empleo.

Comentarios finales

Para lograr la seguridad humana de los grupos vulnerables, de los mencionados en esta plática y de otros, es indispensable construir una política social integral, articulada a una política económica que cambie las prioridades, para el bienestar de todos los mexicanos.

³¹ INEGI, "Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (12 de agosto)", 10 de agosto de 2015 Aguascalientes, Aguascalientes.

³² Rosario Cárdenas, UAM Xochimilco, "De la suma de desigualdades: El caso del embarazo durante la adolescencia", *Revista Coyuntura Demográfica*, núm... 8, 2015.

México tiene indicadores macroeconómicos extraordinarios, sin embargo preocupa que la macroeconomía, aun después de muchos lustros, no tenga un impacto en la microeconomía y en la economía familiar.

Es preciso recuperar el papel del Estado como actor fundamental de la política social y como garante de los derechos sociales, en el combate a la pobreza y en la reducción de la desigualdad, como ejes de una amplia reforma social.

Los millones de pobres, de analfabetos, de jóvenes sin esperanza, de indígenas excluidos y de mujeres con carencias debieran ser el centro de las políticas públicas, el centro del modelo de desarrollo del país. Tenemos que trabajar para construir un México más justo, más seguro, que sea realmente sustentable en el mediano y en el largo plazo y que genere prosperidad, progreso, desarrollo real y seguridad humana en el largo plazo.

Muchas gracias.



La seguridad humana, algunos rezagos y grupos vulnerables de México

José Narro Robles
Septiembre 2015



Agradecimientos

- Dr. José Meljem Moctezuma, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico;
- Dra. Mercedes Juan López, Secretaria de Salud;
- Dr. Enrique Graue Wiechers, Presidente de la Academia Nacional de Medicina.



Agradecimientos

- Agradezco la distinción y oportunidad para compartir con ustedes ideas sobre la falta de seguridad humana y otros problemas relacionados que enfrentamos como sociedad.
- Celebro la realización de encuentros como este por el espacio que abre para abordar problemas y hacer propuestas para contribuir a solucionarlos.

3



Contenido

- Panorama del concepto de seguridad humana y su importancia.
- El derecho a la salud.
- El analfabetismo y el rezago educativo.
- Grupos vulnerables en México: indígenas, mujeres y jóvenes.

4



Seguridad humana

- Orientada por los principios de la Carta de las Naciones Unidas, la seguridad humana subraya
 - “el derecho de las personas a vivir en libertad y con dignidad, libres de la pobreza y la desesperación ... a disponer de iguales oportunidades para disfrutar de todos sus derechos y a desarrollar plenamente su potencial humano.”

Fuente: ONU, Párrafo 143 del Documento Final de la Cumbre 2005, resolución 60/1 de la Asamblea General. Citado en *La seguridad humana en las Naciones Unidas*, Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana, Dependencia de Seguridad Humana, Nueva York, 2012.

5



Seguridad humana

- Con este sentido el concepto de seguridad humana se planteó por primera vez en el Informe de Desarrollo Humano de 1994.
- Es, por lo tanto, una noción estrechamente relacionada con el desarrollo humano.
- Este último propone que el desarrollo no puede medirse únicamente con el PIB, ya que el crecimiento económico no resulta directamente en mejoría de todos.

6



Seguridad humana

- En el Informe de Desarrollo Humano de 1994 se establecía que “que es mejor abordar las causas profundas de la inseguridad humana, en lugar de sus trágicas consecuencias.”
- Esas causas profundas son bien conocidas:

7



Posibles tipos de amenazas a la seguridad humana

Tipo de seguridad	Principales amenazas
Económica	Pobreza persistente, desempleo.
Alimentaria	Hambre, escasez de alimentos.
Salud	Enfermedades infecciosas mortales, alimentación deficiente, desnutrición, ausencia de acceso a cuidados básicos de salud.
Ambiental	Degradación ambiental, agotamiento de recursos, desastres naturales, contaminación.
Personal	Violencia física, crímenes, terrorismo, violencia doméstica, trabajo infantil.
Comunitaria	Tensiones inter-étnicas, religiosas y otras similares.
Política	Represión política, violación a los derechos humanos.

Fuente: PNUD, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, página de Internet: Seguridad Humana en América Latina, https://www.iidh.ed.cr/multimedia/default_12.aspx?contenidoId=8c1a302f-f00e-4f67-b3e6-8a3979cf15cd&Portal=IIDHSeguridad ⁸



Seguridad humana

- Para que exista seguridad humana debe haber libertad:
 - la libertad de vivir sin temor, de las amenazas directas a la seguridad y a la integridad física
 - la libertad de vivir sin carencia, satisfacer las necesidades básicas, sustento y los aspectos económicos, sociales y ambientales, y
 - la libertad para vivir con dignidad, libres de la violencia, la discriminación y la exclusión.

9



Seguridad humana

- Como ha manifestado el filósofo Fernando Savater:
 - "Los dos grandes males, que se oponen al desarrollo de las libertades sociales, son la ignorancia y la miseria".
- El conocimiento es fundamental para ejercer la libertad.
- La miseria, con todo lo que acarrea, limita también el ejercicio de este derecho esencial.

Fuente: Fernando Savater, "Reflexiones sobre la libertad", revista *Perspectiva*, núm. 5. Internet:
http://www.isocolombia.org/archivos/revista/Nc%205/11_reflexiones.pdf.

10



Rezago educativo

- Hablamos de 31.8 millones de personas de 15 años y más que son analfabetas o no han terminado primaria o secundaria.
- Equivalen a casi 4 de cada 10 mayores de quince años (86.8 millones).
- La población en rezago constituye 1.2 veces la población en edad escolar atendida en educación básica.

Fuente: INEA. Estimaciones del rezago educativo al 31 de diciembre de 2014

11



Pobreza

- Según cifras de 2014, poco más de 55.3 millones de mexicanos viven en condiciones de pobreza, trece por ciento más que en 2008
- 11.4 millones en situación de pobreza extrema, apenas 2.6 por ciento menos que en 2008.
- Prácticamente uno de cada dos mexicanos vive en condiciones de pobreza.

Fuente: Medición de la pobreza de CONEVAL 2014.

12



Derecho a la salud

- La salud es requisito imprescindible para lograr el desarrollo de las capacidades y las potencialidades individuales y colectivas.
- El acceso a la salud es uno de los grandes igualadores en la colectividad.
- Se trata, ni más ni menos, que de una expresión de auténtica justicia social.
- Es uno de los derechos sociales más valiosos.


13



Derecho a la salud

- La salud es, como ha sostenido el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas:
 - un compromiso intrínseco de la seguridad humana y un elemento indispensable de la estabilidad social.
- Donde no hay salud, junto a la enfermedad y sus secuelas prevalecen la pobreza, la ignorancia, la falta de oportunidades, la vida sin dignidad y una limitada productividad.

14




Logros en salud

Indicador	1960	2015*
Esperanza de vida al nacer (Años)	58.6	74.9
Tasa de mortalidad general (por 1,000 habitantes)	11.5	5.0
Tasa de mortalidad materna (por 10,000 nacidos vivos)	190.0	31.7**
Tasa de mortalidad infantil (por 1,000 nacimientos)	74.2	14.3

** Dato para 2014
Fuente: INEGI, Indicadores Sociodemográficos de México 1930-2000; 3er Informe de Gobierno, Anexo Estadístico 2014-2015.

15



Principales problemas y retos en salud

- Sin duda se ha avanzado, sin embargo, la mejoría se ha desacelerado en los últimos años
- Existen problemas crecientes que si persisten van a generar un panorama preocupante.

16



Principales problemas y retos en salud

- La infraestructura ya no es suficiente y lo será cada vez menos en el futuro.
- Entre 2000 y 2012 hubo un descuido importante en programas de planificación familiar y salud reproductiva.
- Organización y funcionamiento deficiente.
- Financiamiento público insuficiente, sobre todo los destinados al sistema de salud pública.

17



Principales problemas y retos en salud

- Calidad heterogénea.
- No hay cobertura universal ni siquiera en los servicios esenciales.
- Instalaciones subutilizadas.
- Segmentación de las instituciones y, por tanto, de la población a la que están dirigidos los servicios.

18



Grupos vulnerables

- Estos tres grupos no necesariamente sufren las mismas carencias ni enfrentan la misma problemática, pero sí comparten el hecho de tener grandes rezagos en relación con otros sectores de la sociedad.

19




Grupos vulnerables: indígenas

- México es uno de los países de América Latina con mayor población indígena.
- Más de 15 millones de mexicanos se reconocen como indígenas y 6.7 millones son hablantes de alguna lengua indígena.
- Nuestra riqueza multicultural es confirmada por la existencia de 68 agrupaciones lingüísticas con 364 variantes idiomáticas.

Fuentes: "Persiste en México la debilidad de políticas lingüísticas", Boletín UNAM-DGCS-103. INEGI, Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010.

20



Grupos vulnerables: indígenas

- En México la riqueza étnica, cultural y lingüística se convierte en motivo para la exclusión social.
- Los 125 municipios del país con menor índice de desarrollo humano tienen un 73.3 por ciento de hablantes de lengua indígena.
- Los herederos más directos de las culturas de nuestros ancestros son quienes tienen peores condiciones de vida.

Fuentes: INEGI, Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, 21





Grupos vulnerables: indígenas

- 34% de la población tiene rezago educativo;
- 19% tiene carencia por acceso a los servicios de salud;
- 79% no disponen de acceso a la seguridad social;
- 32 % tiene carencia por calidad y espacio a la vivienda;
- En 61 por ciento tiene carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda.

Fuentes: CONEVAL: Resultados de la medición de pobreza 2014. Comunicado de prensa No.005, julio de 2015. 23



Grupos vulnerables: indígenas

- En materia de atención a la salud, no obstante el crecimiento de la cobertura del Seguro Popular, sólo poco más de la mitad (57%) de la población que habla lengua indígena tiene acceso formal a las instituciones o programas de salud del Estado
- Apenas 16 por ciento está cubierto por la seguridad social.
- Cifras que indignan y duelen.

Fuentes: Datos proporcionados por Eduardo Sojo con motivo del Día Internacional de los Pueblos Indígenas, en Juan Carlos Cruz Vargaz. "Indígenas en el abandono total". INEGI. El Universal, 7 de Agosto 2012. 24



Grupos vulnerables: indígenas

- Los analfabetos entre la población indígena representan 27%, frente al 6.9% en el país.
- El rezago educativo también es mayor. 34% de la población indígena contra 18% de la población no indígena.
- Casi 9 por ciento de los niños indígenas entre 6 y 14 años no puede asistir a la escuela.
- Sólo el uno por ciento de los jóvenes indígenas accede a la educación superior.

Fuentes: INEGI, Censo de población y Vivienda 2010, CONEVAL, Medición de la Pobreza 2014; Federico Navarrete Linares, *Los pueblos indígenas de México*, CDI/PNUD, 2008.

25



Grupos vulnerables: las mujeres

- En México, las mujeres representan:
 - poco más de la mitad tanto de la población total y de la población en edad de trabajar;
 - poco menos de la mitad de la matrícula escolar y
 - el mayor número de votantes registrados en el padrón electoral.
- Cerca del 25 por ciento de los hogares mexicanos está encabezado por una mujer.

26



Grupos vulnerables: las mujeres

- Importantes avances de la mujer en el ámbito educativo, por su mayor asistencia a la escuela, mayor nivel de escolaridad y más alta eficiencia terminal.
- El promedio de escolaridad de las mujeres aumentó 2.6 años en las últimas dos décadas, pero sigue siendo inferior a la de los varones.

Fuentes: Para 1990: Presidencia de la República, Anexo Estadístico del Sexto Informe de Gobierno 2006, en sexto informe.fox.presidencia.gob.mx. Para 2014 Anexo Estadístico, 3er Informe de Gobierno 2014-2015.

27



Grupos vulnerables: las mujeres

- La proporción de mujeres analfabetas sigue siendo mayor al de hombres: 5.8% frente al 4.3%.
- En 2014 se reportaron 12 millones de mujeres con rezago educativo, contra 10 millones de hombres en la misma situación.

Fuentes: Anexo Estadístico del 3er informe de Gobierno 2014-2015, CONEVAL; Resultados de la medición de pobreza 2014. Comunicado de prensa No.005, julio de 2015.

28



Grupos vulnerables: las mujeres

- Al estigma de género se agrega el de la pobreza extrema que, hoy como siempre, afecta más a las mexicanas, especialmente a las indígenas y a las que habitan en zonas rurales o de alta marginación.
- El porcentaje de pobreza de las mujeres aumentó de 45.9% (27.6 millones) en 2012 a 46.3% (28.5 millones) en 2014.

Fuentes: CONEVAL.

29



Grupos vulnerables: las mujeres

- La brecha salarial entre hombre y mujeres persiste, a pesar de que se redujo del 16 al 3.1 por ciento.
- La cobertura de la seguridad social es insuficiente, sólo 44 por ciento de las mayores de 15 años están protegidas.
- Un problema significativo es que la mortalidad materna todavía es muy alta.

30



Grupos vulnerables: las mujeres

- El Sistema de Salud atiende más mujeres que hombres, no obstante, no cubre a la totalidad de las mexicanas.
- La proporción de mujeres que no cuenta con servicio de salud es de una quinta parte, cifra que varía según entidad federativa y son mayores en las zonas indígenas y rurales.

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales, en <http://ensanut.insp.mx>.

31



Grupos vulnerables: las mujeres

- Finalmente está el problema de la violencia contra las mujeres.
- El porcentaje de prevalencia de violencia contra las mujeres es 62.8.
- El porcentaje de mujeres que han sufrido al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida en pareja es 46.1%.

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales, en <http://ensanut.insp.mx>.

32



Grupos vulnerables: jóvenes

- En 2014 había 29.9 millones de jóvenes de 15 a 29 años, 24.9% de la población total.
- Somos un país joven donde la edad mediana es de 27 años.
- La proporción de población joven se mantendrá alrededor del 30% hasta el 2020.
- En nuestro país el llamado “bono demográfico” presenta un destacado perfil juvenil.

Fuentes: CONAPO, Proyecciones 2005-2051. República Mexicana: Población el 1° de enero de cada año por sexo y edad, 2005-2051. México. Estas proyecciones todavía no consideraban el incremento de casi 4 millones de mexicanos que mostró el Censo de Población 2010, a partir del cual se modificarían estas estimaciones.

33



Grupos vulnerables: jóvenes

- En el 2010 más de medio millón de jóvenes entre 15 y 29 años de edad eran analfabetos.
- México es el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) con menor cobertura en educación terciaria:
 - Cerca del 30 por ciento de jóvenes en la edad correspondiente sin acceso a la media superior.
 - Poco menos del 70 por ciento a la educación superior.

34



Grupos vulnerables: jóvenes

- En educación superior estamos debajo del promedio de América Latina, que en 2012 alcanzaba 44 por ciento, y muy lejos de países como Estados Unidos y Europa occidental con 76 por ciento.
- Además están los jóvenes de entre 15 y 29 años que no estudian ni trabajan, que suman casi 7.6 millones.

35



Grupos vulnerables: jóvenes

- Según el INEGI, entre 2000 y 2014 la tasa de desocupación abierta de los jóvenes casi se triplicó, al pasar de 3.4 a 9.7
- De los que trabajan, 60 por ciento tiene un ingreso no mayor a tres salarios mínimos.
- Más de la mitad de los jóvenes ocupados (58%) no cuenta con prestaciones sociales y apenas una tercera parte (37%) tiene acceso a los servicios de salud.

36



Grupos vulnerables: jóvenes

- Entre las adolescentes de 15 a 19 años, el número de nacimientos por cada mil mujeres es de 77.
- En 2013, del total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que presentaron un aborto, 18.7% son adolescentes.
- Respecto a los mortinatos, 17.9% de estos corresponde a mujeres de 15 a 19 años.

Fuentes: INEGI, "Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud (12 de agosto)". Datos nacionales, Aguascalientes, 10 de agosto, 2015.

37



Mensaje final



Mensaje final

- Para lograr la seguridad humana de los grupos vulnerables, es indispensable construir una política social integral, articulada a la política económica.
- Recuperar el papel del Estado como actor fundamental de la política social y como garante de los derechos sociales.

39



Mensaje final

- El combate a la pobreza y la reducción de la desigualdad deben ser los ejes de una amplia reforma social.
- Fortalecer los programas públicos de salud para combatir el rezago, especialmente los que atienden a los grupos más vulnerables.

40



Mensaje final

- Medidas más eficientes para que los indígenas de México tengan igualdad de oportunidades en el acceso a los derechos sociales que establece la Constitución Mexicana.
- Para los jóvenes, canalizar recursos al sector educativo y al sector salud para que se estimule la inclusión social y se fortalezca la cohesión social.

41



Mensaje final

- Acabar con las diferencias de género sustentadas en prácticas sociales, tradiciones culturales y estereotipos.
- Reducir la desigualdad, la falta de oportunidades, la discriminación laboral y salarial, la ignorancia, la pobreza, la violencia y las muertes evitables que siguen afectando a las mujeres mexicanas.

42



Mensaje final

- Los millones de pobres, de analfabetos, de jóvenes sin esperanza, de indígenas excluidos, requieren estar en el centro de las políticas públicas, en el centro del modelo de desarrollo.
- Debemos trabajar para construir un México incluyente, menos desigual, más justo, más seguro, sustentable y que genere prosperidad en el largo plazo.

MESA DE DISCUSIÓN

“RIESGOS INHERENTES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD”

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Dra. Zoraida García Castillo

Dr. Pedro J. Saturno Hernández

Oncólogo Médico Juan W. Zinser Sierra

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg.

Secretario de Enseñanza Clínica e Internado Médico, Facultad de Medicina, UNAM.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua define al riesgo como la contingencia o proximidad de un daño, la posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño. Hoy, más que hablar de factores etiológicos, se habla de factores de riesgo y es éste el motor de las acciones de salud pública y de la prevención. La medicina contemporánea incluso ha enfocado la terapéutica de los riesgos, tal y como se suele hacer con las enfermedades. Los factores de riesgo se distinguen de los marcadores y de los factores pronósticos.

Se habla de marcadores de riesgo, los que no son modificables y se distingue de los marcadores pronósticos, es que en estos últimos la enfermedad está establecida y de lo que se trata es identificar la probabilidad de que aparezcan complicaciones.

Yo mismo escribí hace algunos años sin saber mucho de estas cosas, escribí un librito que se llama así: “*La vida es riesgo*” porque sí identifica uno que los riesgos los traemos por todos lados. Ahora riesgo inherente, me fui a buscar ¿qué es eso de riesgo inherente?, entonces me encontré ésta, que está muy buena que dice: “*es la susceptibilidad del saldo de una cuenta o clase de transacciones a una representación errónea que pudiera ser de importancia relativa, individualmente de cuando se agrega con representaciones*

erróneas en otras cuentas o clases, asumiendo que no hubo controles internos relacionados". El único comentario que se me ocurre es ¡¡Guauuu!!.

Sin embargo, buscándole un poco más, bueno encontré algo más comprensible. Identificando el riesgo inherente, como el riesgo intrínseco de cada actividad y en medicina enfrentamos esto cotidianamente, es propio del trabajo o proceso que no puede ser eliminado del sistema. Por ejemplo las empresas de transportes los riesgos inherentes son: choques, volcaduras. En la metalmecánica: quemaduras, golpes. En minería: derrumbes, caídas, atrapamiento y asfixia. Y en medicina es relativamente sencillo, imaginarlo.

Contrasto el concepto riesgo inherente, como es el propio trabajo proceso, que no puede ser eliminado del sistema con el de riesgo incorporado, así le llaman los técnicos, que es el generado por desviarse de la forma correcta de efectuar las tareas incorporando un riesgo innecesario al riesgo inherente. Si uno ve las cosas así, el proceso genera resultados, seguir las reglas del proceso tiene que ver con lo deontológico y juzgar los resultados tiene que ver con lo teleológico. Y a los médicos nos han juzgado un poco por los resultados, por los daños que se producen. Entonces el riesgo está en el propio proceso y en el contexto y el daño se encuentra en los resultados.

Como ustedes saben desde el clásico libro de Ética de Frankena, que decía que las obligaciones éticas de los médicos son: en primer lugar, no producir daño o mal, en primer lugar, hacer bien, eh. La primera obligación ética es no hacer daño. La segunda es prevenir el daño o el mal. La tercera, remover o retirar lo que esté haciendo daño o mal y hasta la cuarta, la obligación de promover lo que hace bien.

Entonces estamos muy observados en función de los daños. Incluso el aforismo, el viejo aforismo de "*PRIMUM NON NOCERE*" destaca y lo que trasciende hacia la gente es, los daños que podemos hacer los médicos y nos juzgan por los daños que podemos hacer, entonces esto traducido como primero no hacer daño, sobre todo no hacer daño, ante todo, primero que nada, antes que nada. Pero resulta que si se atiende al pie de la letra, cabe hacer una parálisis operativa, porque no se puede ejercer la profesión, sin hacer daño, aunque sea poquito. Tal vez se podría decir: principalmente no hacer daño, especialmente, en principio, tener cuidado

de no hacer daño, no hacer daño sin beneficios mayores, no hacer daño innecesario y no hacer daño excesivo.

Y como ustedes saben, esto se puede regular desde Santo Tomás, por esto que se llama: el principio del acto de doble efecto, en que todas las acciones y en particular las acciones médicas tienen dos efectos, uno bueno y uno malo. Todas, todas. Si uno juzga solo el efecto malo, pues los médicos somos unos villanos, pero sí se atiende a lo que regula este principio. En que el objeto del acto que se persigue es en sí mismo bueno. La intención del que actúa es buena y excluye o no desea o tolera el efecto malo. El efecto bueno deriva directamente del acto propuesto y no del efecto malo. Que exista una razón proporcional al riesgo contraído, es decir que el eventual beneficio supere claramente al riesgo. Todas estas cosas se tienen que tomar en cuenta.

Entonces si uno habla de riesgo inherente, a mí se me ocurre que algunos pueden clasificarse por acá. Todos los riesgos o daños predecibles, los que estén justificados, los que se puedan anticipar y no se puedan evitar, los que estén conscientes, los que sean necesarios, los que sean inocentes, explicables o calculados. Ejemplo: la alopecia por quimioterapia, pues sí es un riesgo inherente a la quimioterapia. El hipercortisolismo para tratamiento de enfermedad autoinmunitaria grave, pues también. Tal vez ya no sea tan inherente una gastritis por antiinflamatorios porque se puede evitar. Tal vez tampoco una sobreinfección por antimicrobianos, porque creo que también se puede evitar. Y la otra son los daños iatrogénicos aleatorios, impredecibles, inevitables o accidentales, como ocurre una reacción alérgica en la que no había prácticamente ningún antecedente que pudiera predecirlo.

Me voy a brincar todo esto, para más bien darle a mis compañeros el tiempo.

¿Qué es lo que nosotros como médicos podemos hacer?

- Refrendar nuestros compromisos con el paciente antes que con nada ni nadie, con compañías de seguros, con administraciones hospitalarias.
- Sistematizar o protocolizar procedimientos para prever contingencias y minimizar los riesgos.
- Evitar el sufrimiento innecesario, todavía si me tocó a mí ver que el paciente se quejaba de dolor postoperatorio y le decían pues qué quería si no le hicieron caricias, le tiene que doler.

- Valorar siempre los beneficios en función del riesgo.
- Evitar las acciones superfluas o excesivas, yo ahora que veo menos pacientes me dedico a dos cosas: una, defender a mis pacientes de los demás médicos y la otra, a quitarles medicamentos, más que a darles.
- Mantenerse permanentemente actualizado y apto para ofrecer siempre la mejor alternativa existente.
- Minimizar la magnitud de los desenlaces dañinos inevitables.
- Prescribir solo lo indispensable, les decía, todos los pacientes tienen, los que tienen polifarmacia por lo menos tienen dos o tres que no sirven para nada, entonces fácil.
- Consultar las dosis e indicaciones de los medicamentos; no hay ningún desdoro en consultarlos delante del paciente, yo ya me volví cínico y abro el PLM o la computadora para averiguar, no me los tengo que saber todos.
- Si hay una persona más apta que uno para realizar un procedimiento, referirle al enfermo o solicitarle asesoría.
- En igualdad de circunstancias elegir la elección menos costosa, porque también son los riesgos económicos.
- Denunciar fraudes y charlatanes, no estamos acostumbrados a eso, se interpreta mal.
- Probablemente sea necesario crear un sistema que eluda el canibalismo por relaciones comerciales.
- Dedicar tiempo suficiente a las explicaciones, aventar la receta no parece ser una buena práctica.
- Informar debidamente al paciente de los riesgos y de la necesidad de informar de los efectos adversos.
- Considerar la autodeterminación del paciente competente y hacerlo participar en las decisiones que le conciernen.
- Analizar los propios errores y sacar debido provecho de ellos, el error es la fuente más importante de aprendizaje, claro que en medicina puede ser terrible.

Bueno, con esto, nada más espero haber ubicado un poco el tema de riesgo inherente.



SIMPOSIO CONAMED 2015

El derecho a la protección de la salud en el marco de la seguridad humana y el desarrollo social

RIESGOS INHERENTES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

RIESGOS INHERENTES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Coordinador: Alberto Lifshitz

Participantes: Zoraida García Castillo

Pedro J. Saturno Hernández

Juan W. Zinser Sierra

RIESGO

- Contingencia o proximidad de un daño (DRAE)
- Posibilidad de que se produzca un contratiempo o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.
- Amenaza X vulnerabilidad
- Factores etiológicos
- Motor de las acciones de salud pública
- Objeto de atención de la medicina contemporánea (manejo terapéutico del riesgo)
- Factores y marcadores de riesgo y de pronóstico. De protección



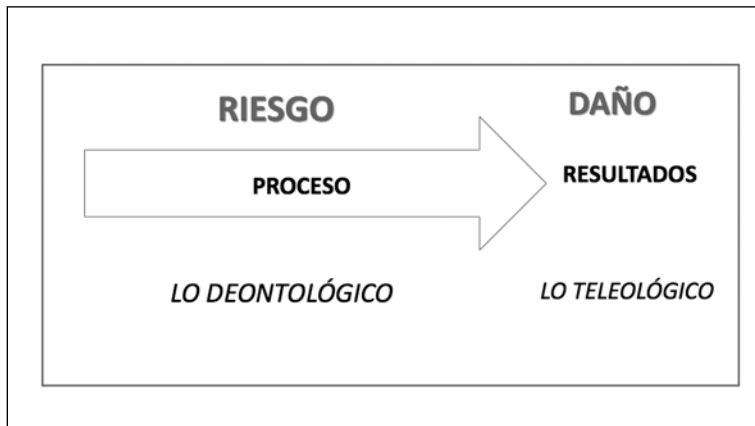
RIESGO INHERENTE

- “Es la susceptibilidad del saldo de una cuenta o clase de transacciones a una representación errónea que pudiera ser de importancia relativa, individualmente de cuando se agrega con representaciones erróneas en otras cuentas o clases, asumiendo que no hubo controles internos relacionados”
- ¡¡Guauuu!!

RIESGO

- **Riesgo residual:** el que subsiste después de haber implementado controles
- **Riesgo inherente:** riesgo intrínseco de cada actividad. Propio del trabajo o proceso que no puede ser eliminado del sistema
 - Transporte: choques, volcaduras
 - Metalmecánica: quemaduras, golpes
 - Minería: derrumbes, caídas, atrapamiento, asfixia

- **Riesgo inherente:** propio del trabajo o proceso. No puede ser eliminado del sistema.
- **Riesgo incorporado:** generado por desviarse de la forma correcta de efectuar las tareas incorporando un riesgo innecesario al riesgo inherente



Jerarquización de obligaciones éticas

(según William Frankena)

- 1. La obligación de no producir daño o mal
- 2. La obligación de prevenir el daño o el mal
- 3. La obligación de remover o retirar lo que esté haciendo daño o mal
- 4. La obligación de promover lo que hace bien



Figure 3-1-1. "Wound man."

"PRIMUM NON NOCERE"

- Primero no hacer daño
- Sobre todo no hacer daño
- Ante todo no hacer daño
- Primero que nada no dañar
- Antes que nada no dañar



= PARÁLISIS OPERATIVA

Principalmente
Especialmente
En principio
Tener cuidado de
Sin beneficios mayores
Innecesariamente
Excesivamente



NO HACER DAÑO

PRINCIPIO DEL ACTO DE DOBLE EFECTO

- El objeto del acto que se persigue es en sí mismo bueno
- La intención del que actúa es buena y excluye (no desea pero lo tolera) el efecto malo que se seguirá de la acción
- Que el efecto bueno derive directamente del acto propuesto y no del efecto malo
- Que exista una razón proporcional al riesgo contraído, es decir que el eventual beneficio supere claramente al riesgo

**Riesgo (daño)
predecible, justificado,
anticipado, consciente,
necesario, inocente,
explicable o calculado**

**Ejemplo: alopecia por quimioterapia,
hipercortisolismo por tratamiento de enfermedad
autoinmunitaria grave.**

**¿Gastritis por antiinflamatorios? ¿Sobreinfección
por antimicrobianos?**

**Daño iatrogénico
aleatorio, impredecible,
inevitable o accidental**

Daño iatrogénico de la medicina, en tanto disciplina imperfecta, en constante búsqueda, pero que ofrece lo mejor con que cuenta en el momento histórico particular

Daño iatrogénico del médico o de la enfermera, en tanto seres humanos con todos sus defectos, o del sistema social o de organización de la atención médica, en la que se suman los defectos de muchos seres humanos

**CONDICIONES QUE INCREMENTAN
EL RIESGO**

- Médicos o personal inexpertos
- Introducción de nuevos procedimientos
- Extremos de la vida
- Cuidados complejos
- Atención de urgencia
- Estancia prolongada

CONDICIONES QUE INCREMENTAN EL RIESGO

- Insuficiencia de recursos
- Falta de sistematización de los procedimientos
- Desorden administrativo
- Relación médico-paciente inadecuada
- Presiones laborales, familiares, psicológicas, económicas de los médicos
- Cansancio de los médicos

ALGUNAS PROPUESTAS

- Refrendar el compromiso con el paciente antes que con nada ni nadie
- Sistematizar o protocolizar procedimientos a fin de prever contingencias y minimizar los riesgos
- Evitar a toda costa el sufrimiento innecesario

ALGUNAS PROPUESTAS

- Valorar siempre los beneficios en función del riesgo
- Evitar las acciones superfluas o excesivas
- Mantenerse permanentemente actualizado y apto para ofrecer siempre la mejor alternativa existente
- Minimizar la magnitud de los desenlaces dañinos inevitables

ALGUNAS PROPUESTAS

- Prescribir sólo lo indispensable
- Consultar las dosis e indicaciones de los medicamentos; no hay ningún desdoro en consultarlos delante del paciente
- Si hay una persona más apta que uno para realizar un procedimiento, referirle al enfermo o solicitarle asesoría y supervisión

ALGUNAS PROPUESTAS

- En igualdad de circunstancias, elegir la opción menos costosa
- Denunciar fraudes y charlatanes. Probablemente sea necesario crear un sistema que eluda el canibalismo por razones comerciales
- Dedicar tiempo suficiente a las explicaciones

ALGUNAS PROPUESTAS

- Informar debidamente al paciente de los riesgos y de la necesidad de informar de los efectos adversos
- Considerar la autodeterminación del paciente competente y hacerlo participar en las decisiones que le conciernen
- Analizar los propios errores y sacar debido provecho de ellos corrigiendo los defectos y superando la ignorancia (práctica reflexiva y dialéctica que eluda las rutinas)

Dra. Zoraida García Castillo.

Coordinadora de la Licenciatura en Ciencia Forense, Facultad de Medicina, UNAM.

Muy buenos días, agradezco al Dr. Alberto Lifshitz su presentación, y al Dr. José Meljem la invitación que me hizo para participar en esta mesa, lo cual me honra, al estar acompañada de tan distinguidos académicos y profesionales del servicio de la salud.

Desde que fui invitada para participar en esta sesión me puse a reflexionar qué podría aportar en esta mesa que está integrada principalmente por médicos, en tanto soy abogada; y resolví aportar el punto de vista desde el ámbito jurídico y de la ciencia forense. Una de mis mayores preocupaciones es que exista una convergencia entre la ciencia y el derecho, que es precisamente el diálogo que estamos tratando de establecer en la formación de los alumnos de la Licenciatura en Ciencia Forense y, me parece que Conamed es el lugar ideal para el establecimiento de este lenguaje y de esta interacción, la ciencia en relación con sus implicaciones jurídicas.

Hablar de riesgos inherentes en la salud, en la toma de las decisiones que tienen que ver con el servicio de la salud, nos sitúa siempre ante dilemas, el dilema que enfrenta el médico cuando toma una decisión, y que tiene implicaciones técnicas que le pueden llevar a asumir responsabilidades de varias índoles, pero también un dilema de índole ético.

Me he atrevido a traer hoy algunos ejemplos que provienen de casos reales, casos similares a los que ustedes seguramente se enfrentan todos los días. Estos ejemplos han llegado al conocimiento de Conamed de alguna u otra manera y aquí los resumo siendo muy respetuosa de usar sólo lo que en síntesis nos es útil.

El primer ejemplo, es un caso de una mujer de 21 años de edad que tuvo un embarazo controlado de 36 semanas de gestación, presenta dolor abdominal y salida de líquido amniótico meconial. El médico se da cuenta que tiene bradicardia fetal severa y en ese momento tiene que tomar una decisión urgente. Lo que decide es realizar una cesárea ante el sufrimiento fetal agudo, no toma medidas de asepsia porque no le da tiempo y extrae al feto en 10 minutos, se presenta una muerte fetal por asfixia intrauterina.

El dilema es: ¿cesárea urgente aún sin asepsia o era conducente realizar una reanimación intrauterina?

El segundo ejemplo, una mujer de 40 años que tuvo un parto tricorial de 31 semanas, por supuesto se le realiza cesárea, presenta una hemorragia obstétrica secundaria a acretismo placentario y choque hipovolémico. Se le realizó una histerectomía, múltiples transfusiones, tuvo una estancia hospitalaria prolongada, adquirió una infección nosocomial y se le practicó una laparotomía exploratoria con liberación de adherencias y un drenaje ante un derrame pleural. Se le administró tratamiento antibiótico y se realizó una toracoscopía con broncoscopía y biopsia pulmonar.

La pregunta es: ¿Era realmente necesario realizar la biopsia?, que es un tratamiento que puede ser considerado agresivo, me parece que puede haber criterios técnicos y científicos con posiciones muy sustentadas en ambos sentidos, el positivo o el negativo.

Un tercer caso, una mujer de 63 años, que tiene como antecedente un infiltrado de modelantes faciales y presenta una asimetría facial notoria. Ella decide realizarse una cirugía plástica y el médico cirujano le practica una ritidectomía media y baja por envejecimiento y modelantes faciales, y lo que le plantea es que va a tratar de retirar el modelante y de compensar esa asimetría facial. El médico le creó expectativas de mejores resultados que lamentablemente por cuestiones técnicas no se pudieron cumplir.

La pregunta es: ¿era conducente realizar esa cirugía plástica ante esta situación?

Cuarto y último caso, un joven de 16 años, quien según lo informa su madre, tuvo un antecedente de soplo cardiaco y presenta una miocardiopatía dilatada con riesgo sinusal; el médico le da tratamientos con antidiuréticos, pero de manera súbita presenta un evento vascular en territorio cerebral izquierdo y hemiplejía. Se le somete de urgencia a tratamientos en cardiología, neurología, infectología y rehabilitación física.

La pregunta aquí fue: ¿Debieron prescribirse anticoagulantes desde el primer momento de tratamiento para tratar de prevenir ese evento vascular cerebral que tuvo de manera súbita? También las opiniones científicas oscilan entre sí o no.

Hay casos simples en medicina que se pueden resolver de una manera más o menos fácil y lo mismo ocurre en el derecho, en tanto más difíciles son los casos médicos, plantean una mayor dificultad en su resolución en el campo jurídico. ¿A qué se enfrenta el médico cuando tiene estos dilemas frente a sí, que además tiene

que resolver en muchas ocasiones de manera urgente? Tiene que tomar una decisión y un esquema de decisión, para casos como estos parte de la elaboración de premisas en que se tomen en cuenta el tiempo, la información, las certezas a que pudiese acercarse, para detectar alternativas y evaluarlas de una forma cuantitativa, tangible, a la vez que de manera cualitativa, no tangible; para finalmente tener elementos de selección de alternativas y esa decisión, tiene que ponerla en una balanza en donde tome en cuenta acontecimientos fortuitos, aspectos críticos, probabilidades de éxito, alternativas igualmente valorables y otras variables que pudiesen sucederse, estén en sus manos o no.

¿Qué es lo que sucede? Me parece que para tomar una decisión en el acto médico, debemos considerar que el derecho a la salud se traduce en el derecho al tratamiento y no al de la curación; no es posible que el médico haga compromisos que no está materialmente posibilitado de cumplir, como si fuese un contrato de obra y no de medios. La relación médico-paciente puede ser muy bien explicada si la comparamos, para efectos de sus implicaciones jurídicas, con un contrato y las consecuencias jurídicas que éstos pueden traer.

Si vemos a la obligación del médico en su relación con el paciente como una obligación de medios, en la que el médico se ha comprometido a hacer lo posible, a buscar los mejores resultados, a buscar la mejoría del paciente, lo podemos asimilar como un arrendamiento de servicios; pero si lo que se busca en esta relación es que se llegue a un resultado, sin importar los medios a los que haya que recurrir, entonces podemos equipararla a un contrato de obra, al compromiso de obtener un resultado "X".

En realidad la obligación del médico es actuar bajo los estándares de la *Lex Artis Ad Hoc*, utilizar los medios que se conozcan a través de la ciencia médica y todos los recursos que encuentre materialmente a su disposición, actuar con la diligencia propia de las obligaciones de mayor esfuerzo y, en relación con el paciente y sus familiares, ser muy claro en el diagnóstico, el pronóstico, los riesgos que tiene el tratamiento, los medios de los que dispone y advertir de la necesidad de continuar con el tratamiento hasta ser dado de alta y prevenir así el agravamiento o la repetición de la dolencia o del padecer. Estamos en el campo médico, en un campo de incertidumbre, no de certezas y en ese sentido es que debemos de considerar al riesgo.

El riesgo suele confundirse con el error y me parece que hay que diferenciarlo porque tienen implicaciones jurídicas muy distintas. El error en medicina puede ser o no impactante, tener consecuencias jurídicas o no, ser excusable o inexcusable.

El error tiene consecuencias jurídicas cuando ocasiona un daño y en ese sentido es relevante; no las tiene cuando no ocasiona un daño y eso, en mi opinión, es cuestionable. Creo que un error que se haya cometido, aunque no cause daño, también debería ser considerado como un motivo de posible responsabilidad, que no teníamos necesidad de correr y que pudiera tener implicaciones jurídicas.

El error excusable es aquel que se comete por una equivocación en el juicio, pero bajo un pensamiento correctamente estructurado y en el que quizás se haya hecho una interpretación errónea de los hechos; un error inexcusable, que por supuesto puede tener consecuencias jurídicas, es cuando deviene de la culpa o del dolo; la culpa, ya sea ignorancia o negligencia, en el que el médico haya actuado sin saber cómo debía de haber actuado o que haya dejado de actuar o actuado, sabiendo cuál era su obligación o lo que es peor, -en el contexto de dolo- actuar de una u otra manera bajo la conciencia de que de ese actuar va a ocasionar un daño que él pudo haber evitado.

El riesgo inherente, por el contrario, es un peligro que se corre, pero que está previsto en la *Lex Artis*, es un peligro que implica la comisión de un daño menor para poder evitar un daño mayor y en tanto éste es inherente al propósito mayor, jurídicamente es admisible. Para evitar que la actualización de un riesgo inherente llegue a tener consecuencias jurídicas indeseables, me parece que la decisión del médico al asumir el riesgo tiene que ser compartida con el paciente y para eso necesita éste ser informado. La existencia de la posibilidad de actualización del riesgo, clarificada en la conciencia del paciente, hace que él concorra en la aportación de su voluntad junto con el médico, y si el riesgo se llegara a actualizar, entonces ambos y bajo un principio de buena fe, lo asumen, sin mayores consecuencias que pudiesen llevarnos a problemas de índole de responsabilidades.

La asunción del riesgo inherente para el médico implica empatía con su paciente, actuar ahora como lo haría en un caso similar y bajo la justificación, siempre, del mayor beneficio. Desde el punto de vista ético, por supuesto, la adopción de una decisión que implique un riesgo inherente tiene también que regirse bajo principios como el de beneficencia, la búsqueda del bien del paciente; la no

maleficencia, no dañar y prevenir el daño; la autonomía, es decir el respeto al paciente informado y actuar siempre con justicia, equidad y sin discriminación.

Lo interesante, si se llegara actualizar el riesgo es ¿cómo dilucidar la responsabilidad que éste pudiese implicar? y ¿cómo se da esta situación en el campo jurídico?

Cuando tenemos una contienda de tipo judicial la regla general es que quien demanda tiene la obligación de probar su dicho y quien se defiende tiene la obligación de probar sus defensas, eso es en un plano igualitario; pero existen situaciones o campos del mundo jurídico en que la ley prevé que habiendo desigualdad *per sé*, o una desigualdad primaria que hay que tratar de equilibrar, las cargas probatorias son distintas. Por ejemplo, en el campo penal existe el principio de presunción de inocencia que implica que la carga de la prueba la tiene el órgano acusador, el agente del ministerio público tiene que probar que el acusado fue quien incurrió en responsabilidad penal.

Si se trata del campo laboral, quien tiene la carga de la prueba es el patrón y si se trata del campo agrario, quien tiene la carga de la prueba es la institución agraria. Si se trata de un juicio en que están involucrados menores, el menor goza de una presunción, siempre a su favor.

Si se trata de responsabilidades médicas, la presunción es a favor del paciente y entonces la carga de la prueba recae en las instituciones médicas y el médico. Teóricamente, si nos situamos en el símil que ya les presentaba de equiparar a la relación médico-paciente con una contratación de obligación de medios, o con una contratación de obra, podríamos afirmar que si fuese el primer supuesto, la carga de la prueba la podríamos distribuir de una manera igual; mientras que en el segundo, se justificaría que recayera en el médico la obligación de probar.

Sin embargo, los criterios de nuestra Suprema Corte de Justicia de la Nación se han inclinado en que la carga de la prueba la tiene la institución médica y el médico, por dos principios muy sencillos que son una mayor facilidad y proximidad probatoria: el expediente clínico suele estar en el servicio de salud y también está al alcance del médico. La Suprema Corte ha establecido la presunción del actuar negligente médico y el mandato de que superviva el derecho de indemnización de la víctima. La Corte, en materia de responsabilidad civil del Estado por responsabilidad deficiente de los servi-

cios de salud, ya ha definido que es necesario probar que existe un nexo causal entre el daño sufrido y la posible actuación negligente del médico e, insiste, la carga de la prueba es de la institución del servicio de salud pública; en este caso, por infracción al debido cuidado y por los dos principios que ya les comento, el de facilidad y proximidad probatoria.

¿Qué es lo que tiene que probar el médico o la institución de salud en estos casos? Que el procedimiento fue realizado bajo los estándares legales y profesionales exigibles, que se trabajó con debida diligencia bajo estándares razonablemente competentes y de conformidad con las guías de práctica clínica y los protocolos de actuación aceptados generalmente.

El riesgo inherente significa la asunción de un estado de necesidad. En el mundo jurídico existen las lesiones, pero realizar una incisión con un bisturí para una cirugía, no se considera una lesión jurídicamente relevante, porque es un daño necesario. Un comportamiento que genera un riesgo permitido es socialmente normal, eso es lo que en el actuar médico debe siempre tratarse que así se considere, incluso si éste llega a actualizarse.

El riesgo inherente que cause daño puede producir responsabilidad, si se prueba que hubo una falta de competencia profesional, que hubo desatención en la medicina basada en evidencias, lo que se traduce en que se actuó sin evidencias, sin tener en cuenta las evidencias o contra las evidencias y, tal vez, quizás sea preferible no actuar si no se tiene evidencias.

¿Qué es indispensable en el tema de la asunción del consentimiento del riesgo? La información.

Me parece que el tema de la información al paciente y sus familiares y de obtener un consentimiento informado consciente es crucial en todos los ámbitos del actuar médico y, de manera muy relevante, en la asunción del riesgo inherente.

Si el actuar médico tiene su campo de acción en la incertidumbre, me parece que tiene sentido que ésta se reporte al paciente y a sus familiares; incluso cuando se elabora una opinión técnica al respecto. Tiene sentido no dar certezas y abstenerse de garantizar resultados.

Si bien la incertidumbre es una posición incómoda, la certeza, al menos para el tema que estamos tratando, puede ser una posición absurda.

Muchas gracias.



CIENCIA
FORENSE
UNAM

Riesgos inherentes en la atención a la salud

Dra. Zoraida García Castillo.
Septiembre 24, 2015.

Caso 1. ¿Cesárea urgente, aun sin asepsia, o reanimación intrauterina?

Descripción diagnóstica

- Mujer de 21 años.
- Embarazo controlado 39.6 SDG.
- Dolor abdominal, salida de líquido transvaginal.
- Líquido amniótico meconial.
- Bradicardia fetal severa.

Procedimiento practicado

- Cesárea de urgencia por sufrimiento fetal agudo.
- Sin asepsia.
- Extrae al feto en 10 minutos.
- Muerte fetal por asfisia intrauterina.

Caso 2. ¿Era realmente necesario realizar la biopsia?

Descripción diagnóstica

- Mujer de 40 años.
- Parto tricorial de 31 semanas.
- Cesárea.
- Hemorragia obstétrica secundaria a acretismo placentario.
- Choque hipovolémico.

Procedimiento practicado

- Histerectomía.
- Múltiples transfusiones.
- Laparatomía exploratoria con liberación de adherencias.
- Drenaje de derrame pleural.
- Tratamiento antibiótico.
- TORACOSCOPIA CON BRONCOSCOPÍA Y BIOPSIA PULMONAR, ante detección de derrame pleural derecho y necrosis.

Caso 3. ¿Era conducente la cirugía plástica?

Descripción diagnóstica

- Mujer de 63 años.
- Antecedente de infiltrado de modelantes faciales.
- Asimetría facial notoria.

Procedimiento practicado

- Ritidectomía media y baja por envejecimiento y modelantes faciales.
- Se trata de retirar el modelante y de compensar.
- Se crearon expectativas de mejores resultados que no se cumplieron.

Caso 4. ¿Debieron prescribirse anticoagulantes?

Descripción diagnóstica

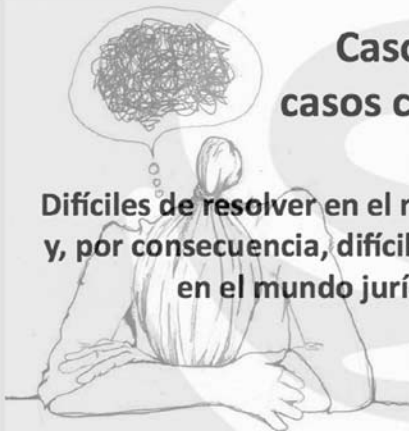
- Joven de 16 años.
- Antecedente de soplo cardíaco.
- Miocardiopatía dilatada con riesgo sinusal.
- Evento vascular cerebral en territorio cerebral izquierdo y hemiplejía.

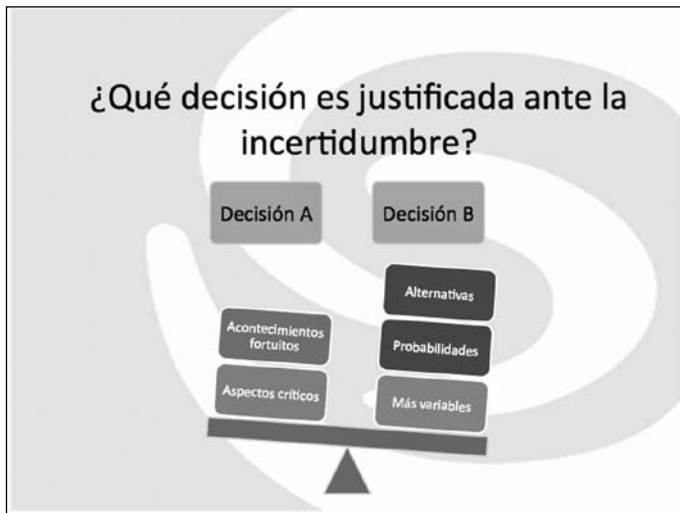
Procedimiento practicado

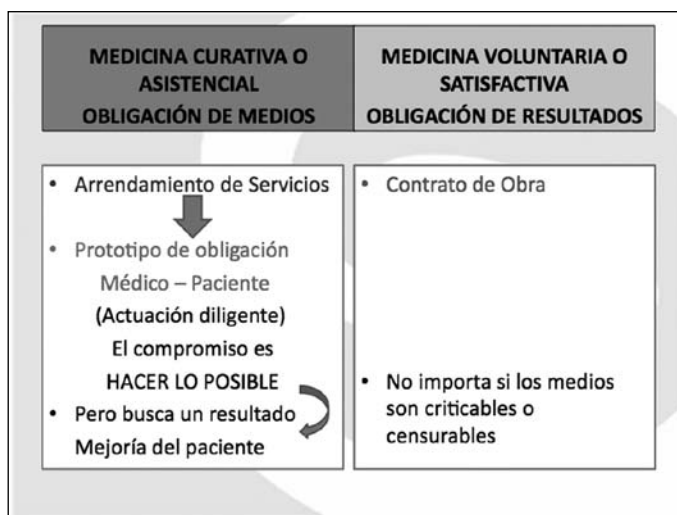
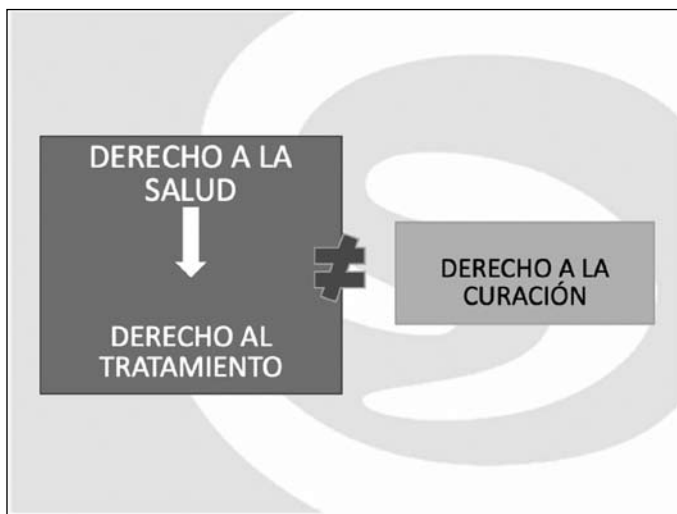
- Antidiurético
- Tratamiento en cardiología, neurología, infectología y rehabilitación física.

Casos simples y casos complicados

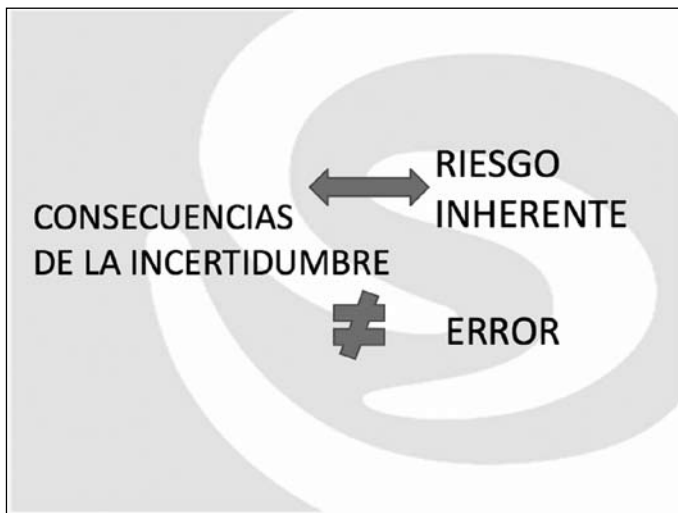
Difíciles de resolver en el mundo médico y, por consecuencia, difíciles de resolver en el mundo jurídico.







OBLIGACIONES DEL MÉDICO	
<p>LEX ARTIS AD HOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar cuantos medios conozca la ciencia médica y a su disposición. • Diligencia propia de las obligaciones del mayor esfuerzo. 	<p>INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico. • Pronóstico. • Riesgos del tratamiento. • Medios de que se dispone. • Continuar con el tratamiento hasta ser dado de alta. • Prevención de agravamiento o repetición de dolencia.



¿Qué es el error en medicina?

ERROR

¿relevante?

- **Excusable.**
 - Equivocación en el juicio.
 - Pensamiento correctamente estructurado.
 - Interpretación inadecuada de los hechos.
- **Inexcusable.**
 - Culpa (ignorancia y negligencia)
 - Dolo

¿Qué es el riesgo inherente?

El riesgo inherente implica un deber de cuidado

El diagrama muestra cuatro círculos que se superponen horizontalmente, cada uno con un texto que define un aspecto del riesgo inherente:

- Riesgo inherente previsto en la *lex artis*
- Efectos adversos aceptados para salvaguardar un bien superior
- Basta que el médico haya atendido su obligación de medios o de diligencia.
- Doctrina del doble efecto o del voluntario indirecto

Asunción de un riesgo inherente:

- Imparcialidad (empatía)
 - Universalidad (cualquier caso similar)
 - Justificación
- ↓
- Procuración del mayor beneficio
 - Evitar un daño mayor

Riesgo inherente como problema ético

PRINCIPIOS:

- Beneficiencia. Búsqueda del bien del paciente.
- No Maleficencia. No dañar y prevenir el daño.
- Autonomía. Respeto al paciente informado.
- Justicia. Equidad, no discriminación.

¿Sobre quién recae la carga de la prueba? Teoría de Distribución del Riesgo

INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE RESULTADO	INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE MEDIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Se presume culpa del médico. • Carga de la prueba del MÉDICO (deudor) 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe presunción. • Carga igualitaria, de quien afirma. • El médico o quien tenga la información, debe aportarla.

Criterios Suprema Corte

- C.T. 1ª Sala. 93/2011
- Carga de la prueba del médico y de la institución médica.
- Presunción de actuar negligente.
- Responsabilidad civil subjetiva.
- C.T. 1ª Sala. 63/2011
- En atención al derecho de indemnización de la víctima.

Criterios Suprema Corte

• A.D. 10/2012

- Responsabilidad patrimonial del Estado por prestación deficiente de servicios de salud.
 - Acción u omisión negligente
 - Daño
 - Nexo causal
- Carga de la prueba por infracción al debido cuidado
- *Principios de Facilidad y Proximidad Probatoria.*

¿Qué es lo que hay que probar?

- Que el procedimiento fue realizado bajo los estándares legales y profesionales exigibles.
- Carga de la prueba de debida diligencia.
- CRITERIO DE DETERMINACIÓN DEL ESTÁNDAR EXIGIBLE:
 - Profesional razonablemente competente.
 - Actúa de conformidad con las guías de práctica clínica y protocolos de actuación aceptados generalmente.

- El riesgo inherente se asume ante un ESTADO DE NECESIDAD.
- Se causa un mal menor para evitar uno mayor.
- NO GENERA RESPONSABILIDAD.-
“Un comportamiento que genera un riesgo permitido es socialmente normal.”



Si el riesgo inherente causa daño, produce responsabilidad

- Por falta de competencia profesional.
- Por desatención de la Medicina Basada en Evidencias.
- Tomar decisiones:
 - Sin evidencias
 - Sin tener en cuenta las evidencias
 - Contra las evidencias
 - No tomarla, hasta no tener evidencias

**Si el riesgo inherente causa daño, produce
responsabilidad**



**Indispensable:
Consentimiento para el Riesgo**



La decisión recae en el paciente

**¡Tiene sentido reportar la
incertidumbre!
Tiene sentido ABSTENERSE DE
GARANTIZAR RESULTADOS**

*“La incertidumbre es una posición incómoda,
pero la certeza es una posición absurda.”*

Voltaire

Dr. Pedro J. Saturno Hernández.

Profesor Honorario de la Universidad de Murcia, España. Cátedra AXA de Mejora de la Calidad en Servicios de Salud, y Director Adjunto del Centro de Investigación en Calidad y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Buenos días, muchas gracias por la invitación de nuevo a estar aquí. Ésta creo que es la cuarta vez que participo en este tipo de simposio, si no recuerdo mal, la última fue justamente el año pasado.

El tema de la Mesa es amplio y lo que he hecho es interpretarlo e intentar dar tres mensajes, quizás un poco diferentes a lo que se esperaban, no lo sé, pero cuando se habla de riesgo inherente en la atención en salud, normalmente pensamos en los problemas de seguridad del paciente, entonces lo primero es poner el tema de seguridad del paciente en una perspectiva un poco más global. En segundo lugar, puesto que los problemas de seguridad son cosas que no deberían de ocurrir hasta un cierto punto, hablar de cuáles son las estrategias de prevención y control de estos riesgos que conlleva la atención a la salud. Y finalmente quiero proponer también un cambio en la orientación del riesgo de la atención; quiero hablar del riesgo de la no atención, de lo que ocurre con la salud de las personas que no reciben atención. Las primeras dos primeras partes van a ser sobre riesgos cuando se les atiende, pero la última es cuando no se les atiende, porque creo que saltar del ámbito individual al poblacional merece la pena.

La seguridad del paciente en la perspectiva de la calidad de la atención.

En cuanto al primer punto, los riesgos de la atención en el ámbito de la seguridad del paciente, quiero transmitir dos mensajes, no es la primera vez que los digo, pero es que las cosas tardan mucho en pasar desde que están claras académicamente a la práctica y es lo que voy a intentar ilustrar. En primer lugar la seguridad es una dimensión de la calidad indisoluble del resto de dimensiones que signifiquen, en su conjunto, dar una atención correcta; y en segundo lugar que aunque es un tema que ya lleva muchos años hablándose de él, pues ya hace por lo menos 5 o 6 que hubo un cambio conceptual importante, que aún no está asumido completamente

en la práctica y en la manera de controlarlo. El cambio conceptual implica que cuando se habla de seguridad, no se debe hablar exclusivamente de daño, no debe referirse exclusivamente a que la atención sanitaria o la atención al paciente haya producido un daño. Hace ya bastantes años, desde el 2006 por lo menos, que se insiste en que también es un problema de seguridad el incrementar el riesgo de daño. Este es un cambio muy importante porque ya no nos enfocamos solamente a que la atención produzca un efecto adverso, una complicación más o menos grave; sino que estamos hablando de que la actuación de los servicios de salud incremente el riesgo de que eso se produzca. Parece simple, pero es un cambio muy trascendental porque pasa del enfoque en el resultado a la prevención; pero este cambio aún no está completamente asumido.

En la definición que se puede encontrar en los documentos de OMS habla claramente que es seguridad es ausencia de daño innecesario real o potencial¹. Todavía en la mayoría de los lugares se está centrando toda la atención al problema de seguridad en el daño real, no se está centrando en el daño potencial. El ejemplo más claro que pongo siempre es, cuando se habla de infección nosocomial como un problema de seguridad, lo que siempre se intenta medir y se intenta abordar es la tasa de infección nosocomial, con más o menos profundidad, con más o menos rigor en la forma de medirla, pero en cambio se hace mucho menos énfasis en medir las cosas que hay que hacer para que no haya riesgo de infección nosocomial; y este es el cambio fundamental que ya hace muchos años que ocurrió conceptualmente, pero que aún no está totalmente asumido en la práctica. Es igual un problema de seguridad el no hacer la profilaxis adecuada, el no lavarse las manos, el no hacer una serie de cosas, es igualmente un problema de seguridad que el hecho de que luego de la asistencia se produzca la infección. Entonces hay que hacer también énfasis en las actuaciones que ponen en riesgo al paciente, aunque no se produzca daño.

¹ Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico. WHO, 2009.

Las estrategias de prevención y control de los riesgos de la atención.

El segundo mensaje voy a intentar resumirlo mucho, porque según vi en el programa tenemos 15 o 20 minutos como máximo. Esto le obliga a uno a sintetizar, y eso viene incluso bien. Este segundo mensaje se refiere a las estrategias que tenemos a nuestro alcance para que los riesgos inherentes a la atención se minimicen. Aquí lo que voy a hacer es mencionarlas e ilustrar cómo este cambio conceptual del enfoque en prevención de un resultado adverso, pues tampoco se ha trasladado a las estrategias que tenemos en nuestra mano para combatir o minimizar los riesgos de la atención. Las estrategias con las que podemos contar, que podemos poner en práctica en nuestro entorno de la atención, incluyen por una parte un buen sistema de monitorización de indicadores de seguridad para saber dónde están los problemas, y por lo tanto atacarlos; la participación de los pacientes, que es un tema que ha mencionado la ponente anterior y que cada vez se le ve más relevancia; hacer una adecuada de gestión de riesgos; y luego una actitud proactiva con una serie de herramientas que van saliendo. Voy a mencionar muy brevemente todas ellas.

En relación a la monitorización nunca me cansaré de hacer referencia a este esquema que dice: *“monitorización es medir indicadores para saber que está pasando e identificar los problemas a mejorar, pero si no hacemos nada con los resultados, pues da lo mismo monitorizar”*. Hay que monitorizar para saber qué mejorar, etcétera, etcétera. Esto es lo primero. Pero lo segundo es que hay varios enfoques para monitorizar los problemas de seguridad o de riesgo de la atención. Los más destacados son los cuatro que indicaré a continuación: (1) Indicadores centinela, que normalmente se han de reportar y que no deberían ocurrir nunca. (2) Un sistema de cribado o *screening* de posible fallos que son los *Triggers*. (3) Los indicadores de resultado, que son los más conocidos, referidos a frecuencia de efectos adversos, complicaciones, etc; y (4) Indicadores de buenas prácticas que son los que tienen un enfoque en cómo hay que hacer las cosas para que no haya problemas de seguridad. Voy a ilustrar que precisamente lo que más se hace es lo que se apega al concepto antiguo de seguridad (producción de daño) y lo que menos se hace es lo que se apega al concepto nuevo, que incluye enfoque en riesgo de daño.

Los indicadores centinela también conocidos como *Never Events*, o eventos que no deberían ocurrir nunca, son aquellos efectos adversos graves que normalmente deben estar sujetos a un sistema de reporte o notificación. Los sistemas de notificación son probablemente la primera y a veces casi la única actividad que se hace para intentar prevenir problemas de seguridad, pero la evidencia nos dice que es probablemente la estrategia menos efectiva. Entonces cuando a mí me muestran sistemas de notificación, yo los aplaudo, yo les animo a que continúen, pero en este estudio reciente hecho en 189 hospitales de Estados Unidos², en sitios donde es obligatorio el sistema de reporte, se vio que sólo se reportan 14% de los incidentes de seguridad, de éstos, 30% no se investigan causas; y de los investigados sólo 12% conduce a alguna intervención; con lo cual la efectividad de esta estrategia sobre poco más de 1% de los incidentes que ocurren. Esto no quiere decir que no haya que hacer énfasis en que se reporten los incidentes o los problemas de seguridad o los eventos centinela, lo que quiere decir es, vuelvo a ese esquema que les he mostrado sobre la monitorización, que identificar problemas sin hacer nada para resolverlos es absurdo. Lo que está ocurriendo es que se invierte mucho en sistemas de notificación que como mucho logran que se notifiquen 14% de lo que se debería de notificar, y que sólo redundan en intervención para mejorar en una proporción muy escasa de esos incidentes que se reportan.

Los indicadores de resultado, que miden la frecuencia de determinados eventos adversos y complicaciones, son los más comunes. De este tipo son los que propuso, y sigue utilizando, la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) de Estados Unidos³, incorporados posteriormente junto con algunos indicadores centinela a los que propone la OCDE. Sin embargo, pero hace ya también tiempo que se indicó que esos indicadores solos no sirven, que lo que hay que hacer es complementarlos con indicadores de proceso para que tengamos claro en que estamos fallando antes

² Department of Health and Human Services. Hospital Incident Reporting Systems Do Not Capture Most Patient Harm. Report OEI-06-09-00091 Office of Inspector General, Washington 2012

³ AHRQ. *Guide to Patient Safety Indicators*. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. Version 3.1 (March 2007). Washington: AHRQ; 2003

de esperar a que se produzca el accidente o el evento adverso. Por ejemplo en una publicación del grupo del trabajo con base en los CDC (*Centers for Disease Control*) de Estados Unidos⁴, que es el que da las orientaciones para todas las cuestiones en relación a la infección nosocomial, se indicó ya en las recomendaciones publicadas en 2005: *“Basta ya de medir solo infecciones nosocomiales, vamos a empezar a medir si se toman las precauciones cuando se hace la inserción de catéter venoso central, vamos a medir si se hace correctamente la profilaxis antibiótica, vamos a medir si se hace correctamente la vacunación de la gripe en personal sanitario y en pacientes”*. En definitiva medir la frecuencia con la que se realizan acciones, proceso, encaminadas a prevenir las infecciones. Esta publicación es, como digo, de 2005, pero a título anecdótico les diré que ahora mismo estamos en un proyecto con otros institutos mexicanos y una de las cosas que queremos medir es precisamente esta última recomendación de la vacunación para la gripe en los hospitales y les puedo decir que los sistemas de información están prácticamente inutilizables para ese indicador, no se sabe si le han preguntado al paciente si está vacunado o no, y, desde luego, no hay apenas control de si el personal sanitario se ha vacunado o no, aunque es una obligación ética porque eso tiene que hacerse no ya para proteger al personal sino para proteger al paciente, al que no le vas a transmitir la enfermedad. Y la recomendación sobre este indicador es de 2005.

El enfoque que sería más acorde con el nuevo concepto de seguridad del paciente, no ya tan nuevo porque es de 2008, es tener indicadores de buenas prácticas, indicadores que te digan si se está haciendo lo que hay que hacer para minimizar el riesgo, basados en evidencia con alta prioridad para implementarlos, y con un enfoque en prevención y no solamente resultado, sino en estructura y proceso, como el ejemplo que hemos visto de las infecciones nosocomiales. Si trata de medir si se tiene lo que hay que tener (estructura) y si se hace lo que hay que hacer (proceso) para disminuir el riesgo. Haberlos los hay, nosotros en mi grupo de trabajo hicimos el esfuerzo hace unos años por tener un set de indicadores de este sentido⁵, pero no son precisamente los que más se utilizan.

⁴ Mc Kibben L, Horan MT, Tokars ji, Fowler J, Cardo DM, Pearson ML, Brennan PJ and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee: *Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*. Am J Infect Control 2005; 33:217-26

⁵ Saturno PJ et al: *Construcción y Validación de indicadores de Buenas Prácticas sobre Seguridad del Paciente*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2008

Otra estrategia importantísima es la participación de los pacientes. Hay muchas cosas que se pueden hacer en este sentido; yo solamente voy a hacer énfasis en una, que es aprovechar, aparte de su participación en el proceso asistencial, toda la información que el paciente nos puede dar para saber que está ocurriendo. Hacer encuestas que se llaman tipo “*informe*” que no son las encuestas de satisfacción al uso, sino que se les pregunta por su experiencia y se les pregunta por las cosas que ellos han podido ver que ocurren, y eso incorporarlo a lo que tenemos que hacer para mejorar la atención. Es también otra cosa que aunque lleva muchos años hablándose de ella, no se está incorporando fácilmente. Solamente les quiero ilustrar con los resultados de este estudio lo que se puede lograr si incorporamos la información del paciente⁶. Lo que se hizo fue comparar lo que se puede obtener sobre problemas de seguridad del paciente, mirando en el expediente clínico o preguntando al paciente por su experiencia. En el expediente clínico se obtuvo una frecuencia de 11% de eventos adversos, que es lo esperado, en torno al 10% de los hospitalizados hay problemas de seguridad; preguntándole a los pacientes se llegó al 23% de problemas de seguridad detectados, con una coincidencia entre ambas fuentes de información de un 5%. Lo ideal sería obviamente, conjuntar las dos cosas, pero esta incorporación del paciente es algo que no se está produciendo de forma rutinaria.

La gestión de riesgos es otra estrategia que podemos emplear. Hay varias formas de hacerlo, una vez que conocemos los riesgos. La primera es evitar el riesgo; en este sentido yo siempre digo que la atención sanitaria más segura, es la que no se hace. Obviamente no vas a tener nunca una infección en herida quirúrgica sino te operas y cosas por el estilo; eso sería evitar el riesgo de infección quirúrgica, lo cual parece absurdo: siempre hay que poner en la balanza el posible beneficio de correr el riesgo contra la exposición al mismo. Otra estrategia es transferirlos y transferir con ello también sus consecuencias; por ejemplo tener un seguro que te cubra los problemas que puedas tener por estar expuesto a ese riesgo, que

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

⁶ Weissman, et al., *Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not?* Ann Intern Med. 2008; 149:100-108.

se transfiere a un tercero. Aquí están todos los seguros frente a incendios, accidentes y, en el ámbito sanitario, por mala praxis o litigaciones. Por otra parte aceptar el riesgo, es prácticamente no hacer nada, aunque sepas que existe. Pero lo que se procura, o al menos se debe procurar, en el ámbito de la seguridad del paciente es, obviamente, controlarlo y el mensaje es que, para controlarlo, hay dos estrategias fundamentales aparte de los indicadores que les he dicho: ante un evento adverso mirar retrospectivamente para entender por qué ha pasado, y, lo que está bastante menos implementado, que es analizar prospectivamente qué podemos hacer para evitar que se produzca el riesgo o minimizar que tenga consecuencias. La metodología básica para el análisis retrospectivo de eventos ya ocurridos e implementar acciones para que no vuelva a ocurrir es el análisis de causa raíz, implementada con una cierta frecuencia aunque no siempre lleve a intervención. Lo que es bastante menos común es la estrategia de prevención, analizando los posibles fallos prospectivamente y solucionarlos antes de que ocurra un evento adverso.

Finalmente, la actitud proactiva y vigilante por parte del personal y la implementación de una serie de herramientas que se están produciendo en este terreno se destaca como otra estrategia fundamental. Herramientas tipo checklist, cuya correcta implementación depende de la concienciación y buen hacer de los profesionales, existen unas cuantas, que probablemente conocerán. Una es el checklist quirúrgico para evitar problemas de seguridad en la cirugía. Otra es el checklist para evitar infecciones en la UCI, sobre todo neumonía; y otra que está en fase piloto es el checklist de parto seguro. Hay otras más, todas ellas herramientas que se van produciendo para que incorporándolas a la práctica se intente minimizar el riesgo de la atención. Aunque obviamente hay que implementarlas bien, porque cuando uno estudia cómo se están implementando pues a veces la gente no lo hace bien. Por ejemplo en el checklist quirúrgico a veces se rellena cuando ya se ha terminado la intervención, con lo cual no sirve para nada más que para mostrar cuando vaya auditoría de que sí se ha hecho el pape-lito; pero si se hace correctamente podría servir para disminuir los riesgos⁷. Me gustaría destacar el checklist para parto seguro, no

⁷ Saturno PJ, Soria-Aledo V, Da Silva Gama ZA, Felipe Lorca-Parra F, Grau-Polan M. Understanding WHO Surgical Checklist Implementation: Tricks and Pitfalls. An Observational Study. *World J Surg* (2014) 38:287–295

porque sea más o menos importante, sino porque estamos ahora mismo en un proyecto en colaboración con OMS de validación de esa herramienta en el ámbito mexicano; acabamos prácticamente de empezar el piloto, y en un año o un año y medio veremos si es factible y efectivo en nuestro medio.

Quien quiera saber más sobre lo que se puede hacer para disminuir los riesgos, les recomiendo una publicación reciente⁸, que es un resumen de un voluminoso y muy bien documentado informe de la AHRQ sobre las prácticas en las que hay evidencia de su efectividad para evitar o disminuir los riesgos; apareció a final de 2013 y ahí se destacan unas prácticas que están fuertemente recomendadas, con una fuerte evidencia de que si se hacen disminuyen los riesgos y disminuyen los problemas de seguridad. Entre las diez primeras están los checklists, ahí están también otras estrategias que les he mencionado, ahí están muchas otras, que no puedo detenerme a detallar, porque me gustaría apegarme al tiempo de que dispongo; y luego hay otra serie que están también recomendadas, pero no con tanta fuerza, entre ellas está precisamente esa crítica de que los sistemas de notificación no debe ser lo único, sino hay que utilizar métodos complementarios para monitorizar los problemas de seguridad. Cualquiera de los centros sanitarios que no estén implementando al menos las diez primeras intervenciones destacadas en este artículo, están dejando de hacer cosas que se ha comprobado que pueden contribuir de forma evidente y contundente a disminuir los problemas de seguridad.

Los riesgos para la salud de la no atención.

La última parte de esta ponencia es probablemente la más fuera de contexto, dado que lo que habitualmente se entiende por seguridad y riesgos de la atención siempre está circunscrito a la atención individual de quien efectivamente recibe atención. Obviamente eso me parece muy bien: hay que preocuparse de hacer bien las cosas para que los que vienen a atenderse no se les provoque un riesgo o daño innecesario, causado por la propia atención recibida. Pero ¿qué pasa con los que no se atienden? ¿Qué inseguridad, qué

⁸ Shekelle PJ, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Ann Intern Med.* 2013;158:365-368.

problemas tienen para su salud? ¿Qué riesgo tiene la desigualdad y la inequidad en la obtención de la atención sanitaria?. Si uno revisa lo que ha pasado con los Objetivos del Milenio, pues encuentra por ejemplo lo que apareció reseñado hace unos días en el diario “*El País*”⁹: se informa de que, por ejemplo, en la mortalidad infantil, sólo 32% de los países logró los objetivos de disminuirla lo suficiente o esperado. Si uno mira también cuestiones sobre mortalidad materna y otro tipo de indicadores relacionados con los Objetivos del Milenio, podemos revisar un reporte de Naciones Unidas¹⁰, en donde habla que un fallo notorio para que eso no se hayan logrado los Objetivos en salud, es no haber prestado atención a las cuestiones de equidad y derechos humanos en la atención sanitaria; sobre la base de los hallazgos del estudio da nueve recomendaciones, que no detallo por cuestiones de tiempo, y porque además así les puedo invitar a que lean el reporte; esas nueve recomendaciones están basadas precisamente en lograr el ejercicio del derecho a la salud y la equidad en la atención, contando con la participación precisamente de los afectados.

Estos dos ejemplos les pueden sonar extraños a México, fuera de contexto, que no tiene nada que ver con nosotros, pues eso no es así. La desigualdad de derechos en cualquier lugar y la inequidad mata en la atención sanitaria, es el peor efecto adverso que puede tener el servicio de salud. Obviamente, cuando hablamos de atención individual, sí que es verdad que tiene riesgos y que tenemos que controlarlos, pero no proveer atención puede ser aún peor, y les voy a dar unos datos de México. Estamos haciendo un análisis sobre carencias en atención sanitaria con los datos de una de las encuestas que se hacen en México (aquí en México se hacen muchas encuestas, se miden muchas cosas, pero se analizan quizás no demasiadas). Una de las encuestas que hay es la encuesta de hogares, la encuesta nacional de ingresos y gastos en hogares, que entre otras cosas tiene un módulo que permite medir carencias: se miden carencias en salud, pobreza, carencias en la vivienda, etc. Como carencia en salud lo que miden como único indicador es la ausencia de afiliación a algún esquema de seguro; este puede ser

⁹ El País, Edición América, 10 de Septiembre 2015




¹⁰ UN Millennium Project 2005. *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*. Summary version of the report of the Task Force on Child Health and Maternal Health. New York, 2005

un buen indicador y sí que es verdad que es algo que ha venido mejorando en los últimos años. En la última encuesta, la de este año recientemente publicada (nosotros hemos trabajado con los datos de la de 2012) creo que el porcentaje de población sin ningún tipo de cobertura está por debajo ya de 20%, está en 18% aproximadamente. Nosotros lo que hemos hecho es mirar más cosas, otros indicadores relacionados con la no atención, en esa misma encuesta, porque hay datos interesantes que merece la pena señalar. Por ejemplo, también se pregunta si tuvieron necesidad de atención, pero no la recibieron por el motivo que sea, y eso informan que les pasó al 3% de los encuestados. El porcentaje puede parecer pequeño, pero se traduce en millones de personas, pensando en la población que tiene México. Otra pregunta es ¿cuán lejos está el hospital más cercano? Y el punto de corte para denotar problemas de accesibilidad geográfica es si está a más de tres horas. También hay algunas preguntas sobre la calidad de la atención para los que logran tenerla: ¿Cuánta gente se ha hecho detección de diabetes, de hipertensión? ¿A cuántos niños se les ha pesado, se les ha tallado? etc. Entonces lo que hicimos conjuntar todos estos indicadores y ver qué relación tenían con indicadores de salud a nivel de entidad federativa, porque los datos no dan para hacer un análisis más detallado con indicadores de salud. En este caso utilizamos los indicadores de salud más dramáticos para cómo se relacionan con ellos estas carencias. Por ejemplo: ¿Qué relación tienen estos indicadores de carencia en la atención con la mortalidad general? ¿Qué relación tienen con la mortalidad materna, con la mortalidad en menores de 5 años y con la esperanza de vida al nacer? Cuando les decía que el no tener atención mata es porque hemos encontrado que la ausencia de atención preventiva de calidad se asocia muy fuertemente con la mortalidad general; la ausencia de afiliación se asocia muy fuertemente con la mortalidad general, con la mortalidad materna, y con la mortalidad en menores de 5 años. La necesidad percibida no atendida, excluyendo los que se atienden en consultorios de farmacias (por eso el porcentaje es bajo) se asocia muy fuertemente con la tasa de mortalidad infantil; la accesibilidad geográfica con la mortalidad materna y con la mortalidad infantil; y si lo ponemos todo junto, en un indicador compuesto que contemple la presencia de al menos una de las carencias en aten-

ción sanitaria, se asocia prácticamente con todos los indicadores de salud analizados.

Les quiero decir adicionalmente que, para los que tengan la inquietud de pensar que este efecto es por la asociación de los indicadores de carencia en la atención con los de pobreza, vivienda, u otro tipo de carencias, hemos hecho análisis multivariable y hemos encontrado que esta asociación entre carencia de atención e indicadores de mortalidad se mantiene ajustando y por encima de las otras carencias.

Así que este es el último mensaje que les quería decir. El primero es que efectivamente la atención sanitaria tiene riesgos, que hay que intentar minimizar con un enfoque no solamente en daño producido, sino también de prevención. Lo segundo es que hay muchas cosas y diferentes estrategias complementarias que podemos hacer para mejorar la seguridad y minimizar ese riesgo de los que efectivamente acceden a la atención. Y el tercero es que es conveniente dar un salto a considerar también al riesgo de no tener atención sanitaria, porque eso está poniendo en riesgo de muerte a la población. Muchas gracias.

International Health Systems Program
Department of Global Health and Population
Harvard School of Public Health


RIESGOS INHERENTES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Pedro J. Saturno
AXA Professor in Healthcare Improvement,
Director Centro de Investigación en Calidad y Encuestas (CICE)
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Profesor Honorario de Salud Pública,
Universidad de Murcia, España




Visiting Scientist in Quality Management
Harvard School of Public Health. USA

México, 24 Septiembre 2015



SIMPOSIO CONAMED 2015

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN
DE LA SALUD
EN EL MARCO DE LA SEGURIDAD HUMANA
Y EL DESARROLLO SOCIAL.




International Health Systems Program
Department of Global Health and Population
Harvard School of Public Health




RIESGOS INHERENTES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

1. **RIESGOS DE LA ATENCIÓN: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSPECTIVA.**

2. **SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL.**

3. **SEGURIDAD DE LA NO ATENCIÓN: RIESGOS DE LA DESIGUALDAD E INEQUIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD**

 <small>Instituto Nacional de Salud Pública</small>	 <small>Instituto Nacional de Salud Pública</small>	 <small>International Health Systems Program Department of Global Health and Population Harvard School of Public Health</small>
1. RIESGOS DE LA ATENCIÓN: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSPECTIVA.		
<p>1.1. Seguridad: una dimensión de la calidad. <i>(IOM, 2001; OMS, 2006, 2008)</i></p> <p>1.2. Cambio conceptual aún no completamente asumido</p>		


 <small>Instituto Nacional de Salud Pública</small>	 <small>Instituto Nacional de Salud Pública</small>	 <small>International Health Systems Program Department of Global Health and Population Harvard School of Public Health</small>
CALIDAD: LAS SEIS DIMENSIONES CLAVE (OMS, 2006)		
EFFECTIVIDAD	Atención basada en evidencia que produce mejora en los resultados a nivel individual y comunitario.	
EFICIENCIA	Atención sanitaria que maximiza los recursos y evita despilfarro.	
• SEGURIDAD	Atención sanitaria que minimiza riesgos y daño a los pacientes.	
ACEPTABILIDAD/ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	Atención sanitaria que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios y la cultura de la comunidad.	
EQUIDAD	Atención sanitaria que no varía en su calidad según características personales tales como género, raza, etnicidad, ubicación geográfica o estatus socioeconómico.	
ACCESIBILIDAD	Atención sanitaria oportuna en el tiempo, geográfica razonable, y provista en entornos y con personal adecuados a las necesidades.	



SEGURIDAD:




***AUSENCIA DE DAÑO INNECESARIO, REAL
O POTENCIAL, ASOCIADO A LA
ATENCIÓN SANITARIA.***

OMS, 2008



RIESGOS INHERENTES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD




1. RIESGOS DE LA ATENCIÓN: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSPECTIVA.
2. SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL.
3. SEGURIDAD DE LA NO ATENCIÓN: RIESGOS DE LA DESIGUALDAD E INEQUIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD


 Instituto Nacional de Salud Pública
  International Health Systems Program
 Department of Global Health and Population
 Harvard School of Public Health

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD.

1. Monitorización de indicadores de seguridad.
2. Participación de los pacientes.
3. Gestión de riesgos.
4. Actitud proactiva y vigilante por parte del personal sanitario: Implementación de intervenciones basadas en evidencia y Promoción de una Cultura de Seguridad.



INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE




PRINCIPALES ENFOQUES EN LA ACTUALIDAD

- Indicadores centinela (ej. los “Never Events” del NQF)

- “Triggers” (IHI)
- Indicadores de resultado (AHRQ, OCDE)
- (Buenas) Prácticas Seguras


psafumo@um.es

Seguridad del Paciente

Department of Health and Human Services
**OFFICE OF
INSPECTOR GENERAL**



**HOSPITAL INCIDENT REPORTING
SYSTEMS DO NOT CAPTURE
MOST PATIENT HARM**




Daniel R. Levinson
Inspector General
January 2012
OIG-06-09-00091

- Estudio sobre una muestra de 189 hospitales
- Todos tienen establecido un sistema de reporte de incidentes.
- Sólo se reportan el 14% de los incidentes.
- Un 30% no se investigan causas.
- Un 12% conducen a alguna intervención.

Efectividad:
 $0.14 \times 0.7 \times 0.12 = 0.012$

Instituto Nacional de Salud Pública



International Health Systems Program
Department of Global Health and Population
Harvard School of Public Health

INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRINCIPALES ENFOQUES EN LA ACTUALIDAD



- Indicadores centinela (ej. los **“Never Events”** del NQF)
- **“Triggers” (IHI)**

- Indicadores de resultado (AHRQ, OCDE)


- (Buenas) Prácticas Seguras

psaturno@um.es

Seguridad del Paciente

Instituto Nacional de Salud Pública



International Health Systems Program
Department of Global Health and Population
Harvard School of Public Health

AIC special article

Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

Leslie A. Archer, MD, MPH; Susan M. Ryan, MD, MPH; Patricia J. Thomas, MD, MPH; Robert M. Cooke, MD, MPH; Kenneth R. Broome, MD, MPH; J. Bennett, MD, MPH; and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

From the Centers for Disease Control and Prevention, National Healthcare Safety Network (NHSN) (Dr. Archer); Centers for Disease Control and Prevention, National Healthcare Safety Network (NHSN) (Dr. Ryan); Centers for Disease Control and Prevention, National Healthcare Safety Network (NHSN) (Dr. Thomas); Centers for Disease Control and Prevention, National Healthcare Safety Network (NHSN) (Dr. Cooke); Centers for Disease Control and Prevention, National Healthcare Safety Network (NHSN) (Dr. Broome); and Centers for Disease Control and Prevention, National Healthcare Safety Network (NHSN) (Dr. Bennett).

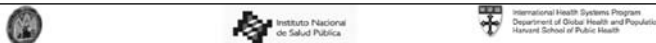
© 2005 American Medical Association. All rights reserved. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

- **Recomienda el uso de indicadores de resultado y de proceso.**
- **Inserción de catéter venoso central.**
- **Profilaxis antibiótica en cirugía**
- **Vacunación de la gripe**

Am J Infection Control 2005; 33:217-26

psaturno@um.es


Seguridad del Paciente



INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE


PRINCIPALES ENFOQUES EN LA ACTUALIDAD

- Indicadores centinela (ej. los “*Never Events*” del NQF)
- “Triggers” (IHI)
- Indicadores de resultado (AHRQ, OCDE)
- (Buenas) Prácticas Seguras



NQF: 30 RECOMENDACIONES DE PRACTICAS SEGURAS

- **Basadas en evidencia publicada**
- **Alta prioridad para implementación sobre la base de la evidencia existente y su potencial de generalización.**
- **Enfoque en Prevención.**
- **Relacionadas con estructura y proceso.**




30 (25) BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD

Proyecto MSC-Univ. de Murcia:

68 (69) Indicadores:


- 39 de estructura**
- 29 de proceso**
- 10 compuestos**



National Quality Measures Clearinghouse
www.qualitymeasures.gov

Template of Measure Attributes

Attribute	Description of Attribute	Type
Yes	Indicates the attribute measure	Yes/No



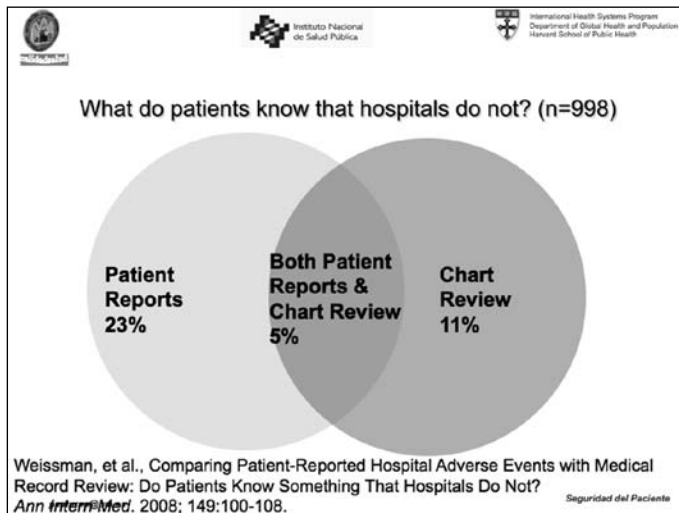
Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente

Seguridad del Paciente

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD.

1. Monitorización de indicadores de seguridad.
2. Participación de los pacientes.
3. Gestión de riesgos.
4. Actitud proactiva y vigilante por parte del personal sanitario: Implementación de intervenciones basadas en evidencia y Promoción de una Cultura de Seguridad.


PRINCIPALES ESTRATEGIAS PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA	
ESTRATEGIA	EJEMPLOS
•Movilización de pacientes para la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> •Acción "Los pacientes por la seguridad del paciente" de la Alianza Mundial (OMS) •Inclusión de los pacientes en los sistemas de notificación de incidentes de seguridad
•Promover participación activa en la prevención de incidentes de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> •Guías para la participación activa de los pacientes en el proceso asistencial •Folletos y manuales que fomentan la vigilancia activa del paciente para prevenir incidentes frecuentes
•Solicitar y utilizar información relevante	<ul style="list-style-type: none"> •Encuestas tipo informe del usuario •Incluir información de los pacientes y familiares en los análisis de causas-raíz






ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD.


1. Monitorización de indicadores de seguridad.
2. Participación de los pacientes.
- 3. Gestión de riesgos.**
4. Actitud proactiva y vigilante por parte del personal sanitario: Implementación de intervenciones basadas en evidencia y Promoción de una Cultura de Seguridad.




Gestión de riesgos

- Diferentes Estrategias:
 - Evitarlos (*Avoidance*)
 - Controlarlos (*Reduction/Control*):
 - Valoración, análisis y gestión de los riesgos, reconociendo qué eventos ("hazards") pueden producir daño en el futuro, y minimizando la probabilidad de que aparezcan y sus consecuencias
 - Retrospectivamente (Monitorización, ACR)
 - Prospectivamente (AMFE)
 - Transferirlos (*Transfer*)
 - Aceptarlos (*Accept*)





Instituto Nacional
de Salud Pública






International Health Systems Program
Department of Global Health and Population
Harvard School of Public Health

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD.

1. Monitorización de indicadores de seguridad.
2. Participación de los pacientes.
3. Gestión de riesgos.
4. Actitud proactiva y vigilante por parte del personal sanitario: Implementación de intervenciones basadas en evidencia y Promoción de una Cultura de Seguridad.
 - Medición de cultura de seguridad.
 - Uso de "Check Lists" y otras intervenciones de proceso.
 - Check list quirúrgico
 - Check list para prevenir infección en UCI
 - ➔ Checklist para parto seguro

Annals of Internal Medicine	Table 2. Patient Safety Strategies Ready for Adoption Now
<p>The Top Patient Safety Strategies Adoption Now</p> <p><small>Paul G. Shekelle, MD, PhD; Peter J. Pronovost, MD, PhD; Robert M. Sutton, Dr. Sc; Will W. Knaul (Program, with James T. Bates, MD, David M. Salze, MD, Miles Leonard-Brown, PhD, Francis Cooper, PhD, James D. Torrey, PhD, MPH, Yale University; and Miles T. Little, J. Kathleen N. Linn, PhD, MA, MPH, Gregg S. Rose, MD, MEd; Alan C. Gage, PhD, George Lurie, MD, MPH; Joseph A. DiMartino, PhD)</small></p> <p>Over the past 12 years, since the publication of the Institute of Medicine's report, "To Err is Human: Building a Safer Health System," improving patient safety has been the focus of considerable public and professional interest. Although such efforts required changes in policies, education, workflow, and health care financing, organization, and delivery, the most important gap has arguably been in research. Specifically, to improve patient safety we needed to identify hazards, determine how to measure them accurately, and identify solutions that work to reduce patient harm. A 2011 report commissioned by the Agency for Healthcare Research and Quality, "Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices" (1), helped identify some early evidence-based safety practices, but it also highlighted an evidence gap between what was known and what needed to be known.</p> <p>For the past 4 years, with support from the Agency for Healthcare Research and Quality, our group (in part) from the RAND Corporation, Stanford University, the University of California, San Francisco, Johns Hopkins University, and ECGI (Institute) and an international panel of 21 methodologists and evaluation methods experts have conducted an evidence-based assessment of patient safety strategies (PSS). Our efforts involved 3 phases. In the first phase, we developed a framework for reviewing, rating, and synthesizing evidence on existing PSS. In the second phase, we developed a framework for reviewing, rating, and synthesizing evidence on existing PSS. In the third phase, we developed a framework for reviewing, rating, and synthesizing evidence on existing PSS. In the third phase, we developed a framework for reviewing, rating, and synthesizing evidence on existing PSS.</p>	<p>Strongly encouraged</p> <ul style="list-style-type: none"> Preoperative checklists and anesthesia checklists to prevent operative and postoperative events Bundles that include checklists to prevent central line–associated bloodstream infections Interventions to reduce urinary catheter use, including catheter reminders, stop orders, or nurse-initiated removal protocols Bundles that include head-of-bed elevation, sedation vacations, oral care with chlorhexidine, and subglottic suctioning endotracheal tubes to prevent ventilator-associated pneumonia Hand hygiene The do-not-use list for hazardous abbreviations Multicomponent interventions to reduce pressure ulcers Barrier precautions to prevent health care–associated infections Use of real-time ultrasonography for central line placement Interventions to improve prophylaxis for venous thromboembolisms <p>Encouraged</p> <ul style="list-style-type: none"> Multicomponent interventions to reduce falls Use of clinical pharmacists to reduce adverse drug events Documentation of patient preferences for life-sustaining treatment Obtaining informed consent to improve patients' understanding of the potential risks of procedures Team training Medication reconciliation Practices to reduce radiation exposure from fluoroscopy and CT The use of surgical outcome measurements and report cards, such as those from ACS NSQIP Rapid-response systems Use of complementary methods for detecting adverse events or medical errors to monitor for patient safety problems Computerized provider order entry Use of simulation exercises in patient safety efforts

RIESGOS INHERENTES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

1. **RIESGOS DE LA ATENCIÓN: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSPECTIVA.**
2. **SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL.**

3. **SEGURIDAD DE LA NO ATENCIÓN: RIESGOS DE LA DESIGUALDAD E INEQUIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD**

EL PAÍS

EL PERIÓDICO GLOBAL

INTERNACIONAL
OPINIÓN
ESPAÑA
ECONOMÍA
CIENCIA
TECNOLOGÍA
CULTURA
ESTILO
DEPORTES
TELEVISIÓN

AVANCE Consulta la primera página de EL PAÍS, Edición América, del miércoles 10 de septiembre de 2015 »




Netascha estuvo a punto de morir por desnutrición en Etiopía. / LOLA HERNÁNDEZ

La mayoría de países fracasa en la reducción de la mortalidad infantil

Solo un 32% logró reducir las tasas de muertes de menores de cinco años a un tercio, como establecían los Objetivos del Milenio

REPORTAJES



Instituto Nacional de Salud Pública

International Health Systems Program
Department of Global Health and Population
Harvard School of Public Health

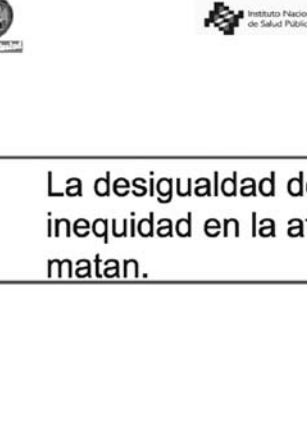
"Equidad y derechos humanos guiados por la evidencia científica pueden traducirse en pasos específicos, claras prioridades, dirección de políticas, y selección de programas"

Tres principios:

- Reforzar la legitimidad del Estado.
- Prevenir la segmentación excesiva del sistema, estableciendo normas de colaboración para mejorar los servicios **tanto públicos como privados.**
- Reforzar la voz y el poder de los pobres y marginados para reclamar sus derechos.

Nuevas Recomendaciones

UN Millennium Project 2005. Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. Summary version of the report of the Task Force on Child Health and Maternal Health. New York, USA.






Instituto Nacional de Salud Pública

International Health Systems Program
Department of Global Health and Population
Harvard School of Public Health

La desigualdad de derechos y la inequidad en la atención a la salud matan.




La desigualdad de derechos y la inequidad matan.					
Carencia	Descripción	MCS-ENIGH 2010 n=235,448		MCS-ENIGH 2012 n=212,678	
		% de personas con carencia ^a	Agregación ^a	% de personas con carencia ^a	Agregación ^a
Ausencia de afiliación	No contar con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular y las instituciones públicas de seguridad social. Tener servicios médicos privados cuenta como no carencia.	29.2 (28.6-29.9)	29.2 (28.6-29.9)	21.5 (21.0-22.1)	21.5 (21.0-22.1)
Necesidad percibida no atendida	En los últimos doce meses sufrió algún dolor, malestar, enfermedad o accidentes que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas y no recibió atención médica	3.1 (2.9-3.3)	29.7 (29.0-30.3)	2.9 (2.6-3.2)	22.0 (21.4-22.6)
Accesibilidad geográfica	Tardar más de dos horas en llegar a un hospital en caso de emergencia	4.0 (3.6-4.5)	32.2 (31.4-32.9)	3.1 (2.7-3.6)	24.4 (23.8-25.1)
Calidad de la atención	En los últimos 12 meses no se le ha realizado ningún control de peso/talla o detección de hipertensión o diabetes	36.1 (35.6-36.8)	52.7 (51.9-53.5)	36.5 (35.9-37.0)	48.6 (47.9-49.2)

La desigualdad de derechos y la inequidad matan.								
	Indicadores de Salud ^a							
	Mortalidad General		Razón de mortalidad materna ^b		Tasa de Mortalidad menores de 5 años ^c		Esperanza de vida al nacer	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
	rs (p)	rs (p)	rs (p)	rs (p)	rs (p)	rs (p)	rs (p)	rs (p)
Carencias en los Servicios de Salud (indicador compuesto)	0.60 (<0.001)	0.49 (<0.01)	0.60 (<0.001)	0.43 (<0.05)	0.58 (<0.001)	0.54 (<0.01)	-0.24 (0.18)	-0.28 (0.12)
Sub-indicadores de carencias								
Ausencia de afiliación	0.46 (<0.01)	0.54 (<0.01)	0.52 (<0.05)	0.34 (0.05)	0.59 (<0.001)	0.53 (<0.01)	-0.16 (0.31)	-0.30 (0.09)
Necesidad percibida no atendida	-0.008 (0.96)	0.11 (0.56)	-0.10 (0.56)	0.33 (>0.05)	0.44 (<0.05)	0.36 (<0.05)	-0.03 (0.85)	-0.24 (0.16)
Accesibilidad geográfica	0.10 (0.60)	0.08 (0.65)	0.49 (<0.01)	0.54 (<0.01)	0.41 (<0.05)	0.46 (<0.01)	-0.50 (<0.01)	-0.47 (<0.01)
Calidad de la atención	0.45 (<0.05)	0.45 (<0.01)	0.17 (0.35)	0.28 (0.11)	0.06 (0.73)	0.15 (0.42)	0.03 (0.97)	-0.08 (0.64)



RIESGOS INHERENTES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

1. RIESGOS DE LA ATENCIÓN: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSPECTIVA.
2. SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL.
3. SEGURIDAD DE LA NO ATENCIÓN: RIESGOS DE LA DESIGUALDAD E INEQUIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD



“Nuestra cabeza es redonda para que el pensamiento pueda cambiar de dirección”

Francis Picabia



Instituto Nacional
de Salud Pública



International Health Systems Program
Department of Global Health and Population
Harvard School of Public Health

GRACIAS !!

Pedro J. Saturno

psaturno@um.es

pedro.saturno@insp.mx



Oncólogo Médico Juan W. Zinzer Sierra.

Instituto Nacional de Cancerología, Secretaría de Salud.

Conamed ha hecho un excelente trabajo, es un referente internacional, y concretamente se refiere a problemas, a quejas, a demandas de los pacientes.

¿Cómo analizar esto? El problema, como decía la doctora (Dra. Castillo) es muy complejo.

Primero. Claramente hay algunos errores y negligencia médica. Por otro lado, la calidad de la atención en México y en el mundo, es muy heterogénea.

Otro problema frecuente, son las falsas expectativas que los pacientes pueden tener, y la familia, y la mala comunicación, probablemente es una de las razones número uno de las quejas y de los problemas; y el fallo a favor o en contra de los médicos está determinado por muchos factores.

En cuanto a los errores o la negligencia, creo que está muy claro, la diapositiva lo dice: “*le recomendé un tratamiento desconociendo que no estaba indicado*”, y creo que aquí lo que significa es que la ignorancia no es una opción, y la ignorancia es una decisión personal; no es un accidente, no es un riesgo; es algo que elegimos.

Ahora, cuando hablamos de problemas o de demandas, es muy fácil identificar la efectividad de un tratamiento de manera retrospectiva; lo que es muy difícil es poder realmente confirmar si un reclamo por negligencia es realmente justificado, y esta es un área muy difícil.

Vamos a hablar de algunos hechos: es una realidad que en la medicina hay errores, hay iatrogenia, hay problemas, pero déjenme ser un tanto cuanto puntilloso en algunos puntos. Los accidentes médicos, estamos hablando de Estados Unidos, hay 120 mil al año: entre 700 mil médicos, 0.17; hay 80 millones de poseedores de armas de fuego, y los accidentes por éstas son nada más 1, 500. Casi todo mundo habla de las armas de fuego como muy peligrosas, por armas de fuego, es 1 de cada 50 mil dueños, en cambio, 17 de cada 100 médicos tienen problemas. O sea que, los médicos son más de 9 mil veces más peligrosos que las armas de fuego.

Ésta es una realidad, y mucho de lo que nos hace peligrosos es lo que prescribimos. Como dice el doctor Lifshitz, por eso, probablemente estas tiendas, si les hemos de poner una calcomanía, ten-

gan menos calcomanías que estas otras (diapositiva), en donde probablemente se surte mucho del peligro que vamos a vivir.

Otro hecho son las demandas médicas; hay múltiples, Estados Unidos, ha sido el pionero y el prototipo por diferentes razones. Vemos como, por ejemplo, las especialidades quirúrgicas tienen más riesgo en general, pero todas tienen cierto riesgo, y en mayor o menor grado, las demandas, o los pagos, o quien es el culpable van a variar.

Vemos cómo dependiendo del riesgo y dependiendo del grado realmente de riesgo, con la edad, prácticamente todos estamos expuestos a una demanda como lo podemos ver aquí (diapositiva). Ahora, tanto en bajo o alto riesgo, siempre hay inocentes que tienen que pagar y siempre hay culpables que no pagan; eso depende de muchos factores, como lo podemos ver aquí también: hay un pequeño porcentaje de gente que es inocente, donde no hay realmente evidencia en su contra y sin embargo, el fallo está en contra del médico. Y hay un porcentaje de gente que claramente cometió un error, donde las pruebas están en su contra; sin embargo, los jueces los perdonan y los eximen por diferentes razones.

Por otro lado, de las demandas médicas, 13% de los pagos, los hacen menos del medio por ciento de los médicos. O sea, hay médicos recurrentes, hay médicos que persistentemente cometen errores, hay gente que no aprende, o sea, hay gente que con la edad no adquiere experiencia, únicamente se hace viejo y por eso siguen cometiendo continuamente los mismos errores.

Otro hecho importante en relación a lo que son demandas y quejas, es: cuál es, en Estados Unidos el área médica más vulnerable desde el punto de vista de la profesión médica. En general, en las demandas médicas, en el 29% de los casos, se falla a favor del paciente. Pero, en mastografía específicamente, o sea, en Rayos X, en el 41% se falla a favor del paciente. ¿Por qué? Porque la mastografía es un estudio que el paciente ve como algo claramente preventivo, sus expectativas son enormes, y si no se cumple porque les dio cáncer a los 4, a los 6 meses, se van sobre el médico, con o sin relación; y hay tal presión por parte de la opinión pública, que por eso, en más de 40% los médicos pagan. Por eso ya, es una de las áreas en Estados Unidos, en donde menos radiólogos quieren trabajar; ya no quieren hacer mastografías, están muy expuestos y son vulnerables.

Por otro lado, en relación a la calidad de la atención, hay muchos factores alrededor de lo que es el médico, la calidad y el entorno de lo que es la medicina; no vivimos solos, trabajamos en equipo, trabajamos en instituciones, dependemos de una infraestructura nacional y local, que hace que existan muchas diferencias en la atención médica.

Vamos a ver algunos ejemplos, y ni siquiera son de México, para que nos demos cuenta cómo es internacional. Vean ustedes cuál es la supervivencia de pacientes con infartos tratados por cardiólogos, tratados por médicos familiares o por algunos otros; las posibilidades de morir obviamente van a aumentar si el médico no es especialista y no tiene la suficiente experiencia. Pero no solamente depende del médico; depende del tiempo y de la mala o buena suerte: la mortalidad en fin de semana por infarto es mayor que entre semana, y esto se aplica no solamente a infartos o problemas cardiovasculares sino a muchos otros problemas.

Este es un análisis reciente: en Inglaterra, que tiene uno de los mejores servicios de salud, en donde vemos cuál es la mortalidad de los pacientes que se internaron en fin de semana o entre semana; y vemos cómo la mortalidad no solamente durante esos días sino durante los siguientes 30 días, es mayor en aquellos días que están cerca del fin de semana. Vean ustedes: se mueren más durante ese día y los siguientes 30, los que se internan en domingo, los que se internan en sábado; y el referente es el miércoles. En Inglaterra, el día más seguro para internarte y no morirte en el siguiente mes, es el miércoles, todo lo demás está asociado a esto. Esto ha sido motivo de discusión, no está claro qué pasa; uno de los reclamos inmediatos es "*necesitamos más médicos*", pero eso obviamente no es la solución tan fácil.

Vemos también, algunos otros elementos. Este es un análisis que se hizo en Estados Unidos entre los cardiólogos sobre la mortalidad y las complicaciones, tomando en cuenta si los pacientes se internaban cuando los médicos se van a congresos, aquí tomaron en cuenta los 2 principales congresos cardiológicos en Estados Unidos, o cuando se internan y no hay congresos.

Vean ustedes cómo la mortalidad de problemas graves, sobre todo paro cardíaco e insuficiencia cardíaca, fue menor cuando los médicos están en congresos, o sea, cuando se quedan los residentes médicos con otra actitud, otras especialidades. Se analizaron

varias cosas, y uno de los puntos importantes es que se hacían muchos más procedimientos invasivos y cateterismos cuando estaba todo el staff médico, o sea, estaban haciendo manitas y estaban aprendiendo. Y esa es una de las razones por las que probablemente se mueren más cuando están todos, que cuando nada más se dedican a atender ciertos problemas, y posponen algún otro tipo de participación.

Veán, por ejemplo también, situaciones de la sociedad: esto es Escocia (diapositiva). Obviamente el cáncer es un problema creciente en el mundo ¿por qué?, porque la edad es el factor de riesgo más importante, y cada vez somos más. Veán ustedes cómo la supervivencia 5 y 10 años es superior cuando las mujeres se atienden por Especialistas en Oncología, que cuando no son especialistas. Hay muchos factores alrededor de esto y es prácticamente inevitable, porque no alcanzan los médicos para atender a todos los pacientes con cáncer. E insisto en esto, porque estoy obviamente deformado profesionalmente por el área, pero aquí tiene que ver con los patólogos con los que trabajan, son capaces los que trabajan con oncólogos de identificar un mayor número de ganglios, son más cuidadosos en muchos detalles.

Veán ustedes, por ejemplo igual, en Escocia; ciudades altamente civilizadas, cómo dependiendo de la calidad del cirujano, la supervivencia de 10 años puede ser muy contrastante por muchos detalles: el tipo de cirugía, los ganglios que resecan, si se les complica, si hay infecciones, si se les da o no tratamiento posterior, que es parte del entorno del bueno y del mal cirujano.

Algo a lo que la mayor parte de la gente está acostumbrada, es que cuando le operan una hernia, una hernioplastia inguinal, recurre, veán ustedes en este análisis: realmente los que hacen las cosas como deben ser, deben tener recurrencias en menos de 1 por 500; sin embargo, el promedio es de 1 en 20; y los malos, y esto es muy común, es de 1 en 10. Para mucha gente 1 en 10 es más o menos lo aceptable, hay muchos niveles y muchos aspectos que cuidar en este sentido.

Veán ustedes por ejemplo, el volumen de pacientes que maneja un cirujano. Cirugías complejas como la del esófago y páncreas, vemos cómo claramente entre mayor experiencia tiene, tanto el cirujano como el hospital, la mortalidad es menor y la supervivencia a largo plazo obviamente va a mejorar.

Hay aspectos importantes en relación a quién es el médico y en dónde está trabajando; todo mundo puede cometer errores, todos nos equivocamos; pero vean ustedes además, lo que es la muerte, en el extremo derecho, (diapositiva) cuando existen complicaciones, que es uno de los puntos más contrastantes. En los hospitales que tienen mucha experiencia en esas complicaciones, te pueden atender mejor.

El tema no es “*no equivocarse*”, si queremos estar seguros de no equivocarnos, podemos quedarnos acostados en la casa todo el día, y no hacer nada; como diría Richard Smith ex editor de *British Medical Journal*; o sea, vivir es un riesgo desde muchos puntos de vista pero el poder resolver esos problemas el poderlos atender a tiempo es importante, vean ustedes en cáncer de próstata, la supervivencia es de acuerdo a la experiencia del cirujano, entre más cirugías, obviamente menos riesgo. Alguna vez le escuché a un prominente urólogo americano decir: “*no me gustaría hacer mis primeras 200 prostatectomías otra vez*”.

La curva de aprendizaje ha mejorado, ahora se calcula que con 40 o 50 es suficiente para sentirse razonablemente seguros, pero aún en incorporaciones que teóricamente se manejan bajo los mismos principios, como los hospitales de veteranos en Estados Unidos. Veamos este reporte que salió hace un año y que fue motivo de escándalo, en cómo la misma organización que, teóricamente se basa y que se rige con los mismos principios, la mortalidad promedio y algunas complicaciones es de 0.86, pero vean ustedes, hubo un hospital, el de Phoenix, que fue satanizado durante los siguientes meses; tuvo una mortalidad y complicaciones muy superiores al que resultó mejor, que es un hospital en Boston. O sea, y tomando en cuenta diferentes criterios: infecciones, problemas después de la colocación de un catéter. Es muy difícil estandarizar, es muy difícil que realmente todo el mundo haga lo mismo.

Dentro de los errores más fáciles de identificar, es errores por prescripción, por eso lo de las farmacias realmente no es una broma, y vemos como por ejemplo, en Estados Unidos, en México los Residentes y los Internos empiezan sus cursos en marzo, en Estados Unidos es en julio. Veamos ustedes como en julio, es cuando hay mayor número de muertes por errores de prescripción; es cuando entran los nuevos médicos, muchos probablemente sin suficiente supervisión. La prescripción es muy importante y es una de las principales fuentes de error y de problemas.

Por eso, este es uno de los elementos en donde participan cuestiones de comunicación, de expectativa. Los efectos secundarios de medicamentos son de las cosas que más debemos de cuidar, y sobre las que hay mucha queja; por eso, todo medicamento sabemos que puede causar reacciones adversas, y por pocas que sean, y por benévolo que pueda ser, hay que transmitírsele al paciente. Creo que este es un error que probablemente muchos hemos cometido, nos hemos confiado y, situaciones de riesgo que se pueden presentar, el menos del 0.1% si no se lo decimos, el paciente tiene legítima razón en enojarse. Entonces, una de las cosas muy claras es: todo medicamento es un arma potencial, hay que tener cuidado.

Ahora, de lo que se queja la gente es de los medicamentos que le dieron los médicos, no se queja de lo que va y compra en cualquier lado; y vean ustedes cómo la herbolaria y tratamientos que básicamente son alternativos, porque tomar medicamentos incluyendo vitaminas todos los días, esa es medicina alternativa, pero eso es un gran negocio. Todo esto causa hospitalizaciones, inclusive puede causar muertes; de ésto los pacientes no se quejan; o sea de la cantidad de problemas, medicamentos y sustancias que toman, pero ésto es además muy difícil de recopilar y es muy difícil que la gente se queje por ello.

Ahora, las expectativas sobre el resultado de un estudio; comentábamos al principio, por ejemplo, sobre lo que es la mastografía. Y es que, vean ustedes, cómo la interpretación por más de 100 radiólogos expertos, cómo tiene una sensibilidad con una variación enorme, del 60 al 100%, o sea, la capacidad de identificar que en una mastografía hay un tumor maligno y la especificidad, poder decir que no hay nada con certeza y no tener un alto número de falsos positivos y someter a las mujeres a biopsias innecesarias, etcétera. Ahora dice uno, *“bueno es que la experiencia cuenta”*; lo comentábamos hace rato: la edad da vejez con certeza, no siempre da experiencia. Veán ustedes aquí, el análisis de radiólogos que han visto cerca de 2000 mastografías, y radiólogos que han visto muy pocas. En cuanto a un parámetro muy claro de identificación, falsas positivas: no sólo radiólogos que no le dijeron a la mujer que no tenía cáncer, porque eso a veces “no se nota luego luego”, pero, biopsias innecesarias, procedimientos adicionales que no eran realmente indicados.

Y vean ustedes cómo las probabilidades de hacer estos procedimientos, no varían tanto al número de casos, o sea, hay gente que aprende con 60 o 70, hay gente que sigue sin aprender con más de 1, 000. Entonces todo esto es muy variable, y esto es importante porque la carga excesiva de trabajo en algunas instituciones en donde los médicos ven 40 o 50 pacientes diarios dicen *“pero es que van a hacer mucha experiencia”*, no es cierto, o sea, la experiencia se hace cuando uno puede ver las cosas, analizarlas, pensarlas, recapacitar y ver si se está uno equivocando o no, y no cuando no tiene tiempo uno de pensar qué fue lo que se hizo previamente.

Veán ustedes, esto es un ejemplo, y el tema de las mastografías, y que tiene que ver con comunicación, tiene que ver con la buena integración de los equipos. (Diapositiva) A esta mujer le dijeron que tenía un estudio con un BI-RADS 3, esto significa que el estudio se tiene que repetir a los 6, 3 meses. Había este hallazgo que no estaba en la mastografía previa y que en ese momento no ameritaba biopsia; pero el médico que vio a la paciente dijo: *“no, bueno, pues si no hay nada obvio, mejor que no se preocupe, váyase, no se lo repita”*. Y la mujer regresó mucho tiempo después, porque hay tumores que crecen muy lento, con esto que, obviamente era un cáncer. A los seis meses se hubiera identificado mejor, se hubiera hecho una biopsia y las posibilidades de curación hubieran sido mejores.

Pero además ¿qué pasa?, si alguien va a hacerse un chequeo, se hace un estudio y le dicen que está bien, piensa que si tiene alguna molestia o algún problema, a los tres o a los cuatro meses, no es nada porque el médico le dijo que estaba en buenas condiciones. Esa es una de las razones por las que es importante hacer que el paciente regrese relativamente rápido.

Por otro lado, la comunicación entre los médicos, este es motivo de muchos problemas, porque nosotros a veces solicitamos un estudio pensando que el radiólogo o el laboratorio nos va a dar un resultado que es inequívoco, y que es como un sí o no de una computadora.

Veán ustedes por ejemplo, cómo sin información clínica, los radiólogos no son capaces de identificar muchas cosas porque su acuciosidad no es la misma. Aquí lo que se hizo, es que se sacaron 60 radiografías del tórax, y una no tenía clavícula, había un defecto congénito, no había clavícula. Sin información, solamente 40% de

los radiólogos detectó que no había una clavícula, o sea, vio la placa un poco superficial. Finalmente, un radiólogo es un consultante, no hay que hacer una solicitud para que haga algo, hay que darle información para que lo pueda proporcionar.

Si a esos radiólogos se les dijo que tenían que identificar enfermedades pulmonares graves, no se les dijo nada de la clavícula, fueron un poco mejores; pero claramente cuando se les dijo que había algo grave a investigar, que checaran si el paciente tenía cáncer o no, vieron la placa con mucho más detalle, y pudieron en más del 80% identificar que había algo diferente, que no tenía clavícula.

El mismo radiólogo cuando ve la placa dos veces, el mismo día o un día después, como se hizo en este estudio, dependiendo de si se le dice que el estudio es normal o si está buscando algún problema, puede variar de opinión el mismo radiólogo hasta en 20%. No se diga de un radiólogo al otro con 24 horas de diferencia, hasta el 33%. Cambiamos de opinión, como decía el doctor Saturno, o sea, la cabeza es redonda para que las ideas den vueltas; y tenemos que analizar, tenemos que pensar, porque por diferentes motivos podemos ser diferentes.

Ahora, cómo se percibe la calidad del médico, viendo que todo esto es realmente bastante complicado. Vean ustedes este ejemplo, yo lo presentaba en algunas ocasiones, pero creo que ilustra muy bien. Vean ustedes aquí (diapositiva) tres cirujanos: uno que está muy contento porque cree que hace las cosas muy bien; y en el otro extremo, —y digo—, en medio uno que está triste. Aquí evaluando lo que es la mortalidad de un determinado cirujano, que tiene que ver con muchos factores. Vean ustedes, el primer cirujano tuvo 2% de mortalidad, dos fueron por procedimientos quirúrgicos equivocados, él fue responsable, o sea, los dos casos fueron su culpa. Vean ustedes el de en medio, que está muy triste; ninguno fue por su culpa, tres fueron porque eran pacientes de alto riesgo y con mucha comorbilidad asociada y dos porque el entorno y todo el apoyo postoperatorio no fue el adecuado; entonces, este señor tuvo la mortalidad más alta pero no fue por su culpa, sino por el medio y el tipo de pacientes que estaba viendo. Y el de la izquierda, que es el que tiene la mortalidad más alta por su responsabilidad, está muy contento; y el del lado derecho es un término medio.

Por otro lado, ¿cómo evaluar realmente la calidad?, porque hay situaciones difíciles: este paciente (diapositiva) llegó al Instituto,

venía muy mal, en camilla, con falta de aire, con un pulmón lleno de metástasis; y ya le habían dicho que no hiciera nada, que ni gastara ni perdiera el tiempo, porque de todos modos se iba a morir. Si este paciente se hubiera dejado en estas condiciones, se hubiera muerto, nadie se hubiera quejado, nadie hubiera pensado en omisión, como decía el doctor Saturno, muchos de los errores son de comisión pero otros son de omisión. Que tenía mucho riesgo, que no se podía hacer una biopsia; con un examen de orina, se identificó que tenía un corioma metastásico iniciado en el testículo, y en unos meses con tratamiento estaba así (diapositiva). O sea, este paciente se curó pero si no se hubiera curado, nadie hubiera pensado que hubo cierto tipo de negligencia médica; o sea que, además, y por eso yo insisto que el tratamiento oportuno, una cosa es el tratamiento temprano y otra cosa es el oportuno. Oportuno es que aun estando la enfermedad avanzada, si tiene ciertas características y si uno piensa en algunos diagnósticos, las posibilidades de curación pueden existir. O de que cuando menos el paciente pueda vivir mucho tiempo.

Ahora, las falsas expectativas y la mala comunicación son muy frecuentes, y esto deriva de varios factores:

Por ejemplo: las condiciones del paciente, aquí vemos (diapositiva) pacientes con tumores testiculares; y esto es semejante a lo que ocurre con muchos otros pacientes que tienen neoplasias muy sensibles a quimioterapia, a linfomas, a la enfermedad de Hoskins, osteosarcoma. Y en donde vamos a suponer que el paciente se queja o tiene problemas porque al principio con el tratamiento se siente mal.

Veán ustedes cómo estos pacientes, inicialmente tienen un deterioro en la calidad de vida, ¿por qué? porque la quimioterapia es muy pesada. Los tratamientos oncológicos son una enfermedad en sí misma, y que inicialmente, y como decía el doctor Lifshitz, y lo que sucede, es que en oncología, el Principio Hipocrático: lo primero es no dañar, no se aplica siempre. Muchas veces, para poder curar al paciente, primero hay que dañarlo, primero se va a sentir peor, primero se va a sentir mal. Pero tiene que haber buena comunicación, porque si no, el paciente se va a sentir al principio muy mal, va a tener menor actividad, se va a sentir deprimido, probablemente tiene más náusea, más vómito, más cansancio. Si el paciente hace una queja en este momento diciendo que él llegó bien o regular,

y que se siente mucho peor, tiene razón ante alguien que no está analizando esto completo, hay que tener paciencia, hay que tener una buena adherencia y una buena comunicación para que pueda seguirse tratando, y eventualmente sentirse mucho mejor, y estar curado, y en la mayor parte de los casos, sin secuelas.

Entonces, tiene mucho que ver las condiciones del paciente y las expectativas. Por otro lado, la gente que está en muy malas condiciones y va con muchos problemas, va a tener una mortalidad mucho más alta que la que no. Esto hay que tenerlo claro, y es parte de lo que hay que expresar cuando no hay dos enfermos iguales; de hecho, la igualdad no existe, a lo que más nos acercamos, es a la semejanza, y si en algo se aplica, eso es en la medicina.

Vean ustedes por ejemplo nuestra capacidad de pronosticar a gente grave, enferma en fase terminal. Vean ustedes cómo evaluando a los pacientes que fueron remitidos a hospicios en Estados Unidos, bueno se supone que se pueden admitir con seis meses de supervivencia esperada. Vean ustedes cómo la mediana de supervivencia de estos pacientes, la mitad vivieron 24 días nada más, cuando el médico pensó que el paciente podía estar ahí varios meses. O sea la capacidad de poder predecir en general en el mundo y la medicina no se excluye, es bastante mala. Vean ustedes cómo inclusive la muerte se presentó cuando menos un mes antes en prácticamente en la mayoría de las predicciones y hubo un porcentaje no despreciable que murió durante las siguientes horas. O sea, prácticamente se iban a morir en el camino, cuando se esperaba que iban a morir varios meses.

Mucho de todo esto depende de la relación entre mejor conoce a un paciente es uno más malo para predecir, la relación que uno ha tenido uno con alguien de varios años nos bloquea, también somos seres humanos y queremos seguir siendo más optimistas de lo que se puede ser.

Pero ¿cuál es el punto importante con esto? la gente fase terminal con problemas con prácticamente todo el tratamiento que mueren en instituciones académicas, en hospitales especializados son sometidos a mucho más procedimientos, diagnósticos, rayos x, tomografías, inclusive, se les da quimioterapia acerca de la mitad cuando están a pocos de días de haber muerto, a diferencia de poder predecir bien, mandar a la gente a su casa, a un hospicio en donde van a tener no solamente menos invasión por parte del

médico, medicinas, estudios, sino que además van a estar mejor acompañados, y algo fundamental, su calidad de vida va a ser mejor, el dolor se controla mejor en una casa, si tiene buena atención y comunicación, que en un hospital en donde a veces para médico y enfermeras, hay otras prioridades.

Dentro de las diferencias en la atención hay elementos también, por ejemplo la parte económica, vean ustedes cuando el ganglio centinela que es identificar un ganglio en la axila, en la ingle, en pacientes con cáncer de mama, melanomas; se identifica y es positivo se evita hacer una cirugía radical de la axila que tiene más complicaciones del edema en el brazo, etc. Veamos cuando esto ya se empezaba a hacer una regla en Estados Unidos se les hacía con mucho mayor frecuencia a los pacientes que tenían seguro y estaban protegidos, o sea los aspectos económicos además tienen que ver qué tanto hace el médico, porque si el seguro no se lo permite el tiempo quirúrgico tiene que ser menor, no aprueban ciertos procedimientos y pues todo esto tiene que ver con aspectos económicos.

La comunicación no solamente con el paciente, entre los médicos es fundamental y es que la comunicación probablemente es una de las razones principales de queja y de demanda, por eso de Bernard Shaw me parece fundamental, el principal problema en la comunicación es creer equivocadamente que algo ya se comunicó, frecuentemente nosotros porque le dijimos a la persona que tenía algo que se podía complicar, creemos que ya se lo transmitimos, ya se lo dijimos, pero no es sinónimo de comunicación porque probablemente el paciente sea sometido a tal avalancha de información y de problemas que muchas veces no lo puede entender luego, luego.

Y finalmente un elemento enorme que tiene que ver con la mala práctica y con los errores, es el agotamiento. El agotamiento particularmente entre el personal que está todo el tiempo en el hospital: residentes, personal quirúrgico, cuando menos en este estudio más del 40% de los residentes atribuyeron haberse equivocado por problemas de cansancio y esto se ha evaluado y medido bien. Después de una guardia de 24 horas sin dormir y esto se ha estudiado con simuladores, la capacidad de coordinación para manejar un simulador, ejemplo para manejar equivale al 0.10% de alcohol en sangre, superior al alcohol permitido por los alcoholímetros y

que no está permitido porque la coordinación es mala, alguien que sale de una guardia después de 24 horas de no haber dormido el alcoholímetro no lo va a detectar, pero es más peligroso que muchos de los que estuvieron tomando. Entonces el agotamiento se ha medido también, produce mala coordinación en cirugía y esto se ha medido mucho en cirugía porque hay procedimientos muy concretos, no porque en el resto de la medicina estemos exentos, pero tanto médicos como enfermeras y residentes están expuestos a cansancio, a errores y obviamente a una pobre satisfacción profesional. Ven ustedes aquí cuales son las especialidades en donde más se quejan de agotamiento, vean ustedes en algunas áreas alcanza 70%, pero en el mejor de los casos es 30%, o sea los médicos vivimos saturados y aunque no nos demos cuenta probablemente estamos más cansados de lo que creemos, en el mejor de los casos el agotamiento en medicina se da en un alto porcentaje de instituciones en el 30% de los casos.

Ahora, hablábamos de que los fallos de los jueces a favor o en contra de los médicos depende de muchos factores y lo que he puesto aquí porque tiene que ver con el agotamiento, si nosotros médicos cometemos errores cuando estamos cansados, vean ustedes este estudio hecho en Israel, con jueces, con individuos, no eran precisamente cuestiones médicas, que estaban presos y se iba a decidir si los dejaban libres o no los dejaban libres, vean ustedes las relaciones que hicieron, los círculos son las horas de las comidas: desayuno, comida y cena; el fallo de los jueces a favor de las víctimas, de los reos para liberarlos o no, fue muy superior cuando acababan de comer y estaban satisfechos y vean ustedes como pasadas las horas, antes de las comidas y que ya estaban cansados y con hambre el porcentaje a favor del recluso era muy inferior a cuando ya estaba satisfecho por haber comido, vean claramente esto. Estos fueron ocho jueces con más de 20 años de experiencia, todos sabían lo que estaban haciendo, pero rutinariamente y en el día si están cansados y si tienen hambre, y esto creo que los hombres de negocios lo saben muy bien, nunca hay que hacer un negocio antes de comer hay que hacerlo después de comer, porque antes —miren por ejemplo— en esto tiene mucho que ver en qué momento alguien decide, en qué momento se va a juzgar a alguien o no.

Ahora uno piensa que debe haber mecanismos para permitir que toda la gente funcionemos bien y que el gran porcentaje sea bueno, en el mejor de los casos, como dice Gawande, las sociedades más desarrolladas tienen desde el punto de vista médico, un comportamiento de Campana de Gauss el 60% están en medio siempre independientemente de la calidad de la infraestructura hay un 20% que va a estar muy abajo y hay un 20% que van a estar muy arriba.

Tener una Campana de Gauss es lo ideal, lo que sucede que en algunas instituciones el 20% de la derecha es 5 y a la izquierda vamos a tener un 70%, entonces no importa qué tan desarrollada esté la sociedad, la condición humana es así, siempre va a haber gente muy buena, gente muy mala y lo importante y desde el punto de vista médico para proteger a la mayor parte de la población es que la mayoría estén en medio y tener muy claro sobre todo para los médicos, todos cometemos errores, aquí la diferencia es que los malos ni siquiera se dan cuenta, los buenos los identifican, la idea es que los excelentes los corrigen pronto y van a poder resolver las cosas.

La percepción de la calidad en la atención puede ser independiente de los resultados; tiene que ver con la calidad, tiene que ver con las expectativas, tiene que ver la comunicación. Hay múltiples factores que analizar en esto y tener muy claro que se van a seguir cometiendo errores, pero los pacientes en general, y esto se ha estudiado en muchos niveles, perdonan más fácilmente los errores de la mente que los errores del corazón.

La ignorancia es menos grave que la mala fe y la mentira.

Muchas gracias.

Riesgos e inconformidades inherentes en la atención a la salud

Dr. Juan W. Zinser
24 de septiembre de 2015

Causas de Demanda o Inconformidad

- Error o negligencia
- Calidad heterogénea en la atención
- Falsas expectativas del paciente y/o familia
- Mala comunicación

- Fallo a favor o en contra: Múltiples Factores



Identificar la efectividad de un tratamiento puede ser relativamente fácil.
Comprobar un reclamo por negligencia médica puede ser muy difícil.

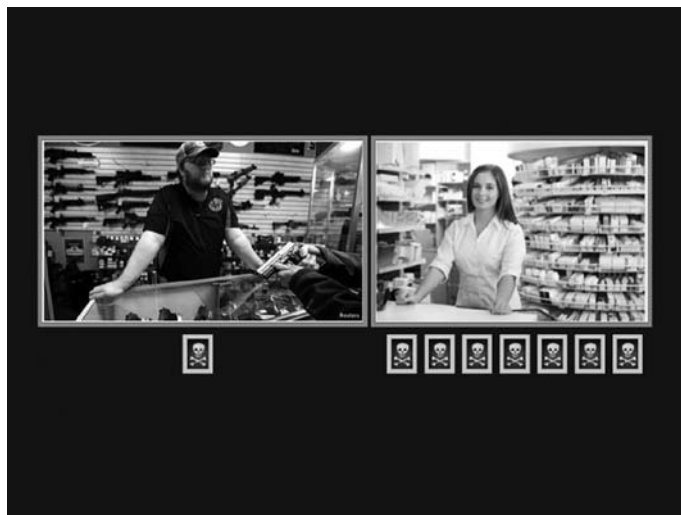
Iatrogenia como causa de muerte en USA

	Muertes accidentales	Relación muertes / responsable
Dueños de armas de fuego: 80,000,000	1,500	0.00001875
Médicos: 700,000	120,000	0.171

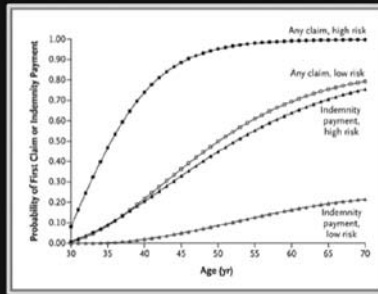
Iatrogenia como causa de muerte en USA

	Iatrogenia accidental	Accidentes por armas de fuego
Muertes	17 de cada 100 médicos	<1 de cada 50,000 dueños

Los médicos son 9,120 más peligrosos que las armas de fuego

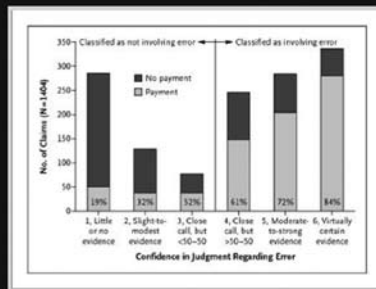


Probabilidad de Demandas por Especialidad y Edad



Jena, et al. NEJM 2011;365:629-636.

Nivel de Error y Pago



Studdert et al, NEJM 2006;354:2024-33

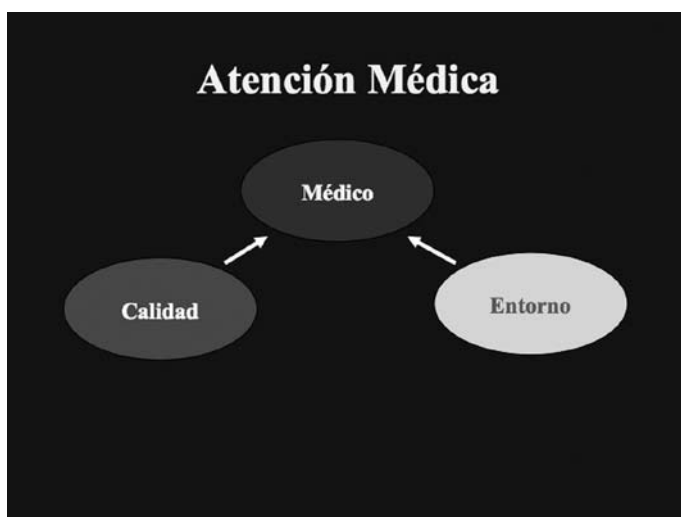
Demandas contra Médicos

- El 13% de los pagos por mala práctica médica en el 0.26% de los médicos

Robert Pear NYT 5 de enero del 2004

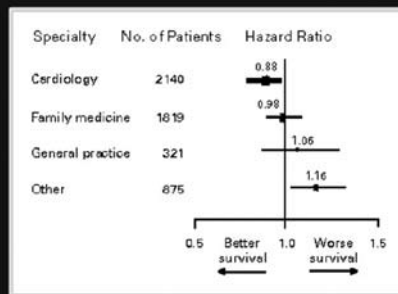
Mastografía y Demandas Legales

En mastografía: veredicto a favor del paciente	41% de los casos
El resto de las demandas: veredicto a favor del paciente	29% de los casos



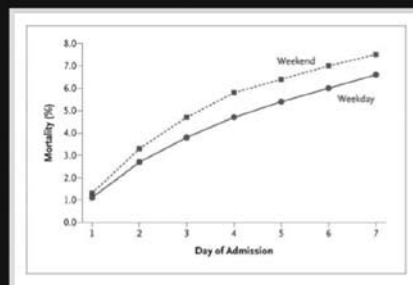
Diferencias en la Atención Médica

Infarto Agudo del Miocardio y Evolución de Acuerdo al Médico



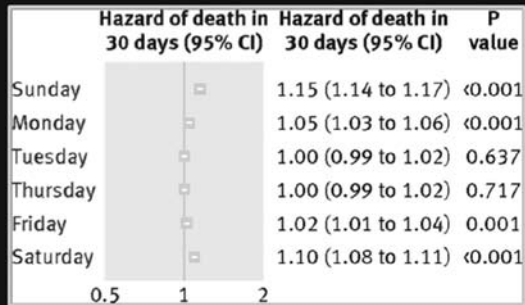
Jollis et al. NEJM 1996;335:1880-7

Infarto Cardíaco y Mortalidad de acuerdo a Día de la Semana



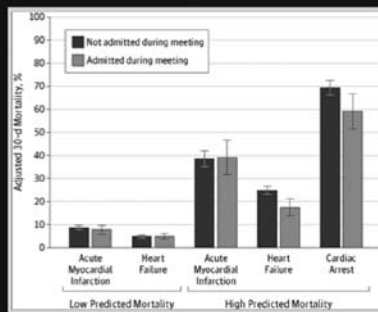
Kostis et al. NEJM 2007;356:1099.1109

Riesgo de muerte durante los 30 días posteriores a la hospitalización



Nick Freemantle et al. *BMJ* 2015;351:bmj.h4596

Pacientes cardiológicos y mortalidad durante los congresos



Jena, et al. *JAMA Intern Med* 2015;175(2):237-44

Cáncer de Mama y Supervivencia en Escocia de Acuerdo al Cirujano

Supervivencia	Especialista (918 pacientes)	No Especialista (2868 pacientes)
5 años	67%	58%
10 años	49%	41%

Gillis et al. BMJ 1996;312:145-8

Cáncer de Colon en Escocia

Calidad del Cirujano	Supervivencia a 10 años
Mala	20%
Superior	63%

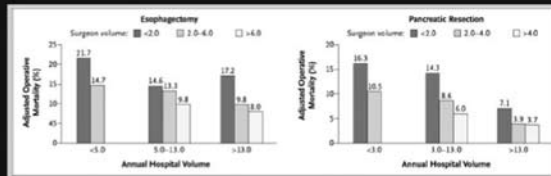
Atul Gawande Annals of Medicine 6 de diciembre de 2004
(New Yorker)

Recurrencia post hernioplastía

Calidad del Cirujano	Recurrencias
Mala	1 en 10
Promedio	1 en 20
Extremo superior	< 1 en 500

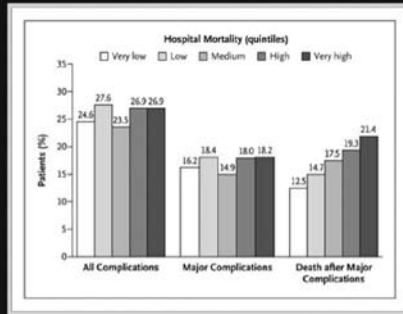
Atul Gawande *Annals of Medicine* 6 de diciembre de 2004
(New Yorker)

Mortalidad de Acuerdo al Volumen Quirúrgico del Cirujano



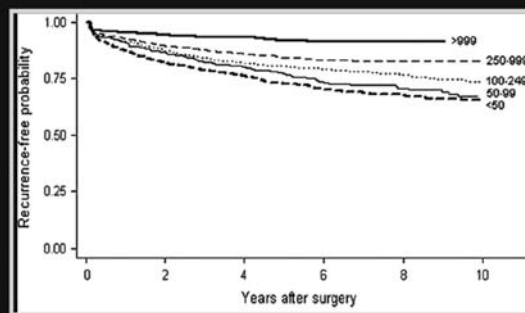
Birkmeyer et al. *NEJM* 2003;2117-27

Cirugía, complicaciones y mortalidad post operatoria en diferentes hospitales



Ghaferi, et al. NEJM 2009;361:1368-1375

Cáncer de Próstata.- Supervivencia sin recurrencia de acuerdo a la experiencia del cirujano



Vickers et al. JNCI 2007;99:1171-77

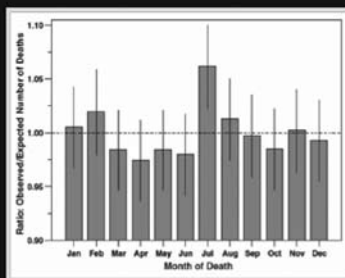
Calidad de la atención en los 150 hospitales de Veteranos de USA

Algunos parámetros	Phoenix *	Boston *****	Promedio
Cuadro agudo, mortalidad a 30 días, esperado 1.0	1.13	0.83	0.86
Infección de catéteres I.V.	3.80 por 1,000 casos	0.12 por 1,000 casos	0.32 por 1,000 casos
Neumonía, mortalidad a 30 días	11.39%	8.40%	9.53%

* más baja
***** más alta

VA database, durante 12 meses hasta primer trimestre de 2014 (Wall Street Journal)

Mortalidad por errores de prescripción durante el mes de julio



Philips, et al. J Gen Intern Med 2010;25(8):774-9

Efectos secundarios de medicamentos

Todo medicamento puede causar reacciones adversas graves

Efectos Adversos de Suplementos Alimenticios

Producto	Efectos adversos	Hospitalizados	Muertes
Vitaminas	62,446		1
Minerales	32,098		13
Hierbas	23,769		13
Aceites esenciales	7,282		0
Melatonina	2,001	535	4
Homeopatía	7,049	564	2
H. San Juan	203	79	1
Glucosamina c/s coindritin	813	108	1
Echinacea	483	55	1

Dan Hurley NYT 16 de enero de 2007

Expectativas sobre el
resultado de un estudio

Radiología

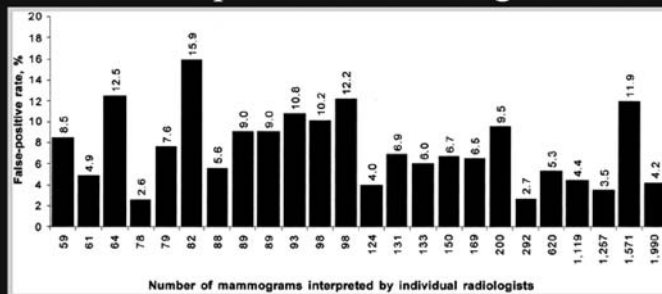
Mastografía

Interpretación de 148 mastografías por 110 radiólogos

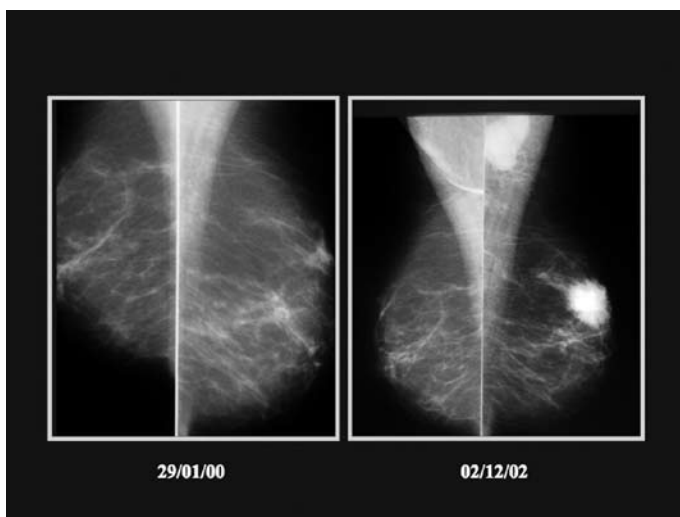
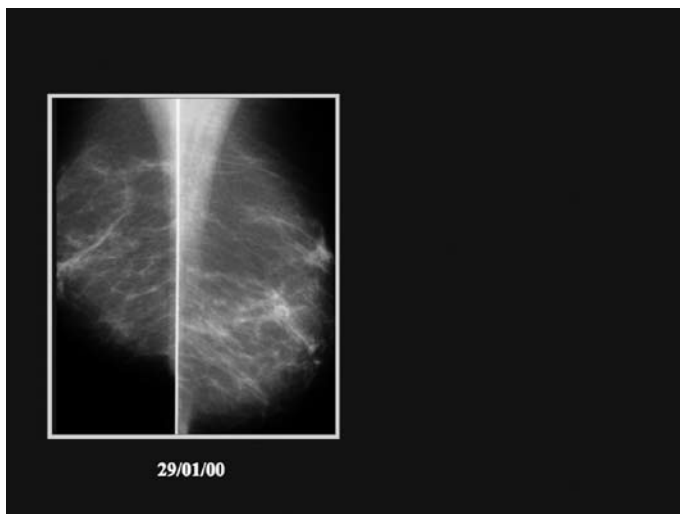
Sensibilidad	59 – 100%
Especificidad	35 – 98%

Groopman. How Doctors Think 2007 pp 179-80

Mastografía y falsos positivos de acuerdo a la experiencia del radiólogo



Elmore et al. JNCI 2002;94(18):1373-80



Una de 60 placas de tórax sin clavícula

Información clínica	Clavícula no detectada
Sin información	60%
Solicitada para identificar enfermedades pulmonares serias	58%
Solicitada para investigar cáncer	17%

Groopman. How Doctors Think 2007 pp 179-80

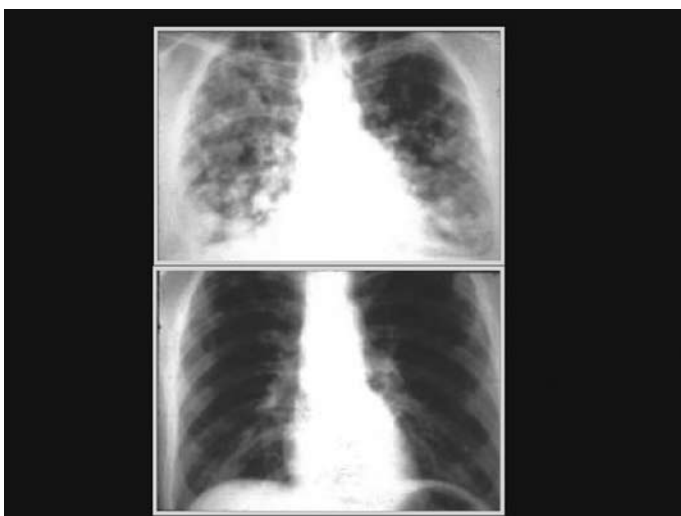
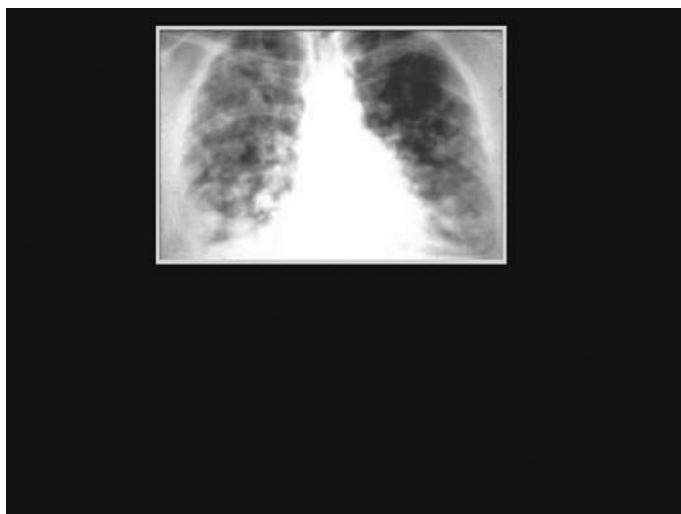
Diferente interpretación de la placa de tórax dependiendo de la pregunta

	¿Normal?	¿Tuberculosis?
Interobservador	20%	33%
Intraobservador	5 – 10%	20%

Groopman. How Doctors Think 2007 pp 179-80

Como se percibe la calidad de un médico

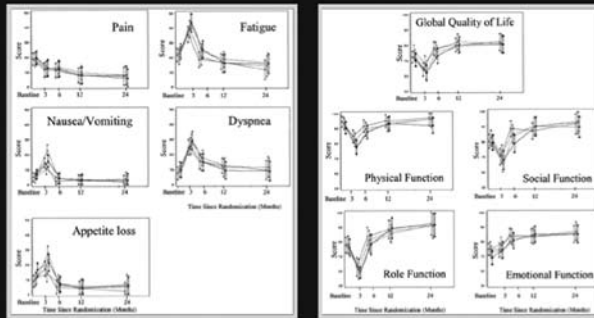




**Falsas expectativas y mala
comunicación**

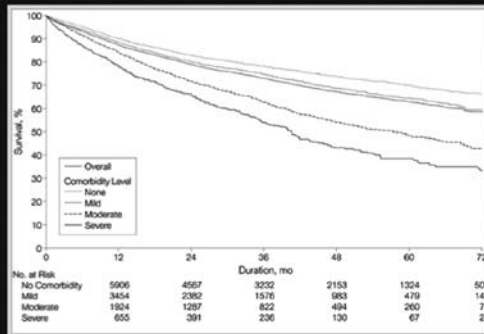
Condiciones del Paciente

Calidad de Vida y Síntomas en Tratamiento de Cáncer de Testículo



Fossá et al. JCO 2003;21(6):1107-18

Supervivencia de acuerdo a comorbilidad



Piccirillo et al. JAMA 2004;291:2441-47

Pronóstico de supervivencia en pacientes terminales

Pronóstico	767 pts.
Murieron en las primeras horas	7%
Mediana de supervivencia	24 días
Predicción correcta	20%
RIP cuando menos 1 mes antes de pronosticada	46%

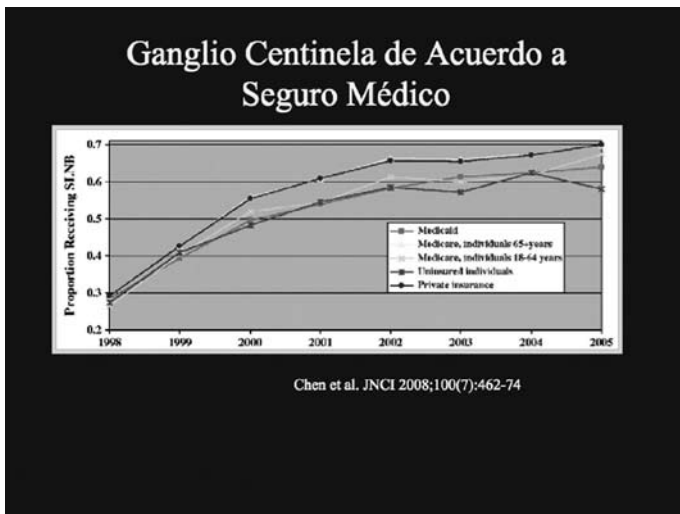
Referencia deseada a hospicio: 6 meses antes de la muerte
El optimismo fue 5.3 veces mayor a lo observado

Christakis, et al. BMJ 2000;320:469-73

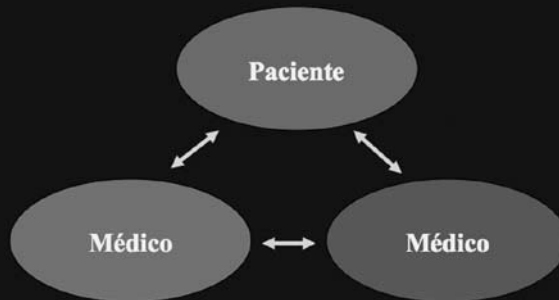
Atención durante el último mes de vida

	Institución Académica	Hospicio
Deficiente control de síntomas que afectan calidad de vida	18.8%	1.9%
Rayos X simples	98.6%	9.7%
Rayos X especiales	38.2%	0%
Quimioterapia	43.8%	0%
Cónyuge presente	28.6%	39.8%

Sommer H. et al ASCO, 2002



Comunicación e Interacción Personal



El principal problema en la
comunicación es creer equivocadamente
que algo ya se comunicó

George Bernard Shaw

Síndrome de Agotamiento



Agotamiento

- El 41% de los residentes atribuyen haber cometido errores por cansancio.
- Sin dormir 24 horas, equivale a 0.10% de alcohol en sangre.
- El cansancio afecta la coordinación en cirugía.

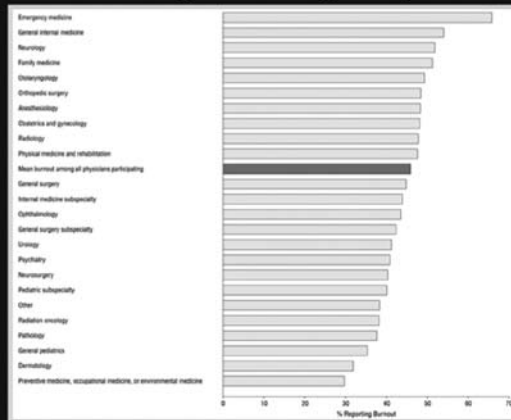
Gaba & Howard NEJM 2002;47:1249-55

Síndrome de agotamiento en personal perioperatorio

145 personas	
Médicos de base	23.4%
Residentes (mayor agotamiento emocional y despersonalización)	22.8%
Enfermeras	43.4%
Otro personal	10.3%

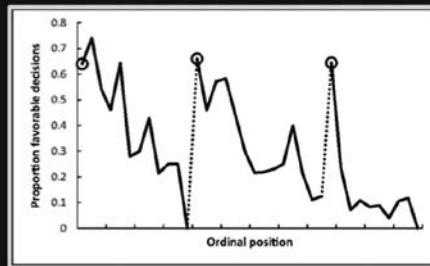
Hyman, et al. Anesthesiology 2011;114(1):194-204

Síndrome de Agotamiento por Especialidad



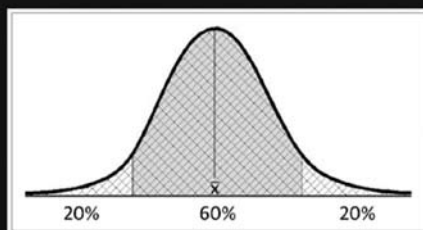
Shanafelt, et al. Arch Internal Med 2012;172(18):1377-85

Decisión de jueces de acuerdo a la hora de los alimentos



Danziger et al. PNAS 2011;108:6889-6892

“No importa que tanto mejore la sociedad, la campana de Gauss siempre existirá”: Gawande



Todos los Médicos Cometan Errores

Los malos no se dan cuenta

Los buenos los identifican

Los excelentes los corrigen pronto

La percepción en la calidad de la atención
puede ser independiente de los resultados



**Los pacientes perdonan más fácilmente
los errores de la mente
que los errores del corazón**

MESA DE DISCUSIÓN

“HACIA UNA NUEVA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ANTE LA EXIGIBILIDAD DEL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD”

*Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
Mtro. Alejandro Alfonso Díaz
Dr. Francisco Hernández Torres
Dr. Heberto Arboleya Casanova*

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz.

Subdivisión de Educación Continua, División de Estudios de Posgrado Facultad de Medicina, UNAM.

¿Por qué?

Tema interesante es determinar el papel de una nueva administración de servicios de salud ante la exigibilidad del derecho humano a la salud, reto de gran trascendencia en la agenda de los gobiernos, autoridades públicas, personal de salud y población.

El título de la presentación implica que hay que modernizar, actualizar o innovar la administración de servicios de salud ante la exigibilidad del derecho humano a la salud, surge una pregunta: ¿Por qué? La respuesta es: la administración de servicios de salud está indefectiblemente unida a la exigibilidad del derecho humano a la salud, y en la primera están surgiendo nuevos horizontes, considerándola como sistema complejo adaptativo. Los sistemas complejos adaptativos siempre han existido, pero su conceptualización es reciente, proviene de la teoría de sistemas y la teoría de la información. Por otra, parte la administración de servicios de salud tiene que actualizarse para sobrevivir, en los mismos ha ha-

bido situaciones de cambio: insumos, conocimientos, tecnología y relaciones. Las estructuras administrativas de los servicios de salud empiezan a cambiar debido a las nuevas formas de relacionarse y comunicarse profesional y socialmente.

La administración de servicios de salud caracteriza y define en alguna manera la exigibilidad del derecho humano a la salud, favorece o inhibe su desempeño.

Otra perspectiva

La administración de los servicios de salud debe apartarse de los enfoques mecanicistas o determinísticas –positivistas– con las que se ha concebido y practicado, en la actualidad está conformándose otra perspectiva bajo las ciencias de la complejidad, es un sistema complejo adaptativo en que hay inter y transdisciplinariedad, interactúan en diversa forma los agentes o componentes de la administración, su dinámica no es lineal, es adaptativa, se acomoda ante los cambios sociales, tecnológicos y económicos internos y externos. La mención a agentes o componentes se refiere a recursos, personas, materias, dinero, información y factores sociales, ambientales y políticos.

Revelaciones del pasado

La administración de los servicios de salud vigente ha mostrado grandes avances, los que tienen sus principios y desarrollos en ideas trascendentales que datan de cuatro siglos atrás, uno de sus iniciadores fue el filósofo y matemático francés René Descartes (1596-1650), otro fue el matemático, físico y filósofo inglés Isaac Newton (1642-1727), ideas proseguidas por el filósofo francés Auguste Comte (1798-1857), creador del positivismo y el sociólogo y economista alemán Max Weber (1864-1920), entre otros, sus conceptos fueron la base de la administración en general y la de los servicios de salud en particular. Los enfoques administrativos predominantes en la actualidad en los servicios de salud son deterministas, son los siguientes: el clásico, el de relaciones humanas, el estructuralista, el del comportamiento organizacional y el cuantitativo, sin que lo anterior quiera decir que no existen otros, que en realidad se basan en los enunciados, sin dejar de mencionar el empirismo, que también es lineal.

El enfoque clásico se basa en etapas y preceptos, se visualiza a la administración como una estructura orientada a objetivos. La corriente de relaciones humanas favorece la interrelación directa de administradores y personal, además de apoyar el liderazgo tipo vertical-lineal. En la posición estructuralista hay jerarquías y normas. La escuela del comportamiento organizacional se orienta a prácticas participativas racionales entre administradores y administrados. La corriente cuantitativa es pragmática se enfoca a la aplicación de técnicas matemáticas para tomar decisiones, mide resultados, costos de servicios, tiempos laborados, etc. Los algoritmos, que son una serie de instrucciones escritas, son lineales reflejan actitudes y deseos de panificadores. Dichas posiciones además de calificarse como mecanicistas o deterministas también se han denominado tecno burócratas, ya que parecen más administración de problemas que el favorecimiento de soluciones. Se esperan respuestas perfectas de sus imperfectos componentes, donde radica la información.

¿Qué se encuentra en los siglos XX y XXI?

El ejercicio de la administración de los servicios de salud del siglo XX y del presente se identifica con lo lineal, en que hay diagnósticos cartesianos, objetivos, niveles jerárquicos, estandarizaciones, rutinerismos, planeación marcada, organigramas, normas, funcionalismo, controles y vertebraciones bien definidas, para entenderla, la palabra clave es “*secuencia*”, se cumple lo que apuntan las reglas, lo que se ordena o se continúa con lo habitual –*status quo*–, orienta al orden y a la armonía, ha dado lugar a grandes avances; sin embargo, en la realidad no se cumple del todo, hay debilidades, nada se puede predecir, hay un más allá, no existe la linealidad, hay separación, aislamiento o falta de coordinación de los componentes de la administración de servicios de salud, no hay cohesión administrativa, se confrontan problemas de deshilvanación, en la misma suele haber un distanciamiento operacional de sus componentes lo que no facilita del todo la conducción de los servicios de salud, ni su interdependencia con el entorno, por lo tanto con la exigibilidad el derecho humano a la salud, con respecto a lo anterior no pocas administraciones de servicios de salud se han concebido y querido practicar como microcosmos aislados, tratando de estructurar un

aparato desconectado del exterior, situación irreal, lo que es una paradoja, ya que las administraciones de servicios de salud sólo pueden existir con relaciones con el entorno, al que afectan y del que reciben influencias. A su lado suele haber administraciones anquilosadas, cumplen nada más estando ahí.

Las administraciones de servicios de salud nunca acaban, siempre están en permanente actividad. En ocasiones suelen presentar actos poco claros, no se puede determinar cuándo se iniciaron, no se entienden del todo o no se descifran fácilmente, se mezclan entre sí, no es fácil controlarlos o pre-determinar cuándo van a confrontarse, difundirse, desaparecer o terminar, son procesos de encuentros y desencuentros, en que convergen y divergen acciones internas y con el entorno, no existe la linealidad, se suelen considerar dichos actos como producto del azar o de la casualidad, como puede ocurrir con la exigibilidad del derecho humano a la salud, en realidad son manifestaciones de las ciencias de la complejidad.

Hacia una visión más completa

Las ciencias de la complejidad se sustentan en la teoría de sistemas y en la teoría de la información, teorías imbricadas, sus bases son las matemáticas no lineales y la física cuántica. La teoría de sistemas se inició en la biología, señala que los componentes de los sistemas interactúan dinámicamente entre sí, conformando una totalidad unificada y relativamente autónoma para alcanzar objetivos comunes; en cuanto a la teoría de la información refiere que cualquier componente genera mensajes diversos que desencadenan acciones intra y extra-sistema. Al considerar a la administración de servicios de salud como sistema, se encuentra relación o en su caso se estrechan aspectos estructurales y funcionales entre sus componentes heterogéneos, que en la realidad interactúan y se afectan recíprocamente, presentan un desempeño diferente a las operaciones aritméticas de suma o resta, es abrirse a otras perspectivas.

Las ciencias de la complejidad aplicadas a la administración de servicios de salud permiten un conocimiento más completo de la misma, se orientan a unir lo material y lo no material, co-existen lo tangible y lo intangible, sin embargo permanecen incógnitas, hay situaciones borrosas, difíciles de contestar.

En cualquier caso en la administración de servicios de salud bajo las ciencias de la complejidad no se puede menospreciar o desconocer a alguno de sus componentes, ni el impacto del entorno físico y social en cuanto a la exigibilidad del derecho humano a la salud.

Las ciencias de la complejidad no son panaceas, permiten conocer y evaluar mejor la administración de los servicios de salud y en su caso la exigibilidad del derecho humano a la salud, posibilitan tener una visión más completa que recurriendo a los enfoques lineales, facilitando desentrañar situaciones difíciles y contar con más opciones para lograr objetivos y metas que con las corrientes administrativas en práctica. Las ciencias de la complejidad a diferencia del positivismo pueden dar respuestas, pero no soluciones.

Hacia la operación: complejidad

La administración de servicios de salud vigente tiene como reto reevaluar los enfoques lineales y considerar la existencia y aplicabilidad de las ciencias de la complejidad, teniendo presente que la misma no cumple con el proceso causa-efecto directo, no siendo posible predecir su conducta, su dinámica nunca termina, es altamente inestable, se identifica con lo probabilístico, estocástico y caótico.

Las ciencias de la complejidad en su concepción y práctica, inicialmente fueron referidas al campo material, se han enriquecido con aportaciones de los campos humanistas, conjugándose así lo “duro” y lo “blando”, hay disolución de fronteras, hay inter y transdisciplinariedad, es una epistemología diferente a la que se ha basado hasta ahora la administración de servicios de salud, dichas ciencias no están totalmente definidas, están en proceso de construcción, se encuentran en sus albores, su lenguaje que proviene en gran parte de la física cuántica y las matemáticas no lineales, está definiéndose.

Adaptabilidad de la administración de servicios de salud

Las administraciones de servicios de salud presentan los siguientes procesos de adaptabilidad: 1. Acciones no lineales, 2. Cambios constantes y conductas no esperadas, 3. Interconexio-

nes, 4. Reabsorciones, 5. Autoestructuraciones y conformación de redes sociales e informáticas, 6. Respuestas diferentes en tiempos y espacios, 7. Acciones de resiliencia. Dichos procesos se superponen, se contradicen, se refuerzan, se reprimen, se aniquilan entre sí, presentan paradojas, que deben conocerse para otorgar y mejorar las administraciones de servicios de salud ante la exigibilidad del derecho humano a la salud. Para comprenderlas es necesario recordar la termodinámica del no equilibrio, la ciencia de la física cuántica que se ocupa de los intercambios energéticos.

1. Acciones no lineales.- Las relaciones de los componentes de las administraciones de servicios de salud no suelen presentar trayectorias lineales o determinísticas, no hay relación causa-efecto directo, suele haber relaciones insólitas, así dichas administraciones no pueden explicarse como el añadido o ausencia aritmética de sus componentes.

2. Cambios constantes y conductas no esperadas.- Las administraciones de servicios de salud se transforman ininterrumpidamente, están en movimiento permanente, no tienen estabilidad, lo estático no existe, hay variaciones continuas y diversas. Las interrupciones pueden haber respuestas diferentes ante insumos o estímulos semejantes del entorno. Los cambios inesperados o imprevistos hacen difícil la planeación, así como la conducción y la evaluación, por lo tanto la exigibilidad del derecho humano a la salud.

En la desestabilización constante surge lo insólito, conductas contradictorias, emergentes, perturbaciones, turbulencias, difíciles de predecir. En las administraciones de servicios de salud los efectos razonablemente esperados suelen no surgir se manifiestan otros totalmente diferentes, aparece lo imponderable y desconcertante. Al pensar "*racionalmente*" no se obtienen los resultados que era probable esperar, no hay las consecuencias supuestas, la razón cuenta poco. Los directivos de los servicios de salud toman decisiones con la expectativa de que se cumplan, aplican su sentido común, recurren a normas institucionales, suelen sorprenderse de que no se acatan, no se repara en principios organizacionales, reto a considerar en la exigibilidad del derecho humano a la salud. Los cambios constantes y las conductas no esperadas enseñan a no ser obvio.

3. Interconexiones.- En las administraciones de servicios de salud hay una dinámica continua, existe una marcada inter-vincula-

ción, asociación y circuitería de sus componentes, o sea que la administración tiene que ser compartida para que funcione.

4. Reabsorciones.- En la dinámica de la administración de servicios de salud hay “reciclaciones” referentes a personas, materias, ideas, energías, información, problemas, etc., son retornos, es como si la administración de dichos servicios de salud se realimentara así misma. El conocimiento de las reabsorciones permite en alguna medida determinar comportamientos futuros de la administración de los servicios de salud con base en conductas pasadas, conocimiento probablemente útil ante la exigibilidad del derecho humano a la salud.

5. Autoestructuraciones y conformación de redes sociales informáticas.- Las administraciones de servicios de salud ante cambios internos y del entorno se automodifican, autocorrigen y auto-conducen, desafío a considerar en cuanto al estudio de la exigibilidad del derecho humano a la salud. En relación a las redes sociales informáticas son estructuras que multidimensionales que se caracterizan por intercambios de diverso orden, cubren toda la administración de servicios de salud proyectándose al exterior, captan, se expanden, soportan, retraen, protegen o modifican de acuerdo a las situaciones, por su retícula circula la información. Las redes al comunicar pueden ser valiosas para determinar y conocer dinámicas relativas a la exigibilidad del derecho humano a la salud. Las redes son una de las bases de la nueva administración de los servicios de salud.

6. Respuestas diferentes en tiempos y espacios.- Toda administración de servicios de salud se modifica a lo largo del tiempo, hay apresuramientos y demoras, los efectos a corto plazo pueden diferir de los de mediano o a largo plazo y en lugares. En los tiempos históricos de las administraciones de servicios de salud se pueden observar conductas y ritmos diferentes, que pueden potenciar o no el proceso de exigibilidad del derecho humano a la salud. En la administración de servicios de salud hay que adaptarse continuamente a cambios repentinos y amplios en el tiempo.

7. Acciones de resiliencia al cambio.- La resiliencia al cambio en la administración de servicios de salud es el proceso para conservar su estabilidad ante conflictos o sea la aptitud para resistir, absorber y recuperarse de manera oportuna y eficiente ante per-

turbaciones, proceso aplicable en cuanto a la exigibilidad del derecho humano a la salud.

Los siete procesos citados deben tenerse presentes en la delimitación de la exigibilidad del derecho humano a la salud. Su práctica no solucionará del todo la exigibilidad del derecho humano a la salud, pero su conocimiento puede hacer más fácil su aplicabilidad en cuanto a accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad y calidad de servicios de salud.

Conclusiones

Las administraciones de servicios de salud vigentes se han basado en un modelo lineal, reductor, son un buen intento de ordenamiento y aprovechamiento, con las ciencias de la complejidad se pretende crear otra conciencia administrativa más completa, revitalizándola, al borrar fronteras disciplinarias, concibiéndola como sistema complejo adaptativo, buscando mayor liderazgo y bases sociales.

Las ciencias de la complejidad, aún en construcción, tienen posibilidad para mejorar las administraciones de servicios de salud ante la exigibilidad del derecho humano a la salud, pudiendo aclarar, explicar y facilitar soluciones al proporcionar una visión más completa de los organismos de salud. No basta con la existencia del derecho humano a la salud como un postulado o consideración con validez política, se requiere que sea llevado a la práctica y en su caso exigible apoyándose en las nuevas tendencias administrativas.

El reto: ¿Cómo transitar de enfoques mecanicistas del siglo XX en que priva la idea de que la administración de servicios de salud se sustenta en lo lineal a uno en que el acento se halla en lo plural y heterogéneo ante la exigibilidad del derecho humano a la salud?

“La crisis consiste en que lo viejo no muere y lo nuevo no nace”

Antonio Gramsci (1891-1937), filósofo



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



Facultad de Medicina

FACULTAD DE MEDICINA

**HACIA UNA NUEVA ADMINISTRACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD ANTE LA EXIGIBILIDAD DEL
DERECHO HUMANO A LA SALUD**

Guillermo Fajardo Ortiz

Septiembre 2015

¿POR QUÉ?

□ Administración



Exigibilidad



**La salud como
derecho humano**



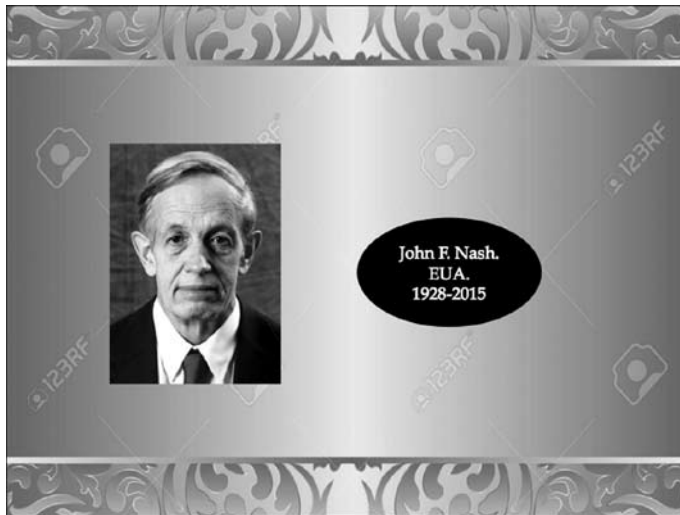
COMPONENTES:

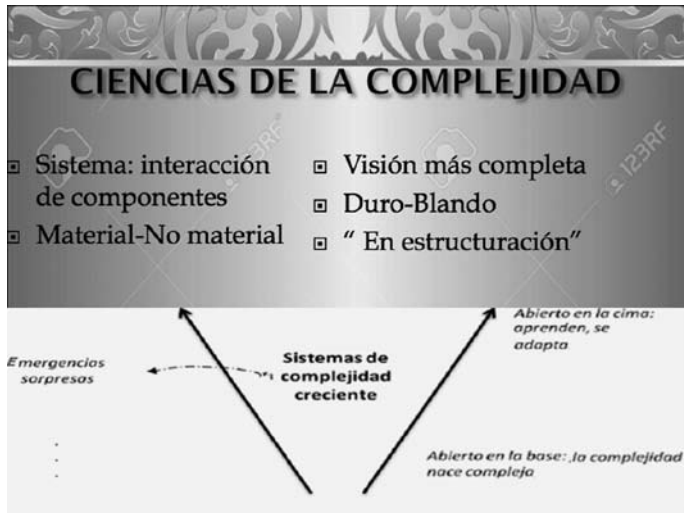
	Recursos
	Materias
	Dinero
	Información
	Factores sociales, ambientales y políticos

REVELACIONES DEL PASADO

	René Descartes (1596-1650)
	Issac Newton (1642-1727)
	Auguste Comte (1798-1857)
	Max Weber (1864-1920)



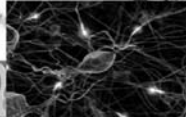
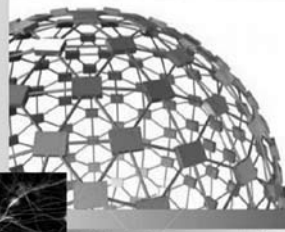






3. INTERCONEXIONES

- ▣ Intervinculación, asociaciones y circuitería



4. REABSORCIONES

- ▣ “Reciclaciones” personas, materias, ideas, energías, información, problemas, etc.



5. AUTOESTRUCTURACIONES Y CONFORMACIÓN DE REDES INFORMÁTICAS

- ▣ Automodificación, autocorrección y autoconducción
- ▣ Estructuración multidimensional-intercambios



6. CONTESTACIONES VARIABLES EN TIEMPOS Y ESPACIOS

- ▣ Apresuramientos y demoras
- ▣ Ritmos diferentes



7. ACCIONES DE RESILIENCIA


- ▣ Conservación estabilidad



The slide features two images side-by-side. The left image shows a person in a white shirt and dark shorts, sitting on a chair and aiming a bow. The right image shows a hand holding a chain link, with the chain extending to the right.

CONCLUSIÓN

- ▣ Borrar fronteras disciplinarias
- ▣ Ciencias complejidad en construcción
- ▣ ¿Cómo transitar de enfoques mecanicistas a lo plural y heterogéneo?



The slide features three images side-by-side. The left image shows a group of business people in suits walking. The middle image shows several hands raised in the air. The right image shows a highway sign with the word 'FRONTERA' and a road leading to a bridge.



Mtro. Alejandro Alfonso Díaz.

Director General del Centro Médico ABC y Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados.

Muy buenas tardes.

Toda vez, que ustedes serán los jueces de las ponencias que van a escuchar a continuación, y con la advertencia del doctor Zinser, de que mientras más nos acerquemos a la hora de la comida, habrá menos clemencia, pues, pido anticipadamente clemencia para la siguiente presentación.

El Centro Médico ABC o el Hospital Inglés, como en ocasiones se nos conoce, es una institución de más de 100 años, fue fundada por los americanos en 1886 y después se fusionó en 1941 con el Sanatorio Cowdray que era mejor conocido como el Hospital Inglés, porque la palabra “Cowdray” no es muy castellana, y como ustedes pueden ver en el *slide* que tienen en la pantalla, tenemos, como tantas instituciones, la misión de proveer servicios de salud a la población en general, con base a los mejores estándares de calidad, y tenemos, como también otras instituciones de salud, la visión de llegar realmente a transformar la forma en que se proveen los servicios de salud en nuestro país.

La Fundación Kardias, es una fundación de la sociedad civil, creada en el 2000. Está formada por el señor Marcelo Peruggia, el originador de la idea, y el doctor Alexis Palacios Macedo entre otros, con la idea de poder ayudar a niños, obviamente niñas, con problemas congénitos cardiacos de corazón... Algunos datos sobre la situación de estas cardiopatías congénitas en México, es una de las causas de mortalidad más importantes en el país. En 2013 según algunos datos de INEGI hubo alrededor de 3,580 muertes. Hay que reconocer además que hay un sub registro importante. No hay nada, no hay ninguna tendencia demográfica que nos pueda decir que esto va a cambiar.

Algunas gráficas estadísticas donde se demuestra que es el grupo de edad de niños y niñas; de cada cien mil niños nacidos vivos, es la segunda causa de muerte.

Kardias, empieza sus actividades en 2000, en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) con la intención de proveer servicios de cirugía y de tratamiento a niños y niñas con padecimientos congénitos cardiacos.

Obviamente, después de 10 años de trabajar en el Instituto, hay grandes avances, se equipan mejores las salas del Instituto, se adoptan mejores procedimientos y a pesar de eso, a pesar de ese gran esfuerzo de médicos, de enfermeras, del propio Instituto, y de Kardias como sociedad civil, de poner recursos como muestran las gráficas se incrementa el número de pacientes, por complejidad, sin embargo, la mortalidad por cada uno de estos RACHS, es alta en comparación a la sociedad de cirujanos de torácicos, el *Society Toraxic Surgeous*.

Es así que en 2010, Kardias y el ABC, inician pláticas para poder replicar este programa en un hospital privado. Lo que intentamos aquí, el objetivo era demostrar que hospitales privados, la sociedad civil, y con fondos del Gobierno Federal, podíamos ayudar a proporcionar servicios de salud a población vulnerable, con los mismos estándares, o estándares internacionales como los de Houston, Pittsburg o Philadelphia, todos estos grandes centros para niños que existen en Estados Unidos; y para eso necesitábamos garantizar un alto volumen de pacientes, nos comprometimos a atender pacientes que vinieran del sector público, también del privado, obviamente el compromiso del Centro Médico ABC además de invertir en el equipo y en las instalaciones, hicimos el compromiso de que los beneficios obtenidos de atender a pacientes privados, se reinvertirán en atender niños que pertenecen a grupos vulnerables.

Determinamos porque, el doctor Alexis Palacios Macedo, es egresado de la residencia de *Children's Hospital* de Houston, que sería con la asesoría de este Hospital en los Estados Unidos, que implementaríamos los protocolos de atención.

Cuando empezamos a platicar, en 2010, dijimos, bueno, con la idea de hacer las cosas bien, hagamos las cosas con calma, y le dimos al concepto “*calma*” una dimensión distinta, nos llevó dos años ponernos de acuerdo, y fue en 2012 cuando finalmente en noviembre inauguramos la unidad en el Centro Médico ABC, en su *Campus* de Santa Fe y ahí tienen algunas fotografías.

La colaboración, como les dije es con el *Texas Children's Hospital* de Houston, aquí tenemos algunas fotos, éste es el doctor Alexis Palacios Macedo, el doctor Fraser, que es el doctor responsable de este programa en Houston para este Hospital ... y aquí vemos el recorrido que hicieron por algunas instalaciones de Santa Fe. El doctor que ven aquí es un doctor mexicano, que practica, se

hizo allá, se quedó allá, el doctor Neri, y bueno, pensamos, y es uno de los objetivos de este programa también, crear educación, enseñanza para que médicos mexicanos no dejen nuestro país, y aprendan y practiquen con protocolos de altos niveles internacionales en México, atendiendo a mexicanos.

Obviamente implementamos los protocolos del *Texas Children's Hospital* de Houston en el Hospital ABC (el Hospital ABC es un hospital acreditado para *Joint Commission*), fue también Premio Nacional de Calidad en el 2011, y obviamente ha adoptado a través del tiempo los mejores estándares o los estándares de atención de las mejores prácticas médicas y hubo que adoptar aquellos procedimientos del *Hospital Children's*, de Houston.

La primer fase inició el 4 de agosto de 2012, con cirugías no muy complejas, RACHS 1 y 2, con cualquier tipo de comorbilidad en la clasificación del uno al seis; empezamos teniendo solamente cirugías sábados, ahora van a ver por qué, tuvimos que reacondicionar una de las áreas del edificio de ginecoobstetricia y pediatría, y la disponibilidad de quirófanos no era mucha, entonces empezamos los sábados, empezamos con cirugías de poca complejidad para crear la logística adecuada, y además teníamos que entrenar a las enfermeras del ABC que recibieran entrenamiento en el INP.

Ya en la fase dos, empezamos a atender procedimientos más complejos, RACHS del 1 al 4, con cualquier tipo de comorbilidad, empezamos en enero del 2014 ya haciendo 2 cirugías a la semana; y además firmamos un convenio ya formal con el *Children's Hospital*, que es pagado por el Centro Médico ABC.

En la tercer fase, que empieza a finales de este año, será consolidar la relación con el Hospital Infantil de Houston, progresar en la complejidad de los casos, operar incluso RACHS 6, hacer tres cirugías a la semana, y efectivamente convertir, bueno, acabar de capacitar a dos nuevos cirujanos, porque uno de los riesgos de este programa, al principio, fue sin duda que todo, hombre, no todo, pero mayoritariamente dependíamos del cirujano Alexis Palacios Macedo, claro, de todo su equipo también, pero solamente un cirujano, ahora ya hay dos cirujanos en capacitación, uno de ellos ya está realizando cirugías en el programa, y obviamente llegar realmente a poder decir que tenemos un centro de excelencia.

Los pacientes vienen del propio Instituto, son los que el propio Instituto Nacional de Pediatría no podía atender, del Hospital Ge-

neral de la Ciudad de México, Hospitales del Gobierno del Distrito Federal, y obviamente pacientes privados; y en un futuro, espero cercano, recibiremos pacientes de éstos hospitales que ustedes pueden ver aquí (gráfica).

Algunos datos hasta agosto del 2015, desde el 2012, bueno, esto empezó en agosto, por eso nada más hubo 14 procedimientos. Como ven, a través del tiempo se ha incrementado el número de procedimientos, éste dato es a agosto: la mortalidad global es de 1.63 % y hemos tenido estos porcentajes en complicaciones en cada uno de los años y de alta complejidad para RACHS 3 o mayores.

(Gráfica) Dan un poco más de desglose, la mortalidad global, ya lo dije 1.63% aquí vean los porcentajes de mortalidad para los demás RACHS, tristemente en RACHS de 5 y 6, sólo hemos tenido un caso, y un caso en que no fue exitoso.

Aquí lo pueden ver a más detalle, sin embargo cuando se compara con el propio *The Children's Hospital* de Houston, y estos son los casos que se hacen allá, 600 en 2014, ven que los porcentajes ya con un número más importante; no están todavía donde deberían estar pero no están tan mal a excepción hecha obviamente de RACHS 5 y 6 nuestra mortalidad global tendría que tener menos del 1% aunque, en *Society of Thoracic Surgeons* está en 3.20 (%).

Los fondos provienen del Seguro Popular, para niños menores de 5 años; de Kardias, que es una asociación civil; ellos se hacen cargo de honorarios médicos, capacitación, parte del costo de los procedimientos, el costo variable de los materiales y los medicamentos; y el Centro Médico ABC, corre con los costos de entrenamiento, todas las inversiones en activos fijos, y parte también del costo del procedimiento.

Y, como ya dije, el compromiso del ABC es que los ingresos provenientes de pacientes privados se dediquen a atender a más pacientes que no tienen recursos (algunas fotografías de los niños).

¿Qué hemos hecho bien y qué no? Bueno, desde un principio buscamos el mismo fin que fue atender de forma segura y con calidad, a niños con este padecimiento cardiopatías congénitas. Tanto Kardias como el ABC son instituciones no lucrativas que tienen dentro de su programa de atención, atender —perdón la redundancia— a grupos vulnerables. La gran ventaja de que el equipo médico de

Kardias ya llevaba años trabajando en el INP y conocía los procedimientos ¿qué no hicimos bien? Bueno, el equipo médico de Kardias no era parte del ABC y tuvimos un periodo de adaptación, tanto de los médicos de Kardias al ABC, como de los médicos del ABC con el equipo de Kardias, las relaciones humanas no siempre son lo más sencillo, y tuvimos que adaptar un área que ni siquiera estaba planeada inicialmente para este tipo de procedimientos y nos tuvimos que meter ahí un poco a la fuerza pero no había de otra si queríamos empezar ya con este programa.

¿Qué nos espera en un futuro? En el 2015, debemos de llegar a 100 procedimientos; para el 2016, incrementar en 50%; en 2017, llegar a 200; y hemos contraído el compromiso con Kardias de construir en Santa Fe, una unidad específica para este programa, porque cuando lleguemos a 200 pacientes en el 2017, ya la capacidad instalada que tenemos, llegará a su máxima ocupación, entonces vamos a construir un área específica. Nuestro objetivo es que en 5 años para el 2020, debemos hacer 400 cirugías, todavía no llegaremos a los volúmenes de Houston, pero vamos a estar muy cerca del *Children's de Pittsburg*, y esperamos que a largo plazo nos convirtamos en un centro de referencia, no solamente del país, sino de otros países de Latinoamérica.

En resumen, iniciamos en el 2012, hasta agosto hemos atendido a 184 pacientes con resultados muy cerca de las mejores prácticas, el equipo de Kardias y ABC ya están totalmente integrados, y la afiliación con *The Children's Hospital* ha sido muy buena, y esperamos llegar a ser un centro de referencia a nivel mundial o al menos con los resultados médicos tan buenos como cualquiera de los mejores centros para niños en el mundo, que hacen este tipo de procedimientos.

Creo que aquí hay una pequeña muestra de que, organizados, iniciativa privada, sociedad civil y con algunos recursos del Gobierno Federal o gobiernos locales, podemos hacer una mejor medicina y ayudar a socializar la medicina de nuestro país, que tanto hace falta.

Gracias, y buenas tardes.

Simposio CONAMED 2015

Hacia una nueva administración de servicios de salud ante la exigibilidad del derecho humano a la protección de la salud

Programa Kardias - ABC
Programa de Cirugía
Cardiovascular Pediátrica



Centro Médico ABC

Es una Institución de Asistencia Privada líder en la prestación de servicios de salud, con 129 años de existencia.

***Misión:**

Cuidar la salud y seguridad de nuestros pacientes a través de las mejores prácticas, respetando la integridad y dignidad de las personas involucradas, así como promover la formación de profesionales de la salud, la investigación, la innovación y la educación de la comunidad.

***Visión:**

Ser la organización líder en la transformación del cuidado de la salud en México y estar clasificada por los expertos entre las mejores del mundo.

***Valores:** Calidez, Unión, Integridad, Disciplina, Actitud de Servicio, Responsabilidad.



Fundación Kardias A. C.

Es una asociación civil que fortalece programas de cirugía cardiovascular pediátrica en hospitales e institutos públicos y privados, en donde se atiende a niños provenientes de familias de bajos recursos.

Es fundada desde el año 2000 por un grupo de personas preocupadas por mejorar la calidad de la atención integral de niños con enfermedades congénitas del corazón, lideradas por el Dr. Alexis Palacios-Macedo, Cirujano Cardiovascular Pediátrico, con el objetivo de solventar las necesidades del Programa de Cirugía Cardiovascular Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría (INP).

•**Objetivos:**

1. Alcanzar estándares internacionales en la atención a las cardiopatías congénitas.
2. Reducir la lista de espera de pacientes para acceder a la atención quirúrgica que necesitan.
3. Contar con información confiable y veraz para la toma de decisiones.
4. Difundir el problema ante autoridades, otras asociaciones no lucrativas y el público en general.

•**Misión:**

Mejorar la calidad de la atención a niños enfermos del corazón en México.

•**Visión:**

Lograr que todos los niños mexicanos enfermos del corazón tengan acceso a una atención de excelencia.

•**Valores:** Compromiso, Institucionalidad, Sobriedad, Transparencia, Pasión.



Fuente: www.kardias.org



Cardiopatías Congénitas Situación en México

- Alrededor de 10,000 a 12,000 niños nacen con algún tipo de malformación cardíaca¹, según el INEGI fallecieron en el 2013 3,581 pacientes menores de 10 años por malformaciones congénitas del sistema cardiovascular.
- Se considera que existe un sub-registro de información en nuestro país.
- Según datos del INEGI la población crece el 1.8% anual y es de esperar que en la misma proporción aumentará el número de niños que nacen con esta enfermedad.
- 18,000 niños nacen cada año con un problema de corazón



¹Juan Calderón-Colmenero et al. Problemática de las Cardiopatías Congénitas en México. Propuesta de regionalización. Arch Cardiol Mex 2010;80(2):133-140.

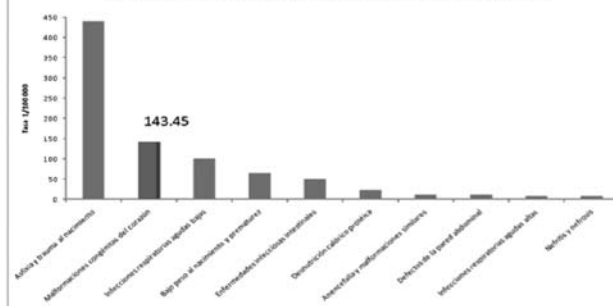
Tabla 1. Mortalidad Infantil secundaria patología cardiovascular congénita por grupo etáreo para el año 2007 (Elaborado a partir de Informes INEGI).

Año	≤1 año	1-4 años	5-9 años
2004	3,035	512	138
2005	3,074	540	136
2006	3,182	496	109
2007	3,218	472	116
Total	12,519	2,030	499
Porcentaje	83	14	3



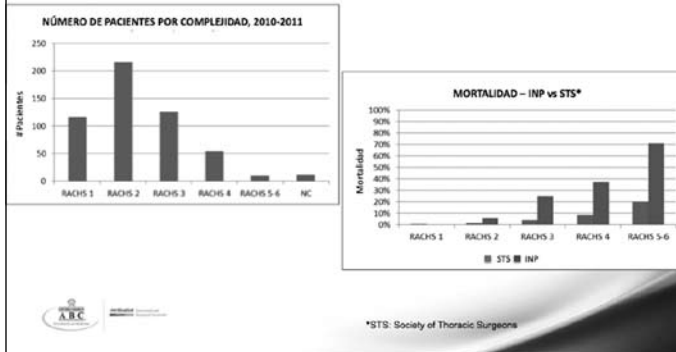
Fuente: Juan Calceón-Colmenero et al. Problemática de las Cardiopatías Congénitas en México. Propuesta de regionalización. Arch Cardiol Mex 2010;80(2):133-140.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
México 2007, Tasa 1/100 000 nacidos vivos.
Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones.
INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO.



Kardias en el INP

- Kardias inició a trabajar en el INP desde 2000, después de 10 años se avanzó mucho en la mejora de infraestructura y procesos de atención, además se mejoraron resultados en la atención de niños con cardiopatías más complejas sin embargo, la mortalidad continuaba siendo alta:



Inicio del Programa Kardias-CMABC

- Inicio de pláticas entre Kardias y CMABC: 2010.
- Concepto:
 - Alto volumen de pacientes que permitiera crear una unidad especializada.
 - Pacientes provenientes del sector público y privados.
 - Sistemas y procesos eficientes.
 - Recursos mixtos (gobierno, sociedad civil, sector privado).
 - Equipo médico dedicado exclusivamente al proyecto en todas sus áreas.
 - Asesoría con un hospital de excelencia (Texas Children's Hospital).
- Objetivos:
 - Crear una unidad de cardiología y cirugía cardíaca pediátrica de excelencia, utilizando recursos de medicina pública y privada.
 - Ayudar a la disminución de la lista de espera de pacientes pediátricos que requieren cirugía de corazón.

Inicio del Programa Kardias-CMABC

**El Centro Médico ABC,
Kardias A.C., Seguro Popular
y la Secretaría de Salud**

Tiene el gusto de invitarle a la inauguración
de las nuevas instalaciones del

**Programa Quirúrgico
de Cardiopatías Pediátricas KARDIAS - ABC**

que se llevará a cabo el viernes
9 de noviembre a las 9hrs,
en el auditorio A
del Centro Médico ABC,
Campus Santa Fe.

Av. Carlos Gallo Paredes No. 114
Col. Torrelana Santa Fe,
Cuernavaca, Morelos, C.P. 76100,
México D.F.

Contamos con la presencia del Secretario de Salud
Dr. Idelfonso Guathierri de Walsberg.
México DF el 9 de noviembre, 2012







Implementación del Protocolo de TCH

- Colaboración con el TCH, un hospital con estándares de alta especialidad en cirugía cardiovascular pediátrica.
- Educación continua.
- Implementación de procesos y protocolos de un programa sólido en cirugía cardiovascular pediátrica.

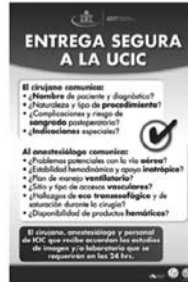






Implementación del Protocolo de TCH

- En todas las áreas se complementaron procesos:



Fases del programa Kardias-CMABC

FASE 1

- Inició 4 agosto 2012.
- Cirugías no complejas (RACHS 1 y 2, en clasificación del 1 al 6).
- Una cirugía/semana (sábados).
- Crear la logística adecuada.
- Entrenamiento de enfermeras en el INP

FASE 2

- Progresión en la complejidad de los casos.
- RACHS 1 a 4 (en clasificación del 1 al 6).
- Inició en enero 2014 (2 cirugías a la semana).
- Firma convenio con TCH.

FASE 3

- Consolidar y ampliar la relación con TCH.
- Progresar en la complejidad de casos asegurando resultados de calidad.
- Realizar 3 cirugías por semana
- Capacitación de dos nuevos cirujanos
- Crear un centro de excelencia con un grupo de médicos dedicados de tiempo completo al CM-ABC con un modelo de financiación único en el país.



Referencia de pacientes al día de hoy

- Instituto Nacional de Pediatría.
- Hospital General de México.
- Hospitales del Gobierno del Distrito Federal.
- Pacientes Privados

Por firmar:

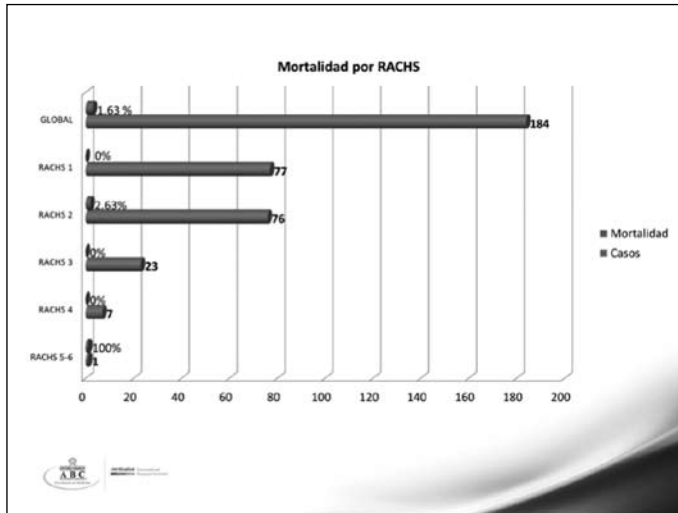
- Hospital de la Mujer del DF
- Instituto Nacional de Perinatología.
- Gobierno de Reynosa / Secretaría de Salud de Hidalgo / Secretaría de Salud de Puebla.



Estatus hasta agosto 2015

	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Nº de procedimientos	14	40	70	60	184
Mortalidad (Nº)	0% (0)	0% (0)	2.86% (2)	1.67% (1)	1.63% (3)
Complicaciones (Nº)	36% (5)	15% (6)	16% (11)	18% (11)	18% (33)
Alta complejidad ≥RACHS3 (Nº)	0% (0)	5% (2)	18.5% (13)	26.7% (16)	16.8% (31)





Mortalidad por RACHS

	Programa Kardias-ABC Agosto 2012 - Agosto 2015 (184 casos)	TCH* 2014 (609 casos)	STS** Benchmark Nacional (EE. UU.)
RACHS 1 (77)	0.00%	0.00%	0.30%
RACHS 2 (76)	2.63%	0.00%	0.90%
RACHS 3 (23)	0.00%	0.00%	3.60%
RACHS 4 (7)	0.00%	3.40%	6.30%
RACHS 5-6 (1)	100.00%	18.20%	15.00%
GLOBAL (184)	1.63%	<1.0%	3.20%

*TCH: Texas Children's Hospital
**STS: Society of Thoracic Surgeons

Fondos Compartidos

- Seguro popular (menores de 5 años).
- Kardias AC: Honorarios médicos, entrenamientos, parte de los procedimientos, relación con el TCH.
- Centro Médico ABC: Entrenamientos, equipos, instalaciones, relación con TCH, parte del costo de los procedimientos dependiendo de la complejidad y enfermeras y personal de apoyo
- Compromiso del CMABC que los ingresos provenientes de pacientes privados se utilizan para apoyo al programa Kardias - ABC



Pacientes



Qué se hizo bien y que no....

Bien:

- Desde un principio se estableció que todos buscamos el mismo fin: atender de forma segura y con calidad a niños con cardiopatías congénitas.
- Tanto Kardias como del CMABC son instituciones que tienen en sus prioridades la responsabilidad social.
- El equipo médico de Kardias conocía y llevaba a cabo muchas buenas prácticas que ya se llevaban a cabo en el CMABC, no fue difícil implementarlas en el programa.

No se hizo bien:

- Médico líder del programa y su gente no era parte del CMABC, fue difícil la integración.
- Nueva área se integró en otra ya funcionando.



Futuro

- A corto plazo: 2015...100 pacientes, 2016...150 pacientes, 2017...200 pacientes, construcción de nueva área 2016-2017.
- A mediano plazo: En cinco años (2020) ser un centro de referencia nacional para el tratamiento de cardiopatías congénitas. 400 pacientes anuales.
- A largo plazo: Ser un centro de referencia a nivel de América Latina para el manejo de paciente pediátricos con cardiopatías congénitas.



Resumen

- Inicio del programa 4 de agosto del 2012.
- Hasta agosto 2015: 184 pacientes operados.
- Mortalidad y morbilidad comparada con hospitales de países desarrollados.
- Equipo de trabajo Kardias-CMABC integrado.
- Afiliación con TCH nos mantiene haciendo mejoras en los procesos y motiva al personal.
- Llegar a ser un centro de referencia en América Latina.



Gracias



Dr. Francisco Hernández Torres.

Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales.

Referirse a la nueva administración de servicios de salud ante lo que exige el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), requiere de hacer una revisión académica e histórica; ahora nos referiremos a algunas conclusiones y una reflexión.

La primera conclusión es que múltiples énfasis sobre Sistema Nacional de Salud con enfoque que privilegia la eficiencia; se está olvidando que la salud y los hospitales en particular, tienen un enfoque predominantemente social. A eso se refiere justamente el SPSS y los modelos que se han propuesto, hablan con énfasis hacia la calidad y la eficiencia, olvidándose del foco social. Esto es un tema que hay que considerar seriamente; obviamente estos enfoques han generado respuestas sociales donde se involucran movimientos ciudadanos, de pacientes y las organizaciones civiles por la seguridad de los pacientes.

Una segunda conclusión es que México presenta una larga tradición de impulso a la administración hospitalaria que ha influido técnica y académicamente en América Latina. La administración hospitalaria tiene cerca de 65 años y se ha nutrido de filósofos, pensadores y científicos; este conocimiento aborda desde los años 50's el tema de una manera compleja, porque refiere que no es posible entender desde un solo punto de vista la realidad y es necesario encontrar puntos de encuentro con las ciencias sociales, ciencias biológicas y las ciencias de la conducta, esto *“permitirá interpretar correctamente la necesidad de las condiciones y la organización de los servicios de salud”*.

La tercera conclusión es que el hospital es una organización sumamente compleja, según Hasenfeld, *“es la organización más compleja que ha inventado el hombre”*. Desde su creación la OMS hacia finales de los 40's, le atribuye al hospital funciones verdaderamente complejas y complicadas en su cumplimiento entre las que se encuentra la obligatoriedad de *“dar atención médica completa”*; este pensamiento de múltiple atención es propuesto por psicólogos, sociólogos y médicos, construyendo el famoso concepto de salud.

Algunos antecedentes históricos en México están marcados en 1943 cuando se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social; así también se crea el primer programa de administración de hospitales por McEachern en los Estados Unidos (este académico creó al año siguiente la *Joint Commission*).

Para 1953, académicos y administradores de servicios de salud, fundaron la Asociación Mexicana de Hospitales, considerada como uno de los hitos en la generación del Sistema Nacional de Salud en México. En 1983 se modifica la Constitución y se crea el concepto de protección en salud (un año después se aprueba la Ley General de Salud) Para 2003, se crea el famoso SPSS.

En cuanto a la formación de recursos humanos para la dirección de hospitales, México tiene un esfuerzo de más de 60 años; no obstante, los programas actuales no responden a las necesidades de formación que requiere el sistema (SNS).

Hoy en día existe una gran cantidad de programas de formación, es realmente complicado darle orden y sentido, hemos encontrado desde licenciaturas, hasta maestrías y doctorados. Los antecedentes de los posgrados aparecen en 1960 con distintos sistemas de capacitación, desde la capacitación en servicio de diplomados y talleres (fundados por la Asociación Mexicana de Hospitales), hasta las ofertas de maestrías y doctorados de manera discontinua y a distancia.

En México los fundadores del pensamiento de administración hospitalaria tiene sus orígenes en las propuestas generadas por los doctores Guillermo Fajardo Ortiz, Manuel Barquín Calderón y Jorge Ruiz Esparza, quienes hacen esto de los talleres y diplomados en administración hospitalaria y participan en la planeación, ejecución y valuación de los grandes hospitales del país.

Ante la demanda creciente de formar directivos, la Secretaría de Salubridad y Asistencia en alianza con la Universidad Nacional Autónoma de México, crea la maestría en 1960 y la lleva hasta 1990 en el Instituto Nacional de Salud Pública; cancelan esa maestría para transformarla en una Maestría en Ciencias en 1986. A la fecha, continúa esta Maestría en Ciencias de la Salud y ahora se ha generado un doctorado desde 1995.

En todo el país se encuentran programas académicos y de educación continua en escuelas públicas y privadas; la Asociación

Mexicana de Hospitales tiene registros de 14 Instituciones que ofertan programas de formación con distinta integración curricular: la Universidad de Guadalajara, de Nuevo León, el Tecnológico de Monterrey, la Universidad Anáhuac, la Universidad Iberoamericana, el IPADE, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y el Instituto Nacional de Administración Pública.

¿Qué caracteriza a los programas de formación directiva? Una gran heterogeneidad en su composición curricular y en la calidad con que se brindan los programas. Debido a una alta demanda, las instituciones académicas han respondido con una oferta que facilita el desarrollo de una maestría o doctorado en dos años. Por otro lado, no existe una propuesta clara de profesionalización por parte del sector salud, lo que ha generado un vacío académico cubierto por programas de dudosa rigurosidad y calidad académica, con baja o nula acreditación o evaluación de pares.

La cuarta conclusión se refiere a la existencia de un alto grado de improvisación en la dirección de hospitales; el SPSS requiere urgentemente a profesionalizar el cargo de directivo en salud. El antecedente existe, pues en los años 80's se decidió que *“aquél directivo que no tuviera formación para desempeñarse en el cargo quedaba fuera del sistema de salud; la opción era capacitarse como directivo en salud”*. La OPS encontró que la mala formación de los profesionales que dirigen los servicios de salud, alcanza una ineficiencia hasta de 25%.

Un dato: (...) México cuenta con 4,500 hospitales en el país, de los cuales 1,400 son públicos y 3,100, privados; sin embargo, el recambio de directivos de servicios de salud es altísimo, son excelentes médicos... *“yo soy excelente fisiatra pero pésima administradora, me pusieron aquí como responsable del Hospital Regional de Alta Especialidad, pues sí, pero eso me lo dijeron la semana pasada, que si le entraba, ¿y qué va a hacer? –pues aprender”*. Entonces digo yo, ¿cuándo de esto es aprender? En una evaluación de la formación de profesionales se encontró que sólo 11% (de 4,500 hospitales) tiene alguna formación para desempeñarse en el cargo. ¿Qué quiere decir? Que los cargos directivos pueden ser ocupados por cualquier profesional que quiera hacerlo y sobre todo, lo designen para ello. La afirmación no refiere que los médicos clínicos sean malos, por supuesto que no, *“pero perdemos un buen médico clínico y ganamos un pésimo administrador”*.

La quinta conclusión es sobre el desarrollo de competencias directivas; consideramos que al menos se debe incluir cuatro niveles: desde el macro sistema, desde el nivel de los hospitales, de los grupos de trabajo y de los individuos. La evaluación de OPS sobre las funciones esenciales de salud pública en 2012, la del puntaje más bajo fue la formación de recursos humanos en México, luego entonces, el SPSS, es un sistema (...) que deberá hacer las cosas de otra manera, ya que será más complejo el tiempo de implantación de las políticas públicas de protección social en salud.

En el mundo, independientemente de los SPSS, se discuten 14 temas centrales: protección social, equidad, universalidad, integración de APS (nuevo renacimiento de la atención primaria a la salud y sus vínculos con el Hospital), promoción de la salud y construcción de redes. México ha evolucionado en su sistema de salud, desde el conocido “MASPA” (que la mayoría de los profesionales de la salud conocen) hasta la propuesta conocida como “MIDAS” (Modelo Integral de Atención a la Salud); sin llegar a concretar este último, en 2015 se presenta un nuevo modelo conocido como “MAI” (Modelo de Atención Integral a la Salud), denominación realizada por OPS y que busca ser el eje rector en la organización y funcionamiento del sector salud. Estas múltiples propuestas sin concreción alguna, han llevado a confundir y crear mayor complejidad en la operación de los servicios de salud en las entidades federativas.


Los temas restantes se refieren a la colaboración público y privada, el intercambio de servicios, el pago por desempeño y la rendición de cuentas como política global en el mundo para mejorar la credibilidad de las Instituciones. Los últimos temas necesarios para la formación directiva en salud tiene que ver con calidad, liderazgo, enfoque multinivel y la gerencia inteligente de la tecnología.

La sexta conclusión hace notar que la nueva administración de servicios de salud debe privilegiar el desarrollo de competencias sobre lo que se llama ahora el “*saber-saber y el saber-hacer*”. La formación directiva no es sólo ir y aprenderse teorías, métodos y técnicas gerenciales, hay que practicarlas para que esta competencia permita la conducción de los sistemas e instituciones hospitalarias. Al menos cuatro conocimientos están incorporados: el primero es para análisis del contexto, es atención especializada en enfermedades crónicas, diabéticos y promoción. El segundo para el análisis situacional, con temas de financiamiento. Todos aquellos


que eligen administrar servicios de salud y tienen bajo su responsabilidad 500 millones de pesos y que no sepan cómo hacer esa construcción, eso es un crimen igual al que se comete por omisión del conocimiento. Entonces, requieren incorporar unidades de costos, intercambios y pagos por desempeños.

El desarrollo de competencias considera un tema que se encontraba rezagado, la arquitectura e ingeniería hospitalaria. Se enfatiza esto ya que en evaluaciones recientes de acreditación hospitalaria más de 35% requiere serias remodelaciones y fortalecimiento de infraestructura y equipo; luego entonces el proyecto médico arquitectónico no es un proyecto médico arquitectónico improvisado, al contrario México es pionero y ejemplo de arquitectura médico hospitalaria y en consecuencia la conservación y el mantenimiento son cruciales en su funcionamiento.

Finalmente una reflexión a título personal: *“nos olvidamos de formar técnicos, hay varios generales, genios de la pluma, pero no hay personal para hacer correctamente estadísticas, el programa de conservación y mantenimiento, el programa de archivo, la generación de sistemas de control y evaluación, eso no hay. Hay una verdadera improvisación ante situaciones técnicas que son cruciales en la toma de decisiones”*.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Asociación Mexicana de Hospitales



**“Hacia una nueva administración de servicios de salud
ante la exigibilidad del derecho humano a la
protección de la salud”**

Francisco Hernández Torres

Jueves 24 de Septiembre de 2015



6 reflexiones; 1 conclusión





1. Múltiples énfasis del SNS tienen enfoque eficientista; no olvidar que la salud y los hospitales, tienen un focus predominantemente social.





Olvidando el focus social de la salud.

- ↳ Es frecuente que pasa a segundo nivel la "responsabilidad" social. Hay tendencias que privilegian lo privado.
- ↳ **Ciudadanía-paciente.** Iniciativas organizadas por grupos de personas, que se integran en forma individual o colectiva para exigir un derecho humano esencial.





Ciencias de la complejidad

Cs. Sociales
Cs. Biológicas
Cs. Conducta



Necesidades
Condiciones
Organización
y servicios

"Debemos mucho a aquellos que nos precedieron y rodearon, a quienes crearon nuestra humanidad a través de reflexiones elevadas y logros culturales que son ahora nuestro orgullo, y que hacen que la vida valga la pena...".

Bruno Bettelheim



2. El Hospital es la organización mas compleja diseñada por el hombre. La OMS le atribuye «atención médica completa»



La OMS define al Hospital como "una parte integrante de la organización médica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención médica, preventiva, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo, alcanza a la familia en el hogar".

El Hospital es también un centro para la preparación y el adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biomédica.




Dr. Malcolm MacEachern

- 1943: Primer Pg Adm. Hospitales
- 1954: Joint Commission

1943

D
I
R
E
C
T
I
V
O

Preparación Integral

Liderazgo

Aplicación de la Lógica

Sentido Común

Habilidad

Iniciativa

Autoridad

Serenidad

Sensatez

Ética Incuestionable

1953
1983
2003



4. A pesar de programas educativos, existe un alto grado de improvisación en la dirección de hospitales. Es urgente profesionalizar el cargo de directivo en salud.

Sistema Nacional de Salud
Hospitales Generales, de especialidad y camas, 2012 (público y privado)

Institución	Hospitales	%	Camas	%
Salud/Servicios Estatales	727	16.0	61,836	32.4
IMSS	312	6.9	30,918	26.7
IMSS Oportunidades	71	1.6	11,163	5.9
ISSSTE	110	2.4	12,053	6.3
Otros públicos	187	4.1	9,785	5.1
Subtotal	1,407	31.1	145,735	76.4
Privados	3,124	68.9	44,906	23.6
Total	4,531	100.0	190,641	100.0

Indicador de hospitales por 100mil hab.
 Pronóstico OCDE 2011 – 3.0
 • México 2012 – 3.8
 • Lugar 7 de 27

Indicador de camas por mil hab.
 Pronóstico OCDE 2011 – 5.1
 • México 2012 – 1.6
 • Último lugar

Fuente: Secretaría de Salud, DGS, IMSS, ISSSTE, Proyecciones de Población 2010-2030, versión Censo 2010. Censo 2012 preliminar.

Asume nueva directora de Hospital Regional

Esta profesionalista asume el cargo de directora del Hospital Regional de Occidente, manteniendo además su rol docente en la UNAM y en la Universidad...

Sólo 11 por ciento de los directivos en México, está formado para desempeñar su cargo.

5. Una propuesta para el desarrollo de competencias directivas, debe considerar 4 niveles: sistema, hospital, grupos de trabajo e individuos. La FESP mas baja fue FRHS.



Funciones esenciales de salud pública

Las FESP muestran áreas oportunidad de

La FRHS alcanzó 2.88 puntos en 2012. La mas baja junto a Investigación.

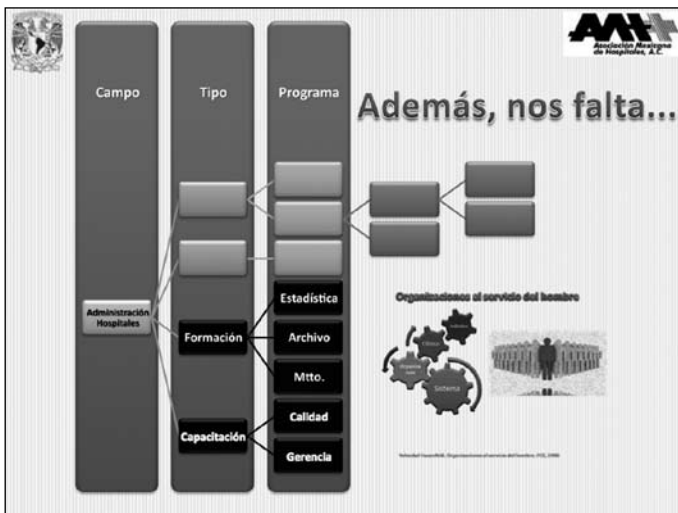
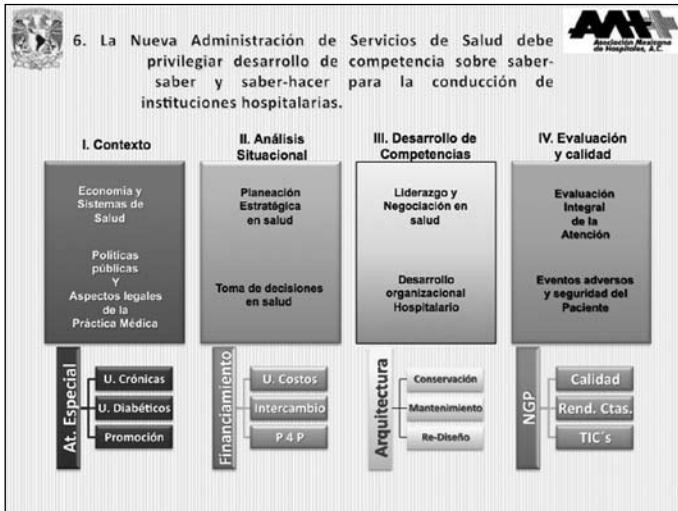
Fuente: Estudio de FRHS México sobre evaluación estatal de la responsabilidad, 2012.

Protección social
Equidad
Universalidad

Integración APS Y Hospital.
Promoción
Redes

Colaboración P-P
Intercambio
P4P
Rendición de Cuentas

Calidad
Liderazgo
Enfoque Multinivel
Aumento de Tecnología





Dr. Heberto Arboleya Casanova.

Director General del Hospital de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

En la medida que avanza el Siglo XXI, la globalización, competitividad y las tendencias económicas y demográficas están causando gran impacto en la cultura organizacional. Los cambios dinámicos hacen que las organizaciones de salud y particularmente los hospitales públicos y privados, enfrenten la urgente necesidad de orientarse hacia los avances tecnológicos en diagnóstico, tratamiento, información y gerencia. Estas condiciones han dejado de tener sólo relevancia local y han pasado a tener como referencia al mundo. Las instituciones de salud debemos asumir el compromiso de incorporar los progresos y avances actuales, para evitar caer en esquemas obsoletos ante las nuevas realidades.

El actual sistema de salud se orienta hacia una nueva administración de los servicios, ante lo altamente complejo que resulta su adaptabilidad considerando los cambios sociales, tecnológicos, económicos internos y externos, desde un enfoque inesperado, novedoso, aleatorio, cualitativo, combinaciones inverosímiles, contrastante con cadenas determinísticas, y comparable al propio organismo humano, no solamente en su ámbito interno y externo, sino también en la atención y el control de su salud; factores que representan un problema creciente ante la exigibilidad del derecho humano a la protección de la salud, como condición necesaria para que se realice plenamente el principio de dignidad humana, previsto en los artículos Constitucionales 4º, 123 como base de la seguridad máxima y 113 que prevé la responsabilidad patrimonial del Estado, evitando trabas para exigir la reparación del daño por impericia o negligencia. Es por ello que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) es una opción calificada que permite y promueve la equidad, el respeto a la ciencia médica y a los derechos civiles de las partes involucradas.

Esta complejidad está dando lugar a otra forma de conceptuar los sistemas; es más realista, objetiva y los complementa, ya que pone en práctica conocimientos que permiten entender mejor su dinámica, recurriendo a disciplinas que no se han considerado afines a los sistemas de salud, no solamente se estudian las variables en contexto sino también la interrelación de los componentes de cada proceso.

Acceso efectivo

La posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere es la expresión de la cobertura universal; es entonces cuando se habla de acceso efectivo, esto incluye la oferta y la demanda de servicios, la disponibilidad de los recursos y la prestación adecuada (calidad), así como la eliminación de las barreras para la utilización de los servicios. En el ámbito de los servicios médicos, el término “acceso” se refiere a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud.

El concepto de acceso se aborda cuando menos en las siguientes dimensiones:

Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, ubicación geográfica, entre otros.

Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa, sin la existencia de Barreras personales, económicas, organizacionales, sociales y culturales y con Resultados óptimos en materia de salud.

México y el acceso efectivo a los Servicios de Salud

Como sabemos en México existen los esquemas públicos de seguridad social IMSS e ISSSTE y en paralelo el esquema de protección financiera del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) con capacidad resolutoria, con lo que se pretende garantizar el acceso a los servicios de salud para todos los mexicanos, con servicios integrales, en los que el paciente acuda sin barreras (financieras o de acceso), con respeto y trato digno.

A nivel nacional, se avanza en los procesos de lograr la homologación de los fondos, la inversión en infraestructura tiene avances sin precedentes, sin embargo la planeación de los mismos en un contexto sistémico sigue pendiente.

El papel de la población en la exigibilidad del Derecho Humano a la Salud

Es evidente que el papel de la población es motor básico de cambio, factor impulsor ante las autoridades gubernamentales para establecer y mantener la efectividad del derecho a la salud,

población que finalmente es la receptora y beneficiaria del ejercicio del mismo. En consecuencia, la exigencia de tales derechos, se constituyen en generador básico del acceso efectivo a los servicios de salud.

El bien de la población requiere mexicanos más informados, más conscientes de sus derechos y más exigentes.

Ahora, ante la presencia de factores y circunstancias de la época, se observa que el incremento de la población de la tercera edad y las enfermedades crónico degenerativas, han impactado en la necesidad de atención a la salud inmediata, formando parte de la problemática dentro de la cual se incluyen, más allá del estudio de los procesos, los aspectos cualitativos, aleatorios, y en general el estudio de las variables internas y externas a la institución, abordando de frente los múltiples factores complejos en la nueva administración de los servicios de atención a la salud.

Para avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal y mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, se ha fortalecido la red de servicios de atención a la salud, priorizando entre otras la creación de hospitales regionales de alta especialidad.

En este contexto y del análisis del perfil sociodemográfico nace el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca (HRAEI), concebido como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud, cuyo esquema de operación corresponde a un Proyecto de Prestación de Servicios, inicialmente creado para la atención de patologías de alta complejidad, sin embargo a partir de agosto 2014, amplió notablemente su cobertura institucional para brindar además atención de servicios asociados al segundo nivel de atención.

El propósito fundamental del HRAEI es convertirse en una institución líder en atención de la salud, nacional e internacional, con los más altos estándares de calidad, incorporando recursos humanos, materiales y nuevas tecnologías, para la mejor atención, basados en la mejor evidencia.

El hospital se enfoca en brindar servicios de salud con un equipo innovador de profesionales competentes y altamente comprometidos con el usuario, en la resolución de los problemas de salud incluyendo los de alta complejidad, con estructura y tecnología de punta, a través de un modelo de atención único, e integrado a la

red de servicios que promueve la formación y desarrollo de recursos humanos y generación del conocimiento, basado en la cultura de valores y bajo un sistema de gestión por procesos.

El modelo de gestión del HRAEI corresponde a una institución que expresa una nueva cultura organizacional, que parte de un mundo de permanente cambio social, político, económico y tecnológico. Se basa en una atención centrada en el paciente y su familia, con una estructura orgánica de comunicación y gestión horizontal y con la visión de impulsar una cultura con valores, principios y compromisos institucionales enfocados a este fin. Se busca:

Transitar...

De la unidad de atención estática, jerarquizada, “*prototípica*” y centrada en las necesidades del proveedor.

Hacia....

Una organización transparente, situacional, abierta, especializada, integral, centrada en el “*Paciente y su familia*”, basada en la atención por procesos, apoyada en tecnología de punta, generadora de evidencia científica.

Sistema de Gestión

El sistema de gestión es la articulación de todos los procesos orientados al logro de la misión; enfocado a promover mayor eficiencia operativa, con un amplio sentido humano y englobar de manera transdisciplinaria, todos los servicios de la organización; los temas fundamentales son:

- El liderazgo situacional
- La toma de decisiones
- El facultamiento de equipo de trabajo
- El sistema de control
- El establecimiento de metas
- El aseguramiento de los métodos
- El despliegue de las directrices
- El sistema de comunicación
- La interrelación entre las áreas
- La transparencia y rendición de cuentas

La metodología y aplicabilidad de este sistema de gestión, incluye las mejores prácticas y herramientas administrativas, considerando 4 principios fundamentales:

- Que tengan impacto significativo en los resultados.
- Que privilegien la sencillez para asegurar la aplicación por todo el personal.
- Que se puedan incorporar como sistema.
- Que estén alineados a los principios organizacionales del HRAEI y a sus políticas.

El sistema de gestión del HRAEI promueve el enfoque a procesos, brindando a los equipos de trabajo autonomía de gestión, con base en el desarrollo de sus habilidades, la autoridad y el otorgamiento de los recursos necesarios, bajo la premisa del apego a las metas y los métodos establecidos.

Gestión por procesos

El enfoque sistémico y por procesos, obliga a todos los colaboradores a tener una visión amplia y de conjunto de la operación. Se reconoce y promueve la interdependencia entre áreas, dejando atrás el modelo clásico jerárquico vertical.

La gestión clínica por procesos en el HRAEI, se centra en el bienestar de los pacientes y su familia y en brindarle una esmerada atención a lo largo de todo el proceso; por esto, el enfoque es totalmente horizontal, basado en el seguimiento que se da a los pacientes en toda la organización, determinando en cada punto del proceso las mejores decisiones para brindar el cuidado, con la máxima calidad, seguridad y eficiencia médico– quirúrgica.

Dentro de este modelo de gestión se reconocen los siguientes procesos:

- Clínicos
- Quirúrgicos
- Auxiliares de diagnóstico y terapéuticos
- De provisión de servicios hospitalarios y ambulatorios
- De provisión de servicios de apoyo a familiares
- Administrativos

- Jurídico-legales
- De vinculación con el Sistema de Salud

La realización de las acciones clínico-quirúrgicas requiere subprocesos de soporte a la operación y los subprocesos de apoyo. Los primeros se refieren a la atención de los usuarios: admisión continua, consulta externa, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, hospitalización, quirófanos o cuidados intensivos, que corresponden a las áreas en donde se efectúa la actividad médica. Los de apoyo son aquellos que aportan recursos generales para la realización de los procesos médicos y la sustentabilidad operativa del hospital, y se refieren a los elementos humanos, los recursos financieros, materiales, sistemas de información y servicios generales (limpieza, mantenimiento, lavandería, servicios de alimentación, suministros, etc.).

Hablando de eficacia y eficiencia de los procesos y con base en las políticas públicas y las directrices establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se crea en el hospital un Modelo Innovador con enfoque sistémico que es el Centro Integral de Servicios Farmacéuticos (CISFA), con el objeto de promover el uso racional de medicamentos y garantizar la seguridad al paciente, coadyuvando con la actividad clínico-quirúrgica.

Con visión y trabajo multidisciplinario, se construye una política hospitalaria enfocada a la seguridad de la farmacoterapia de los pacientes, transformando en forma radical el modelo de la farmacia tradicional, en cuanto a la adquisición y suministro de medicamentos. Teniendo una cultura que motiva y compromete a los colaboradores a responder a las necesidades de los pacientes, promoviendo la excelencia. Cuenta con un sistema diseñado para implementar las estrategias correctas con la flexibilidad adecuada para adaptarse a las crecientes demandas de atención de calidad de salud en México.

Siendo CISFA, un ejemplo de eficiencia, eficacia y confiabilidad, ya que garantiza el aseguramiento de la calidad de los procesos de medicación en forma continua, en el que se implementa la dispensación de medicamentos por dosis unitaria teniendo una cobertura terapéutica de 24 horas para cada paciente, otorgando tratamientos personalizados, con seguimiento farmacoterapéutico, de ahí se deriva la idoneidad de los procesos de medicación. Así mismo, cuenta con un sistema informático que permite la recepción oportuna

tuna y directa de la prescripción médica, en donde en CISFA se valida su idoneidad. Se tiene un sistema de abasto en el control de inventarios que se encuentra semaforizado y controlando los stock mínimos y máximos de almacenaje, llevando una rotación oportuna de medicamentos.

Se cuenta con un sistema de evaluación de riesgos que le permite identificar, evaluar y controlar eventos adversos en la medicación, garantizando la mejora continua de la calidad en la atención hospitalaria.

CISFA, también es reconocido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), de ser un Centro Institucional de Farmacovigilancia, contando con programas específicos para la oportuna detección de reacciones adversas a medicamentos.

Dentro de las estrategias de CISFA es que cada paciente reciba el medicamento correcto, en el momento oportuno y en la forma y dosificación adecuada para el objetivo terapéutico perseguido, el establecimiento de medidas para garantizar la administración correcta de los medicamentos y cumplimiento de la legislación en todos sus ámbitos incluyendo a los estupefacientes y psicotrópicos, en sus fortalezas el compromiso con la salud de los pacientes, con el cumplimiento de normas y estándares nacionales e internacionales para asegurar la calidad en cada uno de los procesos, y en el enfoque de innovación científica, humana y tecnológica.

Asimismo, se cuenta con un Comité de Farmacia y Terapéutica con personal multidisciplinario con actitud proactiva para el beneficio de la toma de decisiones en el cuidado y atención de los pacientes, con el desarrollo de la nueva cultura de protección y garantía de la seguridad del paciente, tomando medidas y acciones para la sustentabilidad, oportunidades de mejora y acciones regulatorias internas, que se necesiten aplicar a los procesos de medicación segura de los pacientes.

En materia de transparencia y rendición de cuentas, en el HRAEI, se entrega al paciente a detalle los servicios e insumos que le fueron proporcionados, especificando concepto, especie y cantidad, centros de costo y los importes por el gasto efectuado en su atención, a partir de un microcosteo obtenido a través de un método inductivo, lo que facilita ponderar el uso analítico de la capacidad instalada y la erogación real de los servicios e insumos utilizados.

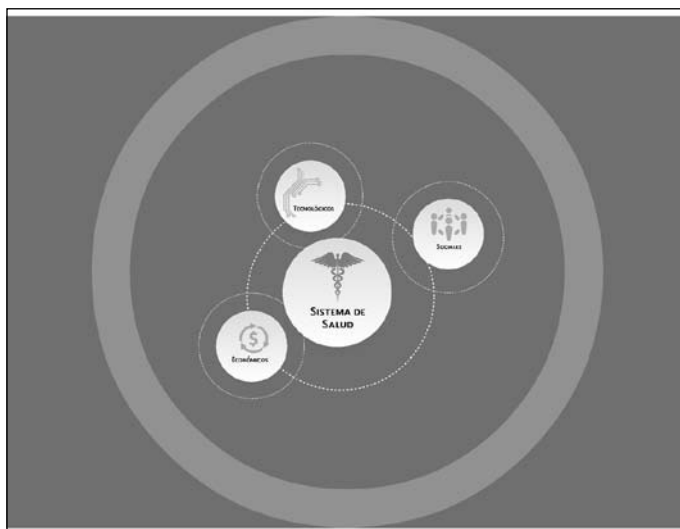
Finalmente el HRAEI sensible a la gran demanda de servicios de salud, principalmente de las clases marginadas de la región se vincula con el Seguro Popular protegiendo financieramente al usuario, a través de la acreditación de patologías cubiertas por CAUSES, Siglo XXI y Gastos Catastróficos. De esta manera se asegura el acceso a servicios integrales de salud a un sector de la población mexicana vulnerable social y económicamente.

Por último el HRAEI, contribuye al fortalecimiento de la cobertura universal de salud avanzando con la disponibilidad, la capacidad, el rompimiento de LAS BARRERAS personales, económicas, organizacionales sociales y culturales citadas, y buscando lograr óptimos Resultados en materia de salud, lo cual significa nuestra promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios de salud, entendiendo por esto, el servicio correcto, en el tiempo correcto, en el lugar correcto y con el mejor resultado posible.

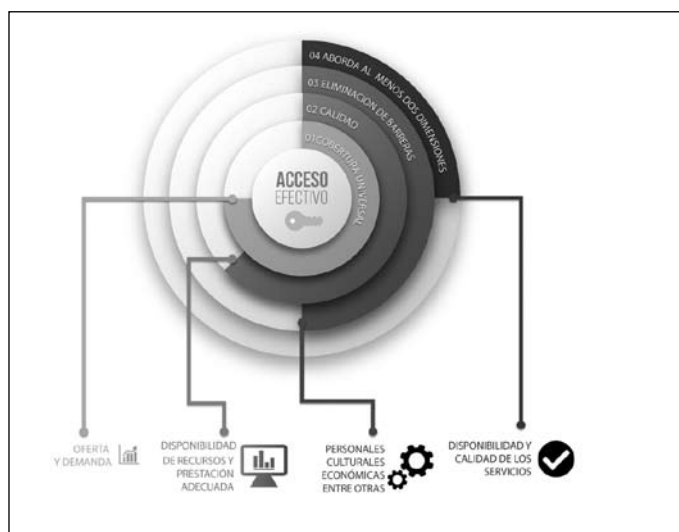
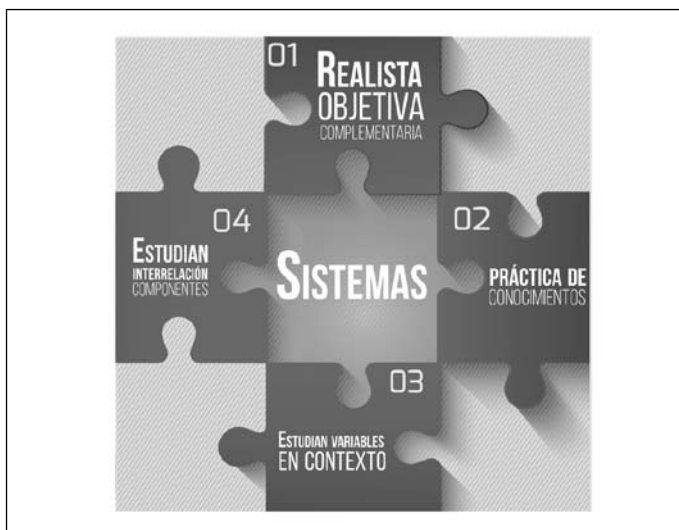
Cierro con una premisa establecida y vigente a la fecha externada hace más de 2400 años por Aristóteles:

“Si creemos que los hombres, como seres humanos, poseen derechos que le son propios, entonces tienen el derecho absoluto de gozar de buena salud, en la medida en que la sociedad, y sólo ella, sea capaz de proporcionársela”.















01 TRANSITAR
DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN ESTÁTICA, HIERARQUIZADA, "PROTOTÍPICA" Y CENTRADA EN LAS NECESIDADES DEL PROVEEDOR.

HACIA 02

UNA ORGANIZACIÓN TRANSPARENTE, SITUACIONAL, ABIERTA, ESPECIALIZADA, INTEGRAL, CENTRADA EN EL "PACIENTE", BASADA EN LA ATENCIÓN POR PROCESOS, APOYADA EN TECNOLOGÍA DE PUNTA, GENERADORA DE EVIDENCIA CIENTÍFICA.

SISTEMA DE GESTIÓN
ARTICULACIÓN DE PROCESOS PARA EL LOGRO DE LA MISIÓN


AMPLIO SENTIDO HUMANO

LIDERAZGO SITUACIONAL // FORMA DE SERVICIOS // PUNTO DE VISTA DE EQUIPOS DE TRABAJO // SISTEMA DE CONTROL // ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS // ASESORAMIENTO DE LOS METODOS // DESARROLLO DE LAS OPERACIONES // SISTEMA DE COMUNICACIÓN // INTERRELACION ENTRE LAS AREAS // TRANSPARENCIA Y REDUCCIÓN DE COSTOS



4 SISTEMA DE GESTIÓN
CONSIDERA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

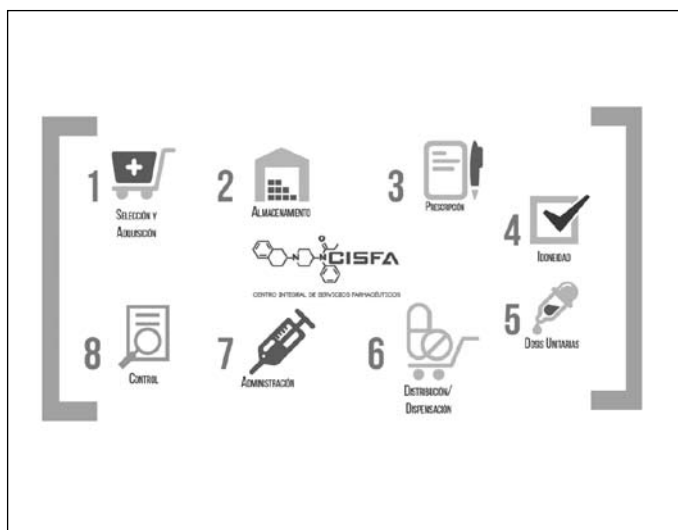
- QUE TENGAN IMPACTO SIGNIFICATIVO EN LOS RESULTADOS.
- QUE PRIVILEGIEN LA SENCILLEZ PARA ASEGURAR LA APLICACIÓN POR TODO EL PERSONAL.
- QUE PUEDAN INCORPORARSE COMO SISTEMA.
- ALINEACIÓN A LOS PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES DEL HRAEI Y A SUS POLÍTICAS.



MODELO DE GESTIÓN
RECONOCIMIENTO DE PROCESOS

- 1.- CLÍNICOS.
- 2.- QUIRÚRGICOS.
- 3.- AUXILIARES Dx y Tx.
- 4.- DE PROVISIÓN DE SERVICIOS:
 - A)** HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS.
 - B)** DE APOYO FAMILIAR.
- 5.- ADMINISTRATIVOS.
- 6.- JURÍDICO-LEGALES.
- 7.- DE VINCULACIÓN.







CATEGORIA		FACTURACION		IMPORTE		CANTIDAD		VALOR	
...
CATEGORIA MEDICAMENTO									
...
SUBTOTAL:									
								TOTAL CARGOS	...
								DEBITOS	...
								RENTAS	...
								TOTAL	...



“SI CREEMOS QUE LOS HOMBRES, COMO SERES HUMANOS, POSEEN DERECHOS QUE LE SON PROPIOS, ENTONCES TIENEN EL DERECHO ABSOLUTO DE GOZAR DE BUENA SALUD, EN LA MEDIDA EN QUE LA SOCIEDAD, Y SÓLO ELLA, SEA CAPAZ DE PROPORCIONÁRSELA”

ARISTÓTELES

MESA DE DISCUSIÓN

“ALCANCES DEL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD”

*Lic. Luis Raúl González Pérez
Ministro José Ramón Cossío Díaz
Dr. José de Jesús Orozco Henríquez
Dr. José Antonio Caballero Juárez*

Antecedentes y situación actual

Lic. Luis Raúl González Pérez.

Presidente de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Hablar del derecho a la protección de la salud, implica reflexionar sobre la dinámica sociocultural que permite su protección, prevención ante sus posibles violaciones, así como la consecuente reparación cuando se actualizan injerencias arbitrarias a dicho derecho.

La complejidad de la problemática que envuelve el derecho a la protección de la salud se reflejó en varios de los Objetivos del Desarrollo del Milenio como son: la reducción de la mortalidad infantil, el mejoramiento de la salud materna y la prevención y el combate al VIH Sida, paludismo y otras enfermedades epidémicas. Además, en el Informe de síntesis sobre la agenda de desarrollo sostenible después de 2015, la agenda post 2015 se establecen las propuestas de objetivo de desarrollo sostenible 2015-2030 vinculados al derecho a la protección de la salud ellas son: “*acabar con la pobreza en todas sus formas en todas partes, acabar con el hambre, lograr la seguridad alimentaria y una mejor nutrición y promover la agricultura sostenible, asegurar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas la edades, asegurar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos, proteger, restaurar y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres y la protección del medio ambiente*”.

Hoy en día se debe entender al derecho a la protección de la salud en México desde la definición que brinda la Organización Mundial de la Salud, que es el “*estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”; el estado de bienestar físico mental se consigue cuando se satisfacen todos los derechos humanos, con base en los principios de interdependencia e indivisibilidad.

El estado de bienestar social puede lograrse teniendo acceso a satisfactores como son: 1. El económico, para tener el ingreso mínimo necesario para adquirir alimentos nutritivos; 2. El ambiental por medio de la reducción de los focos de contaminación; 3. El cultural para adquirir información sobre la prevención de enfermedades, y 4. El político para que las decisiones prioricen la protección integral de la salud y la prevención de enfermedades.

Esta aspiración sigue considerándose como una deuda pendiente, incluso en las sociedades de mayor desarrollo, ya que paradójicamente al enorme progreso de la Ciencia Médica dicho hecho, no ha permitido que los efectos de protección y garantía se extienda a todos los sectores sociales.

Ante los retos que plantean los problemas de nuestro presente es necesario un abordaje multidisciplinario y sobre todo social de las enfermedades y de las condiciones médicas específicas.

Debemos dialogar sobre cómo asegurar las condiciones plenas para que cada afección a la salud pueda ser tratada de manera gratuita y los más altos estándares de calidad.

La protección del derecho a la salud y los problemas de salud pública son un asunto que corresponde a todas las instancias y autoridades para la puesta en marcha de acciones conjuntas, sobre todo con un enfoque de inclusión y acceso a todas las personas y en donde se reconozca la dinámica de este derecho y cómo se relaciona con la garantía de tantos otros derechos como decía: la alimentación, vivienda, trabajo, integridad personal o medio ambiente sano.

Para abordar acciones concretas será necesario tomar en consideración los estándares internacionales que en materia de salud se han adoptado a través de la firma y ratificación de diversos tratados internacionales; que de conformidad con el artículo primero de nuestra Constitución Política se constituye como fuente de derechos vigente y vinculante en nuestro país.

Parte de los objetivos es por ejemplo la reducción de la natalidad, mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de la higiene del trabajo en todos los aspectos y el mejoramiento del medio ambiente; la prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales; y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Adicionalmente el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), encargado de vigilar la observancia del Pacto Internacional de la materia (PIDESC), emitió en el año 2000, su Observación General No. 14 intitulada “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)*”, con el fin de ayudar a los Estados Partes a aplicar el Pacto y cumplir sus obligaciones en la materia.

Además, la Observación General, en su numeral 2 refiere las obligaciones que tiene el Estado frente a este derecho, y señala que “*al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir*”.

Las obligaciones, de acuerdo con este criterio orientador, se definen de la siguiente manera: 1) La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; 2) La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12; 3) La obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

La obligación de cumplir, que contempla el facilitar, requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la protección de la salud. Incluye también la obligación de promover el derecho a la salud.

Adicionalmente el Comité DESC, establece la obligación de poner a disposición establecimiento de salud, es decir que existe la infraestructura hospitalaria en condiciones óptimas y con personal capacitado para atender las necesidades de la población.

Dichos estándares configurados en el marco internacional, se complementan con la Visión progresiva del Sistema Regional de protección, en donde la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido por medio de sus sentencias que las acciones de las instituciones de salud, así como la prestación de los servicios deben respetar y garantizar el derecho a la integridad y a la vida, debido a que depende de ellos.

Adicionalmente, ha sido jurisprudencia reiterada de ese órgano jurisdiccional el establecer que la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación. La obligación de fiscalizar y vigilar a cargo del Estado comprende tanto los servicios médicos presentados por entidades públicas, directa o indirectamente, así como los ofrecidos por los particulares.

Este enfoque cobra relevancia para nuestro país, ya que nos da una perspectiva sobre las rutas concretas de acción, prevención y seguimiento. Además es preciso recordar que, por jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, todas las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son obligatorias para todos los jueces en México.

El 3 de febrero de 1983, se introdujo en el artículo 4° de la Constitución Política, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En 2011, el artículo primero de la Constitución Política fue modificado para señalar que en los Estados Unidos Mexicanos toda persona gozará de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales que el Estado mexicano sea parte, además con base en el principio pro persona, el PIDESC y su aplicación en México se fortalece en beneficio de todas las personas.

La reforma también introdujo en el párrafo tercero del artículo primero constitucional las obligaciones que tienen todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

Reflexionando sobre el modelo de protección que demanda nuestra Constitución es necesario hacernos cargo de temas particulares que impiden el pleno goce del derecho a la protección de la salud.

Debemos afrontar los casos en donde la violación del derecho a la protección de la salud se contextualiza para grupos en situación de vulnerabilidad, tal es el caso de mujeres, pueblos y comunidades indígenas, personas adultas mayores, personas con discapacidad así como la niñez y adolescencia.

Mujeres

En el caso de las mujeres, la discriminación relacionada con el género actualiza mayores grados de vulneración a la salud; para hacer frente a este reto el enfoque de derechos humanos en las políticas públicas en materia de salud debe integrar la perspectiva de género, lo que significa tener en cuenta las diferentes necesidades de la mujer y del hombre en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. El objetivo fundamental es lograr un acceso adecuado y eficiente a la salud.

La incorporación de una perspectiva de género en la salud pública implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas.

Este estándar se retoma de lo también señalado en la Observación General 14 del Comité de DESC, en el apartado relativo a “*La mujer y el derecho a la salud*” en donde se indicó que: “21. *Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.*”

En nuestro país han tomado relevancia las quejas y demandas sobre violación obstétrica caso respecto a los cuales la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha dado seguimiento estableciendo que la violencia obstétrica es una modalidad de violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de salud. Así está definida en la ley, por una inadecuada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio que

le genera una afectación física psicológica o moral que incluso lleve a provocar la pérdida de la vida de la mujer, derivada de una inadecuada acción u omisión en la prestación de servicios médicos, trato deshumanizado, abuso en la medicalización, y patologización de procedimientos naturales entre otros afectando también la relación materno fetal.¹

De entre los casos de seguimiento de violencia obstétrica, se ha denunciado que la mayoría de las mujeres pertenecen a una comunidad indígena. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos se pronunció emitiendo doce recomendaciones, las números 1/2014, 8/2014, 15/2014, 24/2014, 29/2014, 35/2014, 43/2014, 50/2014, 19/2015, 20/2015, 24/2015 y 25/2015 sobre la negativa al derecho de protección de la salud e inadecuada atención médica y violencia obstétrica.

Además, la CNDH ha conocido, en el periodo que va de 2010 a junio de 2015, de 544 quejas relacionadas con la negativa o falta de atención oportuna del parto, negligencia médica en la atención gineco-obstétrica, maltrato o violencia en la atención gineco-obstétrica, y esterilización o anticoncepción forzada. De ese total, 122 están en trámite.

Tales recomendaciones se refieren a los casos de ocho mujeres embarazadas, en cinco de ellos se trata de indígenas, en tres de ellos las mujeres pierden la vida por la deficiente atención recibida², en dos de esos tres casos los productos también pierden la vida³, en cuatro de los casos los partos se dan sin asistencia médica, ni de salubridad y fuera de las instalaciones sanitarias y en uno sin la asistencia y en la sala de espera por no haber sido recibidas oportunamente.

Por esta doble vulneración a las mujeres, por su pertenencia de género y a una comunidad indígena es necesario trabajar en modelos de cobertura que permitan atender sus necesidades médicas, así como trabajar conjuntamente en la capacitación del personal, y por supuesto invertir en infraestructura hospitalaria.

Factores como el idioma, la cercanía de las instalaciones hospitalarias y la asistencia médica de calidad son determinantes para

¹ CNDH, Recomendación General 25/2015,

² Las Recomendaciones: 24/2014, 29/2014 y 43/2014.

³ Las Recomendaciones: 24/2014 y 43/2014.

que se pueda garantizar el derecho a la salud en pueblos y comunidades indígenas.

Ahora bien, es urgente entender en México, que la salud de las mujeres es un concepto más integral que la sola previsión o protección frente o durante el embarazo, existe un problema de salud pública de las mujeres vinculados a los cánceres o falta de detección oportuna de la diabetes.

Sin duda los factores culturales y estereotipos siguen influyendo en el estado de salud de las mujeres.

Personas adultas mayores

Otro sector de atención son las personas adultas mayores, de acuerdo Instituto Nacional de Geriatría, en México hay 11'200,783, de los cuales 2'802,549 son personas con discapacidad o totalmente dependientes. El panorama para el futuro es todavía más complejo, según las proyecciones, y de acuerdo con la transición demográfica, la población de adultos mayores se cuadruplicará en 50 años.

La Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud de las Organización Mundial de la Salud (OMS), concibe a las determinantes sociales de la salud como las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, y del tipo de sistemas de salud que se utilizan para combatir la enfermedad. Entre ellas juegan un papel importante el ingreso, la escolaridad, la ocupación, la equidad, la vivienda, la etnicidad, la edad y la alimentación.

El impacto de estos determinantes sociales en la salud de adultos mayores relacionada con la atención médica tiene otros considerandos. La accesibilidad de los servicios de salud no solo se refiere a la cercanía o a satisfacer la necesidad de salud, también se debe considerar si ese adulto mayor es apto para acudir por su propio pie a los servicios o si cuenta con alguna red de apoyo para que lo lleven.

Ante la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles el énfasis ideal encaminado a garantizar su salud, sería la detección oportuna, controlo atención de emergencias para la atención de las complicaciones de estos pacientes; para ello, es fundamental contar con la infraestructura y personal capacitado. De ahí que, aparte de geriatras, se necesiten profesionales intermedios, como

enfermeras geriatras, técnicas en enfermería geriátrica, o simplemente técnicos geriatras.

Personas con discapacidad

Otro grupo en situación de vulnerabilidad son las personas con discapacidad, al respecto, el comité sobre las personas con discapacidad, en el examen para México de 2014, señaló que le preocupa la falta de provisión de servicios comunitarios de salud mental, las restricciones en el derecho a acceder de manera segura servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad y las presiones que se recibe en el embarazo para que aborte.

El Comité exhorto al Estado a cumplir con sus obligaciones para la rehabilitación de las personas con discapacidad. Asimismo, le recomienda desarrollar programas de toma de conciencia sobre las personas con discapacidad como titulares de derechos y no como sujetos de residentes de asistencia social.

Dichas preocupaciones deben ser atendidas en nuestro país, buscando concretar un enfoque de inclusión y desarrollo de personas que tienen alguna discapacidad, lo anterior debido a que nuestro país, de acuerdo a datos del INEGI, al año 2010, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270 lo que representa 5.1 por ciento de la población total.⁴

Niñez y adolescencia

Otro sector de la población, que debe tener atención prioritaria es el caso de la niñez y adolescencia.

La desnutrición, por un lado, y la obesidad infantil, por otro, sigue siendo problemas a solucionar en México.

Respeto a la desnutrición de acuerdo con cifras de UNICEF, el grupo de edad de 5 a 14 años la desnutrición crónica es de 7.25%, en las poblaciones urbanas y la cifra que duplica en la rurales. El riesgo de que un niño o niña indígena se muera por diarrea, desnutrición, anemia es tres veces mayor entre la población indígena.

La otra cara de los problemas de nutrición lo conforma la obesidad infantil, que ha ido creciendo de forma alarmante en los últi-

⁴ <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>

mos años. Actualmente, “México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos”.⁵

La obesidad infantil es un grave problema de salud pública. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Para los escolares, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad ascendió un promedio de 26% para ambos sexos, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema.⁶

En septiembre de 2013 entró en vigor la Ley General de Educación, que facultó a la SEP para fijar lineamientos y restricciones sobre venta de alimentos en los planteles, no obstante además de este significativo esfuerzo se debe promover una dieta saludable y equilibrada en todos los grupos de edad, con especial hincapié en niños, niñas y adolescentes. Asimismo, se debe acercar a los padres conocimientos necesarios para cuidar la alimentación de sus hijos, en aras de cumplir con el principio del interés superior.

Lactancia materna

Adicionalmente, un problema destacado de salud pública en nuestro país, es el de la lactancia materna. De acuerdo con la cifras de UNICEF, en México el promedio de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es de sólo 14.4%, el más bajo en Latinoamérica, junto con República Dominicana. Gracias a la leche materna, 1.4 millones de niños en países en desarrollo podrían salvar su vida.⁷

La lactancia materna implica el acceso a una alimentación nutritiva que asegura a niñas y niños un crecimiento saludable y, por tanto, la protección a la salud, al ofrecer beneficios nutricionales e inmunológicos, así como un mejor desarrollo psíquico y social. Por ello, es vital la promoción de espacios higiénicos para llevar a cabo la recolección y almacenamiento de leche materna.

Tales atenciones se deben encaminar a dar servicios de salud y orientación adecuados a las mujeres que han decidido ejercer la

⁵ <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>.

⁶ <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>.

⁷ http://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_29440.htm

maternidad, durante y después del alumbramiento, para prevenir cualquier padecimiento o complicación. Debemos recordar que el derecho de lactar o no a sus hijos corresponde a las mujeres, pero el ejercicio de tal decisión conlleva en forma necesaria y previa la de recibir información.

Asimismo, se debe tener una preparación oportuna sobre la lactancia, sus beneficios y técnicas para facilitarla, y las condiciones adecuadas para hacer compatible la maternidad con el trabajo remunerado fuera del hogar.

Personas privadas de la libertad

Otro sector de vulneración importante que ha documentado de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de las personas privadas de la libertad.

La Corte Interamericana ha señalado reiteradamente en su jurisprudencia que el Estado, como responsable de los establecimientos de detención se encuentra en posición especial de garante de los derechos de toda persona, bajo su custodia.

Considerando este presupuesto, la Corte Interamericana reiteró, en el caso Vera Vera, que los Estados tienen la obligación de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y, atención y tratamientos médicos adecuados.

Al respecto, existe una gran problemática dentro del Sistema Penitenciario Mexicano, en particular en cuanto al Derecho a la Protección a la Salud, ya que de los resultados arrojados por el Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2014, se reportan deficiencias a la garantía de este derecho, derivadas de: la falta de personal para atender a los internos, la limitada o inexistente atención odontológica, la falta de medicamentos, así como de equipo e instrumental médico.

Respecto al tema de los internos con requerimientos específicos, hay deficiencias en relación a la atención médica de personas con discapacidad física y/o mental, así como a la atención médica de los enfermos de VIH/SIDA. Otro arista importante es el de internos con adicciones, relacionado con los programas para la prevención de adicciones y desintoxicación voluntaria, ya que en 110 de los centros visitados, existe una gran carencia de éstos.

Podemos contabilizar actualmente de 8,359 quejas interpuestas por los internos ante los Organismos locales de protección de los derechos humanos, de las cuales: 1,102 se refieren al Servicio Médico, representando 13% del total nacional en el caso de centros estatales; y en lo relativo a los centros federales, de 1,542 quejas interpuestas ante la CNDH, 702 se refieren al Derecho a la Protección a la Salud, representando 65% del total nacional.

Sistema de Salud en México

Como podemos dar cuenta, los fenómenos o factores que afectan el derecho a la protección de la salud se relaciona con interacciones sociales, que van desde la promoción del bienestar físico, la promoción de una alimentación adecuada, hasta factores socioeconómicos, de desigualdad, e inclusive se han relacionado con el deterioro ambiental.

El Estado Mexicano debe ejercer influencia sobre dichos factores, mediante las políticas de prevención y cuidado de la salud pero también, como señalan los estándares internacionales apuntados, México debe construir un robusto sistema de protección de la salud, que permita hacer frente a fenómenos como la desigualdad en el acceso a la salud, el desabasto en medicinas, el que no se cuente con los tratamientos adecuados, y muchos de estos factores tienen que relacionarse con que el Estado adopte su responsabilidad como garante de la salud.

Dentro de este enfoque de construcción debe tomarse en cuenta el papel de quienes han sufrido una injerencia arbitraria en su salud, el papel de las víctimas es fundamental. Debido a que víctimas de la violencia actual, han reportado la necesidad de tener acceso a los servicios de salud sin ser estigmatizadas y con la protección debida a su integridad personal.

Es responsabilidad de los servidores públicos en todos los ámbitos el reconocer que el enfoque sugerido requiere de esfuerzos compartidos y de diálogos productivos como el que hoy se presenta.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido criterios relevantes en los que no profundizaré ya que se trata será abordado posteriormente en esta mesa, como ejemplos se encuentra el caso Mini Numa o la reciente resolución en el caso de los niños contagiados de VIH en el IMSS. Otros ejemplos se encuentran en

el amparo en revisión 378/2014 promovido por tres pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “*Ismael Cosío Villegas*”; y el amparo en revisión 632/2014 en donde se determinó que los pacientes tienen derecho a su expediente clínico completo y no sólo conformarse con un resumen de su estado de salud explicaciones verbales que los médicos.

Con los anteriores ejemplos se establecen elementos del derecho a la protección de la salud indispensables para su protección y garantía.

Debemos diseñar mecanismos de cobertura amplia, los retos a los que debemos hacer frente se relacionan con incremento poblacional y de la esperanza de vida en un mundo globalizado, ya que se teme que se generalicen los padecimientos como la diabetes, hipertensión arterial y síndromes crónico-degenerativos que podrían prevenirse.

Para identificar las necesidades directas de la población en materia de salud que se relacionan con el cumplimiento de las responsabilidades del Estado debe realizarse un diagnóstico que las muestre en un contexto integral. Así, la Recomendación General número 15 sobre el derecho a la protección de la salud, emitida por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, muestra que entre los aspectos que se deben combatir son: la carencia de presupuesto para contar con la infraestructura y el personal para atender a la población de manera adecuada para desarrollar investigación y tener tecnología de vanguardia; el desabasto de medicamentos y la sensibilización relativa a los grupos en situación de vulnerabilidad.

Es necesario que el Estado, las autoridades y los servidores públicos asuman las irregularidades en la que incurren en lugar de negar las problemáticas.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha dado puntual seguimiento de irregularidades que impiden la garantía del derecho a la protección de la salud, como se da cuenta en su Informe Anual de Actividades 2014, ya que las diez autoridades señaladas con mayor frecuencia en la recepción de quejas sobre la violación del derecho a la protección de la salud son: el Instituto Mexicano del Seguro Social con 1,542 ocasiones, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado con 538, la Secretaría de Salud con 35, la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca con 15, la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco con 12, la

Comisión Nacional de Arbitraje Médico con 9, el Hospital General de México de la Secretaría de Salud con 4, el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Secretaría de Salud con 4, la Secretaría de Salud del Estado de Morelos con 4, y la Secretaría de Salud del Estado de Sinaloa con 4.⁸

Y entre los diez hechos violatorios sobre el derecho a la protección de la salud señalados con mayor frecuencia se encuentra el de “omitir proporcionar atención médica” con 1,230 casos; negligencia médica con 316; realizar deficientemente los trámites médicos con 221; omitir implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud con 104; omitir brindar atención médica y/o psicológica de urgencia con 96; limitar el acceso al servicio público de salud con 41; omitir dar información sobre el estado de salud con 23; omitir prestar asistencia médica especial, en caso de maternidad e infancia con 22; omitir brindar el servicio de hospitalización con 18; y aislamiento hospitalario con 1.

La protección a la salud es un derecho humano no patrimonial, no negociable que debe ser garantizado y exigible. Sin duda, también se deben cumplir los derechos humanos bajo el principio de interdependencia e indivisibilidad, así el derecho a la salud se vincula a la alimentación, al trabajo, la vivienda, el agua, el medio ambiente sano, entre otros.

En suma, existe una problemática estructural del derecho a la salud que se agudiza en contextos de pobreza particularmente frente a algunos sectores de la población que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Por eso es urgente visibilizar los riesgos de las personas, los puntos de atención urgente y por tanto las medidas que deben implementarse a través de las políticas públicas.

Asimismo se debe tener en cuenta las obligaciones de supervisión del Estado sobre los particulares que proveen servicios de salud.⁸

Para una mayor cobertura real de salud se requiere tomar en cuenta las necesidades ya descritas: la infraestructura adecuada, personal para atender los servicios médicos capacitados y la suficiencia de medicamentos.

Por eso es fundamental pensar en presupuestos con perspectiva de derechos humanos. Las medidas de recorte que afecten el pre-

⁸ CNDH, *Informe Anual de Actividades 2014*, <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/informes/anales/2014.pdf>

supuesto en salud va a tener un efecto negativo en la protección del derecho, particularmente de aquellas que se encuentren en una situación especial de vulnerabilidad; además dicho recorte implicaría una violación al principio de progresividad consagrado en el artículo primero de la Constitución.

Por ello, desde la Comisión Nacional de los Derechos Humanos hacemos un respetuoso llamado a la Cámara de Diputados a fin de que considere la importancia de brindar recursos suficientes para la plena garantía de los derechos sociales. Porque el compromiso es uno solo: protección irrestricta de los derechos de las personas y una mejor vida para todas y todos. Sabemos que la negligencia o desidia, la falta de planeación o ejecución de políticas eficientes y la corrupción en el empleo de los recursos públicos afectan y lesionan la garantía plena de los derechos.

Esta preocupación ha sido señalada con anterioridad por instancias internacionales al Estado mexicano, es el caso del Informe del Grupo de Trabajo sobre la Evaluación Periódica Universal de 2013, de 176 recomendaciones 33 trataron sobre la protección de la salud.

Así, la percepción social sobre la importancia de una política pública que corrija lo anterior es muy alta, porque la solicitud de ese tipo de servicios es recurrente y los beneficios son en favor de todos, incluidas las personas migrantes irregulares que se encuentran o transitan por México.

Es necesario también que México ratifique el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como un mecanismo que amplíe la garantía internacional del derecho a la salud, ya que complementa la protección de dichos derechos a través de la presentación de quejas individuales ante el Comité DESC.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos consciente de estos retos, reitera su más alto compromiso con la protección de la salud de todas las personas. A través de sus facultades, da seguimiento puntual y desarrolla acciones que prevengan que las violaciones a este derecho se reproduzcan estructural y sistemáticamente. Por ello los informes especiales, las recomendaciones generales, las medidas cautelares y las investigaciones iniciadas de oficio son algunos de los instrumentos para construir la garantía efectiva del derecho a la salud en México.

Muchas gracias por su atención.

Perspectiva del Poder Judicial*

José Ramón Cossío Díaz.

Ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Muy buenos días a todos ustedes, quiero comenzar agradeciendo al Doctor José Meljem Moctezuma la atención que tuvo para conmigo al invitarme a participar en esta mesa que modera mi querido amigo el Doctor Luis Raúl González Pérez, asimismo celebro estar en compañía de mi maestro Jesús Orozco Henríquez y de mi amigo José Antonio Caballero.

Hablar de la condición del derecho y la protección de la salud como un derecho humano es un tema complejo. Por muchos años se ha visto como una norma programática, lo cual significa que el derecho se suponía exigible en la medida que existieran recursos presupuestales. Es decir, si se asignaba un presupuesto determinado, entonces el derecho tenía la posibilidad de ser ejercitado, pero si no se proporcionaban los recursos, no se tenía esta posibilidad. Esto nos ha llevado, en diversos países, a plantear el problema central de la exigibilidad de los derechos sociales. Sin embargo, visualizar el derecho a la salud como un problema de exigibilidad tiene sus inconvenientes ya que ésta sólo es una de las dimensiones que tiene.

Lo que se está implementando en la Suprema Corte de Justicia de la Nación en primer lugar es subyugar esta retórica constitucional que ha prevalecido en México durante muchos años y, en segundo lugar, tratar de darle un “uso al derecho” para lograr en términos generales, una diversidad de efectos, beneficios y formas de exigibilidad.

Como lo expondré a continuación de manera breve, en el año 2011 se aprobaron dos reformas constitucionales y la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió un caso de gran importancia. La reforma constitucional del 6 de junio, modificó sustancialmente el juicio de amparo. Este medio de defensa de los derechos, que está en nuestro orden jurídico de modo muy primario desde el acta de reformas de 1847, se estableció en la Constitución de

* Este texto corresponde a la versión estenográfica de la intervención del Ministro José Ramón Cossío Díaz el viernes 25 de septiembre de 2015 en la mesa “Alcances del derecho humano a la protección de la salud” durante el segundo día de actividades del simposio.

1857. En términos legales y jurisprudenciales, alcanzó un momento culminante hacia finales del siglo XIX, momento en que se estabilizó sustancialmente el juicio de amparo, en especial, mientras Ignacio L. Vallarta fue Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Posteriormente, el juicio no se modificó significativamente, sino que se fueron realizando ajustes marginales en los temas técnicos. Finalmente, las transformaciones que se dieron en el siglo XX se dirigieron a resolver problemas técnicos que se daban en el proceso y a controlar el rezago en la resolución de asuntos en la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Retomando lo dicho con anterioridad, el cambio central se dio en junio del 2011, en el sentido de otorgar mayor apertura a las personas para que estuvieran en posibilidad de acudir al juicio de amparo para defender sus derechos. Asimismo, se modificaron los efectos de las sentencias, se permitió que un mayor número de personas tengan legitimación para acudir a dicho juicio y se amplió la gama de órganos que pueden ser considerados como autoridades responsables, es decir, hubo una transformación radical. Dicho metafóricamente: lo que era una avenida estrecha se ha vuelto una avenida ancha, situación que se refleja en que más personas pueden ejercer este medio de defensa y lograr mayores efectos.

El 11 de junio del mismo año se modificó sustancialmente la Constitución con el fin de establecer un nuevo modelo de derechos humanos. De esta forma, el orden jurídico mexicano sufrió cambios importantes y, en consecuencia el juicio de amparo. A partir de ese momento la materia de éste son los derechos humanos contenidos tanto en la Constitución como en cualquier tratado internacional celebrado por el Estado mexicano. Adicionalmente se dispuso que estos derechos humanos de fuente constitucional y convencional, deben aplicarse tomando en cuenta cuál dispone mayor protección para efecto de maximizar el desarrollo y las garantías a los seres humanos. De esta manera no sólo se ampliaron las “avenidas”, sino también el objeto de protección. En otras palabras, si en cualquier tratado internacional, sea o no originalmente de derechos humanos, se asienta un derecho humano, es posible buscar su protección a través del juicio de amparo para efectos de exigirle a la autoridad el cumplimiento de ese derecho.

Un mes después de la reforma constitucional, la Suprema Corte de Justicia de la Nación dictó una sentencia identificada como el

“caso Radilla”, en el cual fue necesario determinar cómo dar cumplimiento a una sentencia en la que la Corte Interamericana de Derechos Humanos condenó, en general, al Estado Mexicano y, en particular, al Poder Judicial de la Federación a hacer determinado tipo de acciones e introducir ciertos medios de reparación. Esto es de gran importancia en el sistema jurídico ya que en dicho fallo se estableció el llamado “control difuso”, lo cual implica que no sólo los jueces de amparo pueden proteger los derechos humanos, sino que todos los jueces del país en todos los procedimientos realizados en las distintas instancias, pueden desaplicar en los casos que les competen los preceptos legales que fueran contrarios a los derechos humanos de fuente constitucional o convencional. Tomando en cuenta los acontecimientos narrados, se puede decir que para mediados de julio de 2011, los derechos humanos y sus medios de protección se reforzaron bastante.

En apariencia, actualmente contamos con todos los elementos técnicos para hacer eficaz el sistema toda vez que tenemos una nueva Ley de Amparo y un nuevo mecanismo de protección de derechos humanos. Sin embargo, la trascendencia de estos cambios aún está por verse en las determinaciones que tomemos los impartidores de justicia. Por el momento, advierto un problema que denominaré de carácter ideológico, que tiene que ver con el quehacer de los jueces constitucionales y lo que la sociedad en general supone que los jueces pueden hacer.

El problema de la protección de los derechos humanos no encuentra su solución en la incorporación de más derechos humanos al texto constitucional ya que, además de los expresos en él, están todos los contenidos en los tratados internacionales que el Estado mexicano ha firmado. México ha ratificado una gran cantidad de instrumentos internacionales. Cabe destacar que, durante el siglo XX, periodo en el que se tenía un régimen de partido hegemónico, se firmaban todos los tratados con el afán de formar parte del denominado “concierto de las naciones”.

Pareciera que no hay más derechos que incorporar a través de la firma de tratados internacionales. Todos están firmados. Los procedimientos tampoco necesitan un cambio sustancial. Desde mi perspectiva, el asunto se centra en lo que el juez considera que puede hacer. Esto para el derecho a la protección de la salud representa un reto extraordinario porque —hablando de una ideología

general y no de una posición personal— considero que los jueces suponen que deben resolver casos concretos.

Se piensa que la tarea de los jueces es aplicar las normas jurídicas tal como fueron emitidas por el legislador y no se les conceptualiza como realizadores de los derechos. Si un juzgador no se asume como tal se va a enfrentar con un problema muy importante en materia de exigibilidad que se puede enunciar, a manera de ejemplo, de las siguientes formas: cómo ordenar a la autoridad administrativa o legislativa que designe determinado tipo de fondos a actividades específicas; cómo ordenar a la autoridad estatal que designe recursos a una cierta enfermedad, o cómo incidir en la práctica de la administración para establecer que tales personas sí tienen el derecho a que se les practique una hemodiálisis en ciertas condiciones y eso signifique la designación de determinado tipo de recurso.

Se manifiesta una traba cultural ideológica respecto de lo que nosotros como jueces, ya seamos federales o locales y en general el cuerpo integrante del Poder Judicial de la Federación, hacemos con el control difuso a efecto de resolver estos temas. En esta discusión se suele presentar la objeción de que los jueces no debemos hacer política pública, pues no direccionamos actividades administrativas y desde luego no asignamos fondos o recursos para estos efectos. Sin embargo, la categoría ideológica con la cual se trata de enfrentar este elemento limitativo de actuación consiste en que los jueces aplicamos derechos.

La pregunta entonces es si la ideología judicial absolutamente restrictiva que acabo de describir se compensa con el potente modelo de protección de los derechos humanos. Pensando especialmente en el derecho a la salud, me parece que el tema central es que éste no tiene restricciones puesto que ni la ley que contempla el juicio de amparo, ni la Constitución en los artículos 103 a 107 (relacionados con el Poder Judicial de la Federación), ni las disposiciones que definen la división de poderes, establecen restricciones al modelo judicial de protección de derechos humanos. Tampoco hay nada que establezca que los juzgadores federales no pueden realizar determinadas acciones para salvaguardarlos. Por otro lado, no hay una determinación o un acotamiento en la parte de los derechos. Dichas disposiciones establecen que se protegerán todos los derechos de fuente constitucional y convencional, además de

que se buscará maximizar entre todos esos derechos aquellos o aquel que le brinde a la persona la mayor protección posible.

Entonces, si no hay ninguna modalidad de restricción en el orden jurídico, si no está en las normas que guían la conducta de los jueces como juzgadores, ¿dónde está la restricción? Desde mi punto de vista, la restricción se puede encontrar en las reglas generales de operación de la justicia ordinaria, de lo que el juez hace y puede hacer con el derecho, lo cual proviene del modelo del periodo de La Ilustración. Y hago alusión a esto, citando una frase típica establecida en El espíritu de las Leyes de Montesquieu, en el sentido de que “los jueces son la boca que pronuncia las palabras de la ley”, es decir, que los juzgadores se limitan a realizar lo previsto y lo determinado por el legislador en los enunciados normativos llamados “leyes”, “reglamentos” o “disposiciones”. Es entonces ahí en donde los juzgadores siguen atrancados.

Se sigue pensando que no se puede avanzar más porque se tiene que mantener una deferencia de la administración o del legislador por que aquéllos tienen un carácter representativo, mayor conocimiento sobre los fenómenos sociales o porque son ellos los que deben administrar los presupuestos. Esta situación, a quienes están en la administración y deben administrar “la escasez” de fondos, como dicen los economistas, les deberá parecer muy preocupante. Ello en atención a que, contrario a lo que estamos acostumbrados a observar, los jueces mediante sentencias pueden y deben ordenar la asignación de los fondos.

La respuesta de la administración ante una resolución en el sentido de designar recursos federales normalmente está sujeta a la existencia de fondos, entonces para la administración dar alimentos, tratamientos costosos, medicamentos escasos para enfermedades con una incidencia mínima, significa que por pocos individuos se hará un gasto considerable. Esto a su vez significa, por citar un ejemplo en el tema de la hemodiálisis, dejar de practicar cierto número hemodiálisis, ya que las autoridades del sector salud realizan la asignación de recursos midiendo el número de hemodiálisis que se pierden contra la cantidad de fondos que se dan.

Esto es verdad, se van a perder porque partimos de una condición de escasez en los recursos, pero el costo de sostener un estado social y democrático es elevado. El sistema jurídico es el marco general que incorpora los derechos sociales como garantías de la

asignación de recursos. Esto nos lleva a una condición redistributiva, es decir, no es suficiente para efectos de garantizar los derechos de todo tipo, porque tanto cuestan los derechos liberales, los derechos de abstención como los derechos positivos, de acción o prestacionales. Todos los derechos cuestan y también mantener un sistema de vigilancia que permita, por ejemplo, la libertad de expresión, tránsito, reunión, asociación, etc. Todos los derechos cuestan y creo que esto se ha demostrado en la literatura.

Lo que al final de cuentas es materia de la discusión es qué se hace en un Estado que no es capaz de satisfacer los derechos que el propio Estado otorgó democráticamente a través de los órganos representativos y los órganos de legitimación. El Estado social tiene un componente que no suele explicitarse porque es muy complicado políticamente, pero que tiene una condición redistributiva, es decir, llega un momento en que hay que aumentar los impuestos y muy probablemente hay que poner impuestos escalonados en vez de tasas fijas para efectos del financiamiento de los propios servicios. En otras palabras, si no hay modificaciones en la recaudación o la recaudación tributaria se ve como una variable independiente del estado social, es imposible que éste encuentre sus propias formas de financiamiento.

Entonces, ¿cuáles son los mecanismos ideológicos con los que se trata de compensar este modelo? Primero, para garantizar la legitimidad política, postulemos los más amplios derechos sociales, garanticemos todo lo “garantizable”: la alimentación, la vivienda, el trabajo, la salud, el medio ambiente, el agua o el paisaje. La otra alternativa es mantener la ideología de los jueces auto contenidos, sosteniendo que no tienen la función de garantizar los derechos que la Constitución ampara, sino que simplemente son aplicadores y deben ser deferentes hacia un legislador que no genera contribuciones diferenciadas y que se debe mejorar una administración que cuenta con recursos limitados.

Sobre los derechos sociales, pudiera alegarse que los jueces no cuentan con las herramientas para incidir en estos aspectos, aunque ya las tienen. No obstante lo anterior, los jueces constitucionales tienen las herramientas completas para poder incidir sobre el legislador y sobre la administración para efectos de exigibilidad, en el que los fondos son un tema central. El problema es que seguimos estando atrapados en la ideología.

Por otro lado hay dos variables muy importantes. La primera, que los litigantes, salvo ciertas organizaciones no gubernamentales que llevan litigio estratégico, asumen el modelo de juzgador que describí con anterioridad sin vislumbrar estas importantes posibilidades de ejecución de los derechos sociales; son estos mismos litigantes los que no se atreven a pedir, postular o plantear el cumplimiento de derechos y satisfacción de éstos, más allá de las condiciones tradicionales. La segunda consiste en que tenemos una academia que dice lo importante que son los derechos humanos y lo excelso que sería que un país como el nuestro con tantas desigualdades los ejerciera, cuando esos derechos ya están en la Constitución. Es decir, en este plano no se va a lograr más porque no hay más que lograr en este momento histórico.

A mi parecer a la academia le está haciendo falta hacer lo llamado “dogmática jurídica”. No en el sentido tradicional de actos de autoridad impuestos sino ciencia jurídica dogmática, en otras palabras, racionalización jurídica, para que la propia academia rompa con esta idea de una judicatura o un litigio atrapado en sus propias categorías históricas, por una parte, y por otro lado una dogmática de los derechos que nos permita darle una exigibilidad completa.

El problema del estado social en esta dimensión general es que si seguimos atrapados en la ideología que se tiene construida, las reformas de junio de 2011 en materia de amparo, de derechos humanos y la sentencia Radilla que se dio en julio de ese mismo año, poco a poco irán perdiendo su momento, significación, simbolismo e importancia. Si esto sucede quedarán diluidas y atrapadas por una realidad que se resiste a cambiar. En cuanto a las condiciones de dominación política, económica y social, creo que si no somos capaces de identificar el fenómeno completo e introducir un proceso de transformación, este momento del que hablamos se diluye y se quedará atrapado en la simple idea de las normas programáticas o recuperaremos la idea que se da en otros estados nacionales sobre la deferencia del legislador o a la administración, o bien, en el discurso de la escases de los recursos y no se tendrá ninguna posibilidad de transformación de la realidad a través de estos elementos.

Este parece ser el problema general del derecho a la protección a la salud. Considero que, de esta manera, está encapsulada y atrapada la discusión. Mientras no la podamos “reventar”, seguiremos

hablando durante muchos años de las posibilidades de exigibilidad, de las posibilidades de cumplimiento y los límites que tenemos en este sentido, sin lograr dar un paso hacia la materialización fáctica de esas palabras.

Muchas gracias.

Perspectiva Internacional

Dr. José de Jesús Orozco Henríquez.

Investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM y Miembro de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Agradezco cumplidamente al Comisionado Nacional la oportunidad de participar en este seminario, a través del tema asignado “*Alcances del derecho humano a la protección a la salud: Perspectiva Internacional*”. Constituye también un alto honor compartir esta mesa con los destacados juristas y muy apreciados amigos, Ministro José Ramón Cossío, Licenciado Luis Raúl González Pérez y Doctor José Antonio Caballero.

En mi calidad de Vicepresidente de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, mi exposición estará enfocada principalmente a lo que ha ocurrido en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, el cual fue creado por los Estados de la región dentro de la Organización de los Estados Americanos y está integrado por una Comisión Interamericana de Derechos Humanos y una Corte Interamericana de Derechos Humanos. Por supuesto, no dejaré de mencionar, cuando fuere pertinente, algunos desarrollos y sistemas de protección existentes, por ejemplo, en el ámbito de la Organización de las Naciones Unidas.

Mi exposición tratará los siguientes aspectos: i) cómo ha evolucionado y se encuentra reconocido y protegido el derecho humano a la salud en el ámbito internacional; ii) cuáles son las obligaciones que derivan de dicho derecho en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, y iii) algunos criterios jurisprudenciales relevantes alcanzados en el sistema interamericano, los cuales son de obligatoria observancia para el Estado mexicano.

Respecto del primero de los puntos, esto es, **la ubicación convencional del derecho a la protección a la salud**, permítanme compartirles que el camino que ha recorrido este derecho ha tenido como sustento y guía central la dignidad humana y, consecuentemente, la necesidad de reconocerlo como un derecho humano. Sin embargo, ha sido un derecho en permanente evolución, cuyo tránsito -más de siglo y medio de nuestra historia contemporánea-, le ha permitido perfilarse con el contenido que hoy la comunidad internacional y los órganos de justicia internacional le atribuyen.

Cabe recordar que la historia del reconocimiento de los derechos humanos, que afortunadamente se remonta a hace varios años, tuvo una primera estación en la cual se reconocieron una serie de derechos civiles y políticos, que eran entendidos por lo general como una abstención estatal o un “no hacer” por parte del Estado. Es decir, no restringir injustificadamente la libertad de expresión; no afectar de manera arbitraria la propiedad, o, por ejemplo, no privar arbitrariamente de la vida o de la libertad personal a alguien. En esa época, la salud, más que un derecho, era un bien, en algunos casos protegido, en otros, como ocurría por ejemplo en la Constitución de la Segunda República Francesa, como un asunto de asistencia relegado a la misericordia y socorro para quienes no pudieran proveérselos por sus propios medios.

Ya en el siglo XX, los derechos sociales comenzaron paulatinamente a estar reconocidos en varias constituciones, como la de nuestro país y la alemana de la República de Weimar. Con ese espíritu se empezaron a incluir las denominadas obligaciones de “hacer” por parte del Estado, que implicaba la adopción de medidas positivas para no sólo “abstenerse de hacer” sino un “hacer” a fin de garantizar la dignidad humana. “Hacer” para garantizar una vivienda digna; “hacer” para otorgar beneficios sociales; “hacer” para garantizar una alimentación adecuada, etcétera.

Con ese intrínseco propósito, por ejemplo, en 1919 se creó la Organización Internacional del Trabajo (OIT) encargada de garantizar los derechos laborales de los trabajadores, y, al final de la Segunda Guerra Mundial, en junio de 1945, se aprobó de la Carta de la Organización de las Naciones Unidas, reconociendo como uno de sus objetivos centrales “promover el progreso social y ... elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad”.

Un año más tarde, con una visión del derecho a la salud como un derecho, la Constitución francesa de 1946 –en el marco de la Cuarta República– modificó la perspectiva estrictamente asistencialista concebida en 1848, estableciendo en su Preámbulo que la Nación “garantiza a todos... la protección de su salud, de su seguridad material, de su descanso y de su tiempo libre”.

Con posterioridad, el consenso internacional respecto de este derecho comenzó a reflejarse en las declaraciones y tratados internacionales primigenios en el derecho internacional de los derechos humanos. Así, en abril de 1948, en Bogotá, se adoptó **la Declara-**

ción Americana de Derechos y Deberes del Hombre, primera declaración internacional de este tipo, que incluyó el derecho de toda persona a que su salud sea preservada “*por medidas sanitarias y sociales*”, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes “*al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad*”.

Este reconocimiento es significativo, entre otras, por dos razones: i) no reduce el derecho a la salud a la dimensión médica, y ii) reconoce que los servicios de salud que un país tiene el deber de asegurar dependen de un criterio objetivo, los recursos disponibles, y no de la mera voluntad política estatal.

Bajo esta nueva concepción del derecho a la salud, en diciembre de 1948, se adoptó la **Declaración Universal de Derechos Humanos**, que reconoció el derecho de toda persona ‘*a un nivel de vida adecuado que le asegure ... la salud y el bienestar*’. Asimismo, los **Convenios de Ginebra de 1949** reconocieron este derecho aun bajo circunstancias de guerra, dándole carácter irrenunciable a varios de sus ámbitos de protección. Después comenzó una etapa de **especialización**, en la cual el derecho a la salud se estableció con un perfil específico en aquellos tratados destinados a proteger grupos que por su particular exposición a la discriminación pueden estar sometidos a un mayor riesgo.

Así sucedió en la **Declaración de los Derechos del Niño** (1959), que reconoció que todo niño o niña tendrá derecho “*a crecer y desarrollarse en buena salud*”, y “*a disfrutar servicios médicos adecuados*”. Asimismo, las **Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos** aprobadas en 1955, resaltaron la importancia de este derecho para toda persona privada de su libertad. Por su parte, la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial** de Naciones Unidas reconoció el “*derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales*”, sin que este derecho pueda ser objeto de discriminación en virtud de la raza, color y origen nacional o étnico. También en 1967 se adoptó la **Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer**, conforme a la cual se encuentra en cabeza del Estado adoptar *todas las medidas apropiadas* para garantizar a la mujer los mismos derechos que al hombre, en particular el derecho a “*medidas que le aseguren contra el desempleo, la enfermedad, la vejez o cualquier otro tipo de incapacidad*”.

Ya en 1966, se adoptaron los *Pactos Internacionales de derechos humanos* que desarrollan la *Declaración Universal* de 1948. En uno de ellos, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, se estableció en el artículo 12 el derecho a la salud, como el derecho *‘al disfrute de más alto nivel posible de salud física y mental’*. En virtud de dicho artículo, cada uno de los Estados Partes se obliga a: i) *‘adoptar medidas’* para lograr *‘la plena efectividad’* de los derechos reconocidos en el Pacto; ii) progresivamente; iii) *‘sin discriminación’*, y iv) *‘hasta el máximo de los recursos de que disponga’*.

Con base en dicha disposición, el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU**, que supervisa la implementación de dicho Pacto, ha profundizado sobre los ámbitos de protección del derecho a la salud, particularmente en su *Observación General N°14* del año de 2000.

Aquí resulta importante destacar cómo ha entendido dicho Comité al derecho a la salud.

En primer lugar, el Comité aclara que el derecho a la salud no es el derecho a estar sano, es decir, no se le puede exigir al Estado estar sano. Sin embargo, sí a acceder *“al nivel más alto posible de salud”*. Bajo este entendimiento, el Comité considera que el derecho a la salud *“en todas sus formas y a todos los niveles”* abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados, a saber: i) disponibilidad; ii) accesibilidad; iii) aceptabilidad, y iv) calidad.

- i) **Disponibilidad**, en el sentido de que cada Estado debe tener *disponibles “un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.”*
- ii) **Accesibilidad**, en virtud de que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser *accesibles* a todos desde cuatro ángulos: (1) *‘sin discriminación’* de hecho o de derecho; (2) *‘accesibles físicamente’*, de tal forma que se encuentren al alcance geográfico de la población; (3) *‘accesibles económicamente’*, es decir, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de todos, y (4) *‘accesible en cuanto a la información’*, esto es, que se garantice que se pueda solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.

- iii) **Aceptabilidad**, traducida en que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la vez que cuenten con una perspectiva de género.
- iv) Finalmente, el último requisito se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser también de buena **calidad**, desde el punto de vista científico y médico.

Con respecto a las obligaciones que emanan de este derecho, el Comité ha resaltado que se imponen unas obligaciones **inmediatas**, como la garantía de que sea ejercido sin discriminación alguna y la obligación de adoptar medidas *deliberadas y concretas* para *‘la plena realización del derecho a la salud’*.

En este sentido, la obligación de no adoptar medidas *‘deliberadamente regresivas’*, implica que no se den pasos atrás en este derecho sino, por el contrario, se avance progresivamente en su implementación y cobertura mediante la utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte.

¿Qué es lo que ha pasado en el sistema interamericano?

En términos generales, las anteriores obligaciones, es decir las inmediatas y las de progresividad, han sido entendidas en el sistema regional interamericano en una línea bastante similar al Comité, con el siguiente desarrollo.

En primer lugar, recordemos que la **Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José**, de 1969 y que entró en vigor en 1978 al ser ratificada por el undécimo Estado de los treinta y cinco que conforman la OEA, creó el sistema de protección internacional regional constituido por una Comisión y una Corte Interamericana. Dicho tratado estableció, sin embargo, propiamente a los derechos tradicionalmente conocidos como civiles y políticos, es decir, los que ya he indicado que eran considerados como los derechos que involucran un “no hacer” por parte del Estado.

Dicha Convención no incorporó expresamente al derecho a la protección de la salud como un derecho autónomamente reconocido. La Convención incorporó sólo un artículo, el 26, que se denomina progresividad de los derechos económicos, sociales y cultura-

les, es decir, la dimensión programática de los mismos, a la que ya me referí en su entendimiento por parte del Comité. Sin embargo, la letra del tratado no habla de un derecho a la salud, y reitero, sólo el mencionado artículo 26 se refiere a la “*progresividad*” de los derechos sociales, sin indicar tampoco a la salud o referirse a la adopción de medida inmediatas, no progresivas para este derecho.

No fue sino en la década de los ochenta cuando los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos adoptaron el **Protocolo de San Salvador Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, que reconoce el derecho a la salud con notas muy similares al Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales al que ya me he referido. Sin embargo, otro aparente problema fue que, no obstante este reconocimiento en el protocolo, los Estados de América decidieron no otorgar ni a la Comisión ni a la Corte Interamericana competencia para pronunciarse respecto de violaciones a este derecho en el marco de peticiones y casos individuales.

Ante este marco jurídico que, en principio, se puede apreciar como limitado, **¿qué es lo que han hecho la Comisión y la Corte Interamericana para lograr la justiciabilidad de la salud?**

En esencia, la Comisión y la Corte Interamericana han logrado la protección de este derecho partiendo de la base de que los instrumentos de derechos humanos son instrumentos vivos cuya interpretación debe acompañar la evolución de los tiempos y las condiciones de vida actuales.

En palabras del ex Presidente de la Corte, el ilustre jurista mexicano don Sergio García Ramírez, es necesario en ocasiones “*desarrollar las decisiones jurídicas del ordenamiento para que mantenga su ‘capacidad de respuesta’ frente a situaciones que los autores del instrumento no tuvieron a la vista, pero que implican cuestiones esencialmente iguales a las consideradas en esa normativa, y que traen consigo problemas específicos y requieren soluciones puntuales*”.

Así, frente al panorama que atraviesa América en materia de derechos económicos, sociales y culturales, la Corte Interamericana, guiada por un principio de interdependencia de los derechos humanos, en su interpretación ha roto con esta tradicional diferencia entre los denominados derechos civiles y políticos (es decir, los que implican un “*no hacer del Estado*”) y los económicos, sociales y culturales (que implican un “*hacer*”).

Así, la Comisión y la Corte han incluido, dentro del contenido prescriptivo de derechos tradicionalmente conocidos como civiles y políticos, obligaciones de carácter positivo que formalmente se relacionarían con el contenido esencial de los llamados derechos económicos, sociales y culturales.

Sobre la base del principio de interdependencia de los derechos, el sistema interamericano ha desarrollado en su jurisprudencia que algunos derechos conocidos como económicos, sociales y culturales -tales como los derechos a la salud, vivienda o alimentación- se hallan directa e inmediatamente vinculados en alguna medida con otros derechos sí reconocidos en la Convención -como la vida o la integridad personal-, derechos que, reitero, originalmente eran concebidos como civiles y políticos y que sólo requerían obligaciones de abstención por parte del Estado.

Por ejemplo, en el caso de la comunidad indígena *Yakie Axa vs. Paraguay*, que había sido despojada de sus territorios ancestrales, la Corte, al pronunciarse sobre el artículo 4 de la Convención, es decir el derecho a la vida, indicó que “*las afectaciones especiales del derecho a la salud, e íntimamente vinculadas con él, las del derecho a la alimentación y el acceso al agua limpia impactan de manera aguda el derecho a una existencia digna y las condiciones básicas para el ejercicio de otros derechos humanos, como el derecho a la educación o el derecho a la identidad cultural*”. Asimismo, en otro caso, el del *Instituto de Reeducción del Menor vs. Paraguay*, la Corte analizó la manera como las condiciones de salud, educación y recreación afectaban el derecho a la vida.

Es así como la Comisión y la Corte, si bien no cuentan con la posibilidad de realizar el trámite de una petición individual por los derechos económicos, sociales y culturales que formalmente no se encuentran contenidos en la Convención, han conocido progresivamente en el ámbito del sistema de peticiones individuales de la protección a tales derechos, mediante una interpretación de los derechos contenidos en la Convención Americana a la luz del principio de interdependencia de los derechos humanos, al verificar las condiciones básicas de salud, alimentación, agua, vivienda, etcétera, que son indispensables para el goce de otros derechos humanos, como la vida e integridad.

Por otra parte, como adelantaba, también se encuentra disponible el artículo 26 de la Convención que protege la dimensión pro-

gramática de los derechos económicos, sociales y culturales, por supuesto incluyendo el derecho a la salud, garantizando que no existan pasos atrás en la implementación progresiva de este derecho por parte de los Estados.

Finalmente, paso a mi tercer punto, que es el consistente en señalar los avances jurisprudenciales en el sistema interamericano en relación con el derecho a la protección a la salud. Es decir, **¿hasta dónde ha llegado el sistema interamericano bajo los parámetros de interpretación que ya he explicado?**

Pues bien, dadas las limitaciones de espacio, cabe afirmar que, tras una evolución progresiva y, no obstante los desafíos interpretativos que ha requerido superar, el sistema interamericano ha logrado la plena justiciabilidad de violaciones por afectaciones a la salud de las personas, la cual se ha enriquecido, como apuntaba, tomando en cuenta la relación de interdependencia con otros derechos.

En este sentido, es jurisprudencia consolidada que el artículo 4 de la Convención, que consagra el derecho a la vida, garantiza no sólo el derecho de todo ser humano a no ser privado de la vida arbitrariamente (un “no hacer”) sino, además, el deber de los Estados de adoptar las medidas necesarias para crear un marco normativo adecuado (un “hacer”) que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida.

En ese marco, también es jurisprudencia consolidada que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención, es decir, al derecho a la integridad personal.

Bajo dicho parámetro, el sistema interamericano ha tenido la oportunidad de pronunciarse tanto por las afectaciones ocasionadas a la salud por el actuar directo del Estado, como por algún tercero que presta los servicios de salud.

En relación con la actuación directa del Estado, la Comisión y la Corte Interamericana han establecido que cuando se trata de una persona que se encuentra en custodia del Estado, por ejemplo, cuando está privada de la libertad, el mismo tiene el deber de proveer un tratamiento médico adecuado durante el tiempo en que las personas permanecen bajo su custodia. Al respecto, la Corte ha reconocido que existe un deber de proporcionar a los detenidos re-

visión médica regular y atención y tratamiento médicos adecuados cuando así se requiera.

Así, en el caso *Vera Vera vs. Ecuador*, la Corte estableció, que se había violado el derecho a la vida de la víctima, quien había sido herido de bala al momento de su detención y falleció diez días después estando bajo custodia de las autoridades, debido a la falta de una intervención quirúrgica oportuna.

De igual forma, en el caso *Juan Hernández Lima vs. Guatemala*, la Comisión estableció que la víctima, quien fue detenida por una falta administrativa y sentenciada a treinta días de arresto, falleció seis días después de su arresto a causa de un episodio de cólera. En este caso la Comisión advirtió que el Estado omitió suministrar suficientes remedios de rehidratación y trasladar al señor Hernández Lima a un centro hospitalario para brindarle el tratamiento requerido.

Por otra parte, recién el año pasado, la Comisión se pronunció sobre la obligación del Estado de prestar un tratamiento especializado de acuerdo con las circunstancias particulares que requiere una enfermedad crónica de una persona privada de la libertad, incluyendo también las medidas de atención en salud y rehabilitación que deben adoptarse respecto de una persona con discapacidad.

Así, en el informe del caso *María Inés Chinchilla vs. Guatemala*, que trata sobre la muerte de una persona diagnosticada con diabetes que sufrió la amputación de una de sus piernas y ceguera mientras se encontró privada de la libertad en un penal, la Comisión constató que no existieron certificaciones sobre un diagnóstico serio e integral de sus padecimientos. Además, la Comisión determinó que el Centro donde se encontraba no proporcionaba un tratamiento mínimo adecuado conforme a lo indicado para la enfermedad de diabetes según la Organización Mundial de la Salud. Así, el Estado no le proporcionó ni la insulina que requería ni una dieta adecuada.

Cerca del final de su vida, la señora Chinchilla sufrió ceguera de un ojo y la amputación de una de sus piernas. Sus visitas al hospital cada vez fueron más complicadas en vista de no contar con un transporte adecuado para trasladarla en su silla de ruedas. El día de su muerte, la señora Chinchilla, al desplazarse en su silla de ruedas, se cayó por una grada al intentar salir del pabellón donde se encontraba para ir a un área común. La Comisión sostuvo que

el Estado no le proveyó una atención médica de emergencia ese día, y también advirtió que no adoptó las medidas razonables para posibilitar que se desplazara en su silla de ruedas dentro del penal, en condiciones de igualdad con las otras reclusas.

En suma, la Comisión consideró que en vista de la falta de un tratamiento médico adecuado, el Estado violó su derecho a la vida e integridad personal pero, además, inobservó la prohibición de no imponer torturas y tratos crueles y degradantes a las personas privadas de la libertad.

Pero, como decía, además del tratamiento en salud a las personas que están bajo la custodia del Estado, la jurisprudencia del sistema interamericano se ha referido a las obligaciones que derivan para el Estado por la prestación de servicios médicos, aun cuando éstos sean ofrecidos por empresas privadas.

Así, por ejemplo, el caso *Suárez Peralta* trata sobre la señora *Melba Suárez Peralta*, ecuatoriana, quien realizó una consulta médica en el policlínico de la institución donde su esposo trabajaba. En dicha consulta, la persona a cargo le diagnosticó “*apendicitis crónica*” y le indicó la necesidad de realizar una intervención quirúrgica urgente. La operación fue realizada en una clínica privada y, debido a los distintos dolores y complicaciones que empezó a tener, la señora Suárez Peralta acudió a otro hospital donde fue intervenida quirúrgicamente y posteriormente tuvo que ser operada en diversas ocasiones producto de su condición de salud.

Al resolver este caso, la Corte Interamericana de Derechos Humanos estableció que la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno. En ese análisis, la Corte consideró que se desprendían tres obligaciones para el Estado: i) establecer estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas; ii) implementar mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, y iii) prever procedimientos de tutela administrativa y judicial para el damnificado.

La Corte consideró que en Ecuador existía normativa, durante los hechos del caso, referida a la regulación de entidades de salud, sin embargo, dichas obligaciones no se cumplieron ni en la consulta médica ocurrida en el policlínico ni en la intervención quirúrgica en la clínica posterior. Se identificó que la persona que prestó la atención médica a la señora Suárez Peralta no estaba acreditada para

el ejercicio de su profesión, por lo que el Estado permitió y propició que las afectaciones a su salud se materializaran posteriormente, así se tratara de una entidad privada.

Además, la Corte tomó en cuenta las malas condiciones de salud en la clínica al momento de realizar la operación a la señora Suárez Peralta y notó que el Estado no realizó fiscalización ni supervisión alguna de la clínica.

El caso más recientemente decidido por la Corte es el caso *Gonzalez Lluy vs. Ecuador*, relacionado con la responsabilidad internacional del Estado por la afectación a la vida digna e integridad personal de la entonces niña Talía Lluy, como consecuencia del contagio con VIH tras una transfusión de sangre que se le realizó el 22 de junio de 1998, cuando tenía tres años de edad. La sangre que se utilizó para la transfusión a la niña provino del Banco de Sangre de la Cruz Roja del Azuay, sin que el Estado hubiera cumplido adecuadamente el deber de garantía, específicamente su rol de supervisión y fiscalización frente a entidades privadas que prestan servicios de salud.

Cabe resaltar que, entre otros importantes aspectos, la Corte reconoció en la sentencia de este caso que *“el acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* y que las personas que viven con VIH requieren un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

De estos últimos dos fallos de la Corte Interamericana obtenemos una jurisprudencia muy enriquecedora, obligatoria también para el Estado mexicano, conforme a la cual el Estado mantiene la obligación de proveer servicios públicos y de proteger la salud: *“cuando la atención de salud es pública, es el Estado el que presta el servicio directamente a la población [...]; sin embargo, la iniciativa privada, de forma complementaria, y mediante la firma de convenios o contratos, también provee servicios de salud bajo los auspicios del [Estado]. En ambas situaciones, ya sea que el paciente esté internado en un hospital público o en un hospital privado que tenga un convenio o contrato [...], la persona se encuentra bajo cuidado del [...] Estado”*.

Es así que, desde la perspectiva de las obligaciones estatales, aunque el servicio médico sea ofrecido por entidades privadas, el Estado mantiene la titularidad de la obligación de proveer los ser-

vicios públicos en conformidad con los requisitos que impone el derecho internacional y de proteger así la salud para garantizar la vida e integridad de los usuarios de tales servicios. Precisamente, corresponde a los Estados, sociedad civil y todos los actores involucrados asegurarse de que toda política pública o iniciativa marche así, de la mano de los estándares establecidos ya por la comunidad internacional para proteger el derecho a la salud y preservar la dignidad de las personas.

Justicia cotidiana en los servicios de salud

Dr. José Antonio Caballero Juárez.

Profesor e Investigador del Centro de Investigación y Docencia Económicas.

La pregunta es: ¿De qué manera podemos de alguna forma establecer mecanismos para que las personas puedan acceder a la justicia cuando consideran que los servicios de salud no son adecuados?, pero déjenme partir de un par de datos, antes de entrar a fondo.

Estoy utilizando datos de un estudio de opinión que se hizo tanto en el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), como en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) hacia 2011 sobre el Seguro Popular.

Le preguntaron a los afiliados del Seguro Popular: ¿Tiene usted derecho a algún servicio de salud? evidentemente nos llama la atención que casi 10% a pesar de ser afiliados al Seguro Popular dicen “No, no tengo ningún derecho”, esto creo que nos da un punto de partida para empezar a pensar en ¿Qué posición tienen?

Ahora voy a problematizar esto, ¿Cuál es la función del Seguro Popular?, ¿Sabe o no usted qué derechos le da el Seguro Popular?, 65% de las personas dijeron que no, esto nos está diciendo me parece y encontramos en aquel momento que los datos de afiliación al Seguro Popular habían sido bastante altos, (una política yo diría muy exitosa en ese sentido); sin embargo, el problema era que las personas no tenían muy claro que implicaba ese aseguramiento.

Finalmente, cuando se les pregunta sobre la calidad de la atención en función de la percepción, evidentemente los afiliados tienen respuestas diversas, ¿Los materiales están siempre disponibles? 41% de las personas dijo que sí; ¿Los médicos están capacitados?, todo el mundo intuye que sí; 93% está intuyendo que sí. Quiero regresar a esto al final, simplemente marquemos este punto. ¿Las medicinas que hay son suficientes?, esto parece que no; ¿Hay suficiente personal? , parece que tampoco; ¿La atención es buena?, no están totalmente convencidos sobre la atención; ¿La atención es rápida? definitivamente no; ¿La información que se brinda es suficiente?

Prevalecen los que contestan no. Pero no quiero siquiera problematizar esto, seguramente hay muchos de ustedes que hacen trabajo en políticas de salud que pueden tener más respuestas y mejores métodos que los que yo puedo tener para analizar esta información.

El punto que quiero hacer notar es que no puedo reclamar lo que no conozco. Al margen de contar con un derecho, si no conozco que el mismo existe difícilmente podré reclamarlo. Así, la pregunta relevante es ¿Qué condiciones requiere una persona para poder reclamar un derecho?

Unos profesores a mitad de 1980 – 1981 establecieron una especie de teoría de conflicto que se llama “*Naming, Blaming and Claiming*” que quiere decir identificar, imputarle a alguien una culpa y posteriormente reclamar.¹ Estos serían los tres pasos requeridos para poder plantear una reclamación. Pero entonces, para que yo sepa que tengo una afectación, lo primero que debo saber es que cuento con un derecho, si no tengo la menor idea de que tengo un derecho, pues estoy muy lejos de la afectación y una vez que sé que tengo un derecho, debo identificar quién me la paga, es decir, quién violó mi derecho.

Otra vez, esto es bastante difuso, se requiere información para que ocurra este proceso y una vez que puedo imputarle a alguien eso, necesito tener el mecanismo para acceder a la vía de reclamación, léase, típicamente un abogado que nos permitirá traducir ese conflicto a un lenguaje jurídico para que los jueces lo puedan conocer.

Estos problemas cuando los descomponemos de esta manera lo que están haciendo es ilustrarnos, precisamente, qué implica el acceso a la justicia en cualquier materia, desde un problema que puedo tener con un casero y yo identificar como arrendatario que no se me está proporcionando cierto servicio al que tengo derecho, hasta el problema que puede tener un paciente típicamente si entiende o si considera que un derecho no se le está cumpliendo. Aquí es donde empiezan los conflictos. Evidentemente esta línea de acceso es una línea completamente horizontal que cruza todos los segmentos de la población. Esto es lo que trató de hacer el CIDE en la investigación sobre justicia cotidiana que se presentó a principios de año.²

¹ William L.F. Felstiner, Richard L. Abel y Austin Sarat. *Law & Society Review*, Vol. 15, No. 3/4, (1980 - 1981), pp. 631-654

² Ver <http://www.justiciacotidiana.mx> (visitada en noviembre de 2015)

Déjenme nada más empezar por problematizar algunos temas. Primer problema, la Ley, por muchas razones es un primer obstáculo para acceder a la justicia. La Ley puede plantear procesos complicados, mecanismos que dificultan construir un acceso. Por ejemplo, para reivindicar derechos colectivos, pensemos en una comunidad, la Ley típicamente nos va a poner muchos más *peros* que para reivindicar derechos individuales y esto cuando estamos hablando de políticas integrales en materia de salud, puede empezar a tener cierto significado. Recuerden ustedes las categorías que nos proporcionaba el Dr. Orozco en cuanto a cómo debemos identificar el derecho a la Salud como un Derecho precisamente en el ámbito de los Derechos Económicos y Sociales.³

Entonces la pregunta inicial, ¿La Ley tiene condiciones para ayudarnos a acceder o a poder reclamar correctamente y obtener una respuesta efectiva y eficaz para el problema que tenemos?

El punto es difícil de contestar directamente, pero yo diría que hay todavía varios obstáculos dentro de la propia ley.

Siguiente problema, los abogados, ¿Quién me recomienda un buen abogado?, es lo mismo que decimos muchos, el problema de la profesión jurídica es que está absolutamente desregulada, después del examen profesional uno siente que les da la felicitación y licencia para matar, por decirlo de alguna manera, no hay ningún control.

Hay una discusión profunda sobre colegiación, y no los quiero meter en este brete por ahora. Pero para ponerlo simplemente en términos de mercado, no tenemos información sobre los abogados. Yo quisiera ir con un abogado que suela ganar sus asuntos no quiero ir con un abogado que suele perder sus asuntos, ¿Cómo me entero de eso?

Si un abogado me toma el “pelo”, lo último que voy a querer es ir con otro para demandar al primero. Entonces, fíjense cómo estructuralmente hay un tema complejo, y ¿por qué los abogados?, porque finalmente al igual que los médicos los abogados hablamos un lenguaje técnico.

Mi caso preferido son las lesiones de los futbolistas, uno no entiende nada cuando escucha el parte médico de lo que le pasó al

³ El Comité sobre Derechos económicos, sociales y culturales de las Naciones Unidas en su Observación General No. 14, establece que los servicios de salud deben reunir las condiciones de disponibilidad; accesibilidad; aceptabilidad, y calidad.

futbolista, uno lo que quiere saber es cuándo regresará a jugar y es lo mismo cuando los abogados le decimos al cliente pues “*mire en realidad tenemos que hacer un amparo, y después interponer la revisión pero si hay necesidad interpondremos un recurso interlocutorio con la...*”. El cliente le contesta, a mi no me maree con eso, a mi dígame ¿Cuánto va a costar?, ¿Cuánto tiempo va a tardar? y ¿Vamos a ganar?

Pero este lenguaje no lo podemos despreciar en buena medida, es como si yo les dijera a los médicos “*dejen de utilizar el lenguaje técnico porque nadie les entiende*”, el lenguaje técnico tiene su razón de ser, y éste es el que empleamos los abogados para comunicarnos con los jueces y así traducir los problemas específicos de las personas a un lenguaje jurídico.

Entonces, los abogados, si quieren ustedes en ese sentido son un vehículo que les permite canalizar sus problemas por la vía del derecho. La pregunta siguiente sería: ¿Podríamos reivindicar derechos sin necesidad de contar con los abogados?

Probablemente sí, en algunos casos, y aquí habría que explorar el potencial para realizar este tipo de acciones. Pero la regla general, por lo menos, lleva a una serie de complicaciones, que ya no voy a seguir tratando para avanzar.

Y los tribunales, ya lo decía muy bien, me parece el Ministro Cosío, algunos jueces tienen una ideología, que les impide a veces entrar a conocer los asuntos. Aquí, déjenme poner la referencia, si quieren ustedes folklórica, aquí se da lo que llamo, a veces, el empate judicial, termina el juicio y uno pregunta quien ganó, “*pues no ganó ni el que demandó, ni perdió el demandado*” ok, pues empataron, entonces... ganó el juez!

Déjenme ponerlo de esta manera, termina el juicio y el problema que le dio origen, no ha sido todavía resuelto. A veces los jueces consideran que la resolución del problema es una cosa que no les concierne. Bajo esta perspectiva, ellos están concentrados en aplicar las reglas. Lo demás no les interesa. Pero, si no les concierne la resolución del problema que dio lugar al litigio, pues la pregunta es ¿entonces qué les concierne?

Y esto es parte de alguna manera de una ideología que liga a los jueces por muchas otras razones en cuanto a su construcción, pero que termina por dificultar el acceso a la justicia.

Bueno, basta de acceso a la justicia. Vamos a regresar a temas de salud.

Primero voy a hablar rápidamente del derecho a la salud, en realidad mucho más rápido, porque el Dr. Orozco ya lo tocó, así que no repetiré, muchas cosas, simplemente haré un par de planteamientos para posicionar el tema. Después me voy a ir a lo inductivo, ¿Qué quiere decir lo inductivo? Que voy a tratar de jalar datos de la encuesta que hicimos en función de las opiniones de los afiliados y después problematizárselos desde el punto de vista del acceso a la justicia. Y con eso espero concluir.

La definición del comité DESC, en su observación general número 14 señala al derecho a la Salud como “*un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud*”. Para hacerlo efectivo se requieren como condiciones adicionales que califican la forma en la que los servicios deben prestarse: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Esta definición debe leerse en conjunto con lo que establece el artículo 4º de la Constitución. De esta manera, la lectura en conjunto nos proporciona los alcances del derecho a la salud en México.

La siguiente pregunta es, desde el punto de vista de política pública ¿qué mecanismo utiliza el Estado mexicano para garantizarlo? El mecanismo sobre el que se parte es la Ley General de Salud. Aquí se plantea la existencia del Sistema Nacional de Salud, donde incluye a todas las instituciones públicas, pero también las sociales y las privadas. Entonces pareciera que todo aquel profesionista de la salud, sea persona moral o física, toda persona que se dedique de alguna manera a temas de salud, está involucrada dentro del sistema, y creo que la sentencia que nos comentaba el Dr. Orozco, este caso de Ecuador, donde la autoridad encontró que las violaciones que se produjeron en una institución privada son responsabilidad del Estado, en tanto que éste último debe cumplir con el deber de supervisión de los servicios de salud.⁴ Este ejemplo nos puede ilustrar perfectamente bien, cómo es una manera correcta de aproximarse al problema en cuanto a un Sistema Nacional de Salud, y las obligaciones regulatorias que esto tiene.

⁴ Albán Cornejo et al vs Ecuador. Corte Interamericana de Derechos Humanos, 5 de agosto de 2008.

Para tratar de determinar qué implica esta accesibilidad, voy a emplear nuevamente la encuesta que levantó el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM para un trabajo elaborado por el CIDE sobre el Seguro Popular. ¿Cuándo se enferma, donde se atiende? Fíjense, Centro de Salud 49%, pero hay una torrecita por ahí de 28%, ¿de quién creen que es?

Es el consultorio del Dr. Simi y demás servicios médicos ofrecidos en farmacias. Algo interesante aquí es que estamos hablando de afiliados al Seguro Popular la pregunta interesante es ¿Por qué un afiliado, no va a la clínica y va con el Dr. Simi?, la pregunta tiene que ver mucho con accesibilidad, probablemente con distribución de servicios, con aceptabilidad, en cuanto a las condiciones y disposición de servicios. El consultorio del Dr. Simi esta vacío y en la clínica me voy a tener que formar, probablemente tengo más incentivos para cruzar la calle, la distribución de este tipo de consultorios y de estas farmacias, puede implicar algún tema relacionado con esto.

Quiero construir una explicación, – ya dije esto no me toca – pero implícitamente si yo estuviera tratando de plantear un mecanismo jurisdiccional para tratar de facilitar acceso a la justicia, desde luego, este es un dato que yo tomaría en cuenta, en cuento al reproche que podría hacer derivado de la calidad o de la distribución de los servicios. Entonces, fíjense cómo ésto ya comienza a tomar forma, el derecho se vuelve menos abstracto y ahora vemos espacios en donde nos aparece con más claridad. ¿Cómo puedo empezar a problematizar la distribución de los servicios o puedo pedir una distribución distinta de los servicios? ¿qué implicaciones tiene esto?, ¿a quién estoy descubriendo con la cobija?, es decir, una decisión sobre cobertura ¿a quién cubre y a quién descubre? La respuesta a estas preguntas pueden generar también dificultades para los jueces. ¿En qué medida se considera que el proceso jurisdiccional es el mecanismo idóneo para responder a estos dilemas? ¿Cuáles son las problemáticas y cómo se pueden analizar desde el punto de vista del acceso a la justicia? Es difícil tener respuestas globales a estas interrogantes. En realidad, son los casos y sus circunstancias propias los que nos dan más herramientas para encontrar respuestas.

Acceso efectivo, en su experiencia ¿Qué tan fácil o difícil ha sido recibir la atención del Seguro Popular? 44% dicen que difícil, ni fácil, ni difícil 28%, fácil 20%, etc., etc. Aparentemente, – una vez que me subo al camión de alguna manera –, una vez que me afilio, el

acceso ya puede ser razonablemente sencillo, sí, descontadas las condiciones específicas para el acceso, pero el acceso en ese momento puede ser razonablemente sencillo, la pregunta aquí, sería ¿Qué produce ese acceso? o ¿Cómo se produce ese acceso?.

¿Razones por las que las personas con problemas de salud no se atendieron?, ésto, ya vimos que son los menos, ¿pero qué razones tiene los menos para no atenderse?, la gente dice, no lo consideré necesario, no tenía dinero, no tuve tiempo, no hay donde atenderse, fui, pero no me atendieron y otros, estos casos, sí son casos que nos pueden empezar a problematizar también, cómo la oferta de los servicios no necesariamente se adapta a la demanda de los servicios, y esta puede ser una pregunta importante ¿en qué condiciones?

De lo que yo conozco es de distribución de servicios judiciales, así es que les voy a poner un ejemplo simplemente para ver si podemos hacer un paralelismo. En algún Estado de la República, a alguien se le ocurre garantizar el acceso a la justicia y entonces para eso dijo “*voy a poner un juez en cada población, en cada municipio*”, estupenda idea, todo mundo podría aplaudir. El problema es que no estaban los pobladores acostumbrados a tener jueces en cada municipio, y el tipo de procesos que se establecieron, eran procesos demasiado complicados, ¿Qué pasaba?

Si yo quería litigar, ya no me tenía que ir a la capital del estado, ya lo podía litigar en mi pueblo, el problema es que no había abogados, ahora tengo que ir por un abogado a la capital del Estado, es decir, el viaje a la capital no me lo quitaron, entonces la estrategia de distribución de servicios tiene mucho que ver también con ajustarse a las condiciones de la demanda, si es posible platicar en estos términos de demanda y condiciones de servicios, pero bueno, este es el tipo de problemas que nos podemos encontrar aquí, el costo ¿cuánto cuesta? Aquí me parece que es, en términos generales, una muy buena noticia, desde el punto de vista de la política pública que estaba tras el Seguro Popular, la idea de estos gastos catastróficos, aparentemente, al menos dentro de los afiliados, es la reducción en el costo por el acceso a los servicios médicos.

Entonces esto nos está dando una señal, que la política pública pudiera estar avanzando es esos términos, son cuestiones que habría que plantear en un momento cuando todos estamos hablando de accesibilidad.

Siguiente, vamos a hacer un pequeño diagnóstico ahora sí sobre ésto y ¿qué podemos hacer?, primero, –dos puntos, también digamos desde el mundo empírico–, si ahora yo acudo a un hospital, desde que me dan el formato de entrada, estoy hablando de un hospital privado, supongo que ésto tendrá que ocurrir también en los hospitales públicos, me hacen llenar una hoja donde yo reconozco que leí y entendí el protocolo contra caídas de cama. Esto fue un juicio, un juicio que llegó a la Suprema Corte de Justicia, donde aparentemente, a una paciente en terapia intensiva, a alguien se le olvidó poner los barandales de la cama, y la paciente giró y cayó. Eventualmente la paciente murió, no sé si hubo, relación con eso o no; el asunto terminó en una demanda, la demanda fue declarada procedente, terminó siendo resuelta por la Suprema Corte de Justicia, y a partir de ésto se construyó, este final feliz. Se indemnizó a los deudos. El efecto de la resolución no sólo fue beneficiar a quienes demandaron sino a todos los pacientes que serán internados. Es la historia bonita o el cuento feliz, digamos, de la intervención judicial y del acceso a la justicia.

El problema es que no en todos los casos están condiciones de ésto, por ejemplo, cuando se le preguntaba a los afiliados sobre la calidad de los servicios ¿y qué condiciones tengo yo como paciente, o qué condiciones tengo yo como paciente para poder determinar la calidad en el diagnóstico que me realizó el médico?

Es una pregunta no menor, pero en muy buena medida, detrás de ella también hay una especie de evaluación, si le preguntamos a los afiliados, más de 90% de los médicos que atienden son de extraordinaria calidad, en el Seguro Popular, ¿Qué tan cierto es esto?, ¿Qué tan buen indicador es esto?, ¿Qué tanta información tienen los propios pacientes?

Incorporamos, por ejemplo, el derecho a la segunda opinión, la posibilidad de seguimiento de que la intervención tuvo resultados. Ayer escuchaba un anuncio en la radio, sobre la visita médica en el Distrito Federal, y una voz de un niño, decía “*y vino el médico y mi abuelita se compuso*” ¿y cómo podemos medir el efecto de la intervención sobre la salud del paciente?

La pregunta dura es ¿Cuando me atendieron mal, desde el punto de vista clínico, que lo podríamos llamar así, de qué manera me puedo enterar?, ¿Cómo puedo acceder a este tipo de cosas?, ¿Hasta dónde debo?, tampoco debo de estudiar medicina para poder

determinar ¿Si recibí un buen trato o no un buen trato?, de lo que sí nos está hablando este 90%, es que los médicos eran amables, creo que eso sí lo podríamos inferir, y entonces partir de esto, pero bueno, la pregunta dura tiene que ver precisamente con lo que llamamos “*el proceso de empoderamiento*”.

¿Cómo empoderamos a las personas?, ¿Cómo empoderamos a las comunidades para que generen una dinámica positiva, de supervisión y de planteamiento de demandas en materia de salud?, y en ese sentido, lo ideal es no llegar a los tribunales, que de alguna manera, me parece que lo mencionó el Ministro Cossío, no son el mejor mecanismo para formular políticas públicas, si ya llegamos a los tribunales, es que el problema, no es un buen problema, no, no fue, ya entró en una crisis a la que nunca debió llegar, entonces probablemente, cuando hablamos de acceso a la justicia y servicios médicos, los problemas tienen que atenderse mucho antes, —alguien me dirá—: “*bueno pues para eso están los teléfonos de quejas*”, bueno pero los teléfonos de queja tienen telarañas, sí, ¿Cómo podemos construir una política que pueda dar cierta sensación de que la queja es atendida razonablemente? ...

...Y eso es parte del problema, me parece cuando se empieza a establecer ésto, el primer tema tiene que ver con el flujo de información, los afiliados al Seguro Popular, de esto yo no tengo la menor duda, se les da todo el paquetito completo, pero cuando le preguntamos a los afiliados, ¿le dieron el paquete completo?, muchos dicen que no, yo no me termino de creer que son omisiones, simplemente es un problema, en el sentido de que los documentos no le están diciendo nada a las personas, y esto puede ser mucho más problemático, es otra vez, cuando llego al hospital y me hacen firmar que leí la declaración de los derechos de los pacientes, de los cuales, la verdad, es que no voy a tener la menor idea de la mitad, entonces, probablemente, ese lenguaje, otra vez es el lenguaje del derecho, si quieren ustedes esta vez aplicado por médicos, pero es el lenguaje del derecho, que no está siendo traducido o no está produciendo el resultado que hubiéramos querido.

La información entonces es un gran punto, pero el segundo punto donde me parece que está el reto más importante, es el mecanismo para generar reclamaciones, creo que aquí tenemos implícitamente una insatisfacción en la manera en la que podemos generar reclamaciones... ¿Por qué?

...Porque normalmente los problemas ocurren en crisis, la persona que va paseando de hospital en hospital por que no la reciben, claro es una persona que no va a tomar muchos datos, va a narrar una historia, pero no va a tomar muchos datos.

¿Cómo podemos enfrentar este tipo de mecanismos? Ahí es donde me parece que podemos empezar a caminar, los esquemas individuales y colectivos, hay que distinguir con toda claridad, la perspectiva de atención individual y desde luego la perspectiva de atención colectiva, en lenguaje, digamos de salud pública, entiendo que ésto está bastante claro, pero en lenguaje de reivindicación de derechos, me parece que la traducción todavía no ha llegado.

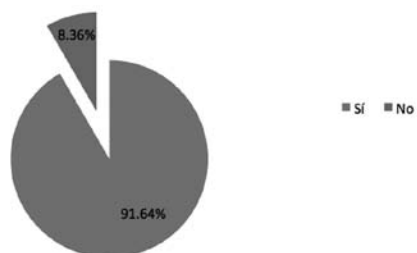
Finalmente, los operadores del acceso al sistema de justicia en materia de salud, ¿Cómo podemos especializar mecanismos que nos ayuden a poder trasladar esto?, desde luego la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Conamed, es una iniciativa bastante clara en esta materia, pero probablemente esto es como una aguja en un pajar, en realidad el problema es muy generalizado, que necesita, sobre todo incentivar a las personas que, activamente están recibiendo los servicios y aquí me voy a detener, gracias.

Justicia cotidiana en los servicios de atención médica.

José Antonio Caballero
División de Estudios Jurídicos
CIDE

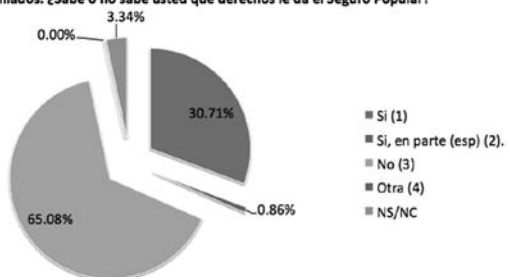
El conocimiento de los derechos de los afiliados

Afiliados. ¿Tiene derecho a algún servicio de salud?



Función del seguro popular

Afiliados. ¿Sabe o no sabe usted qué derechos le da el Seguro Popular?



Calidad de la atención Percepción afiliados.

Y ¿por lo que usted ha visto? Usted diría que sí o no.	Sí	No	Regular	NS	NC
¿Los materiales están siempre disponibles?	41.3	13.9	0.3	44.4	0.0
¿Los médicos están capacitados?	93.6	0.1	4.9	1.4	0.0
¿Las medicinas que hay son suficientes?	31.6	62.2	4.8	1.4	0.0
¿Hay suficiente personal?	34.0	57.1	2.6	4.7	1.5
¿La atención es buena?	33.2	51.7	10.3	4.7	0.0
¿La atención es rápida?	12.9	61.9	20.4	4.7	0.0
¿La información que se brinda es suficiente?	18.6	49.8	26.9	4.7	0.0

No puedo reclamar lo que no conozco

- La estructura del Naming, Blaming and Claiming (Felstiner, Abel y Sarat)
- Los obstáculos tradicionales al acceso a la justicia.
 - La ley.
 - Los abogados.
 - Los tribunales.

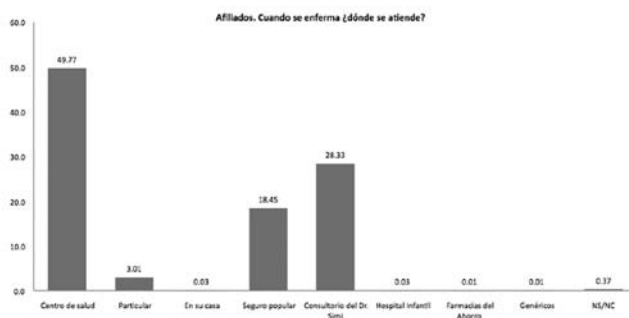
Para los siguientes minutos...

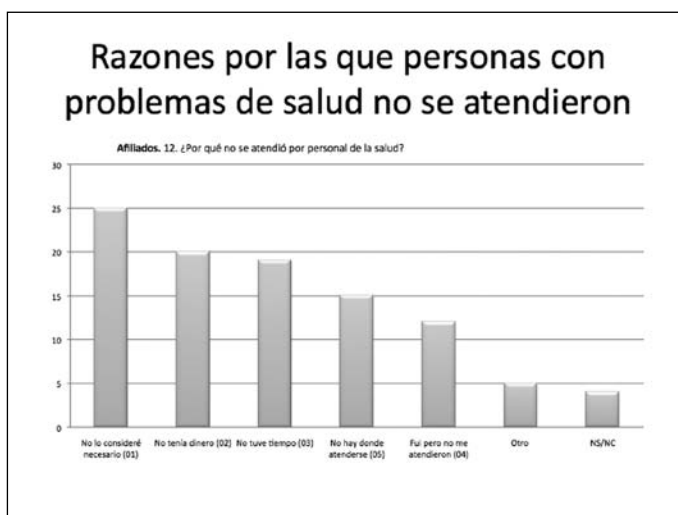
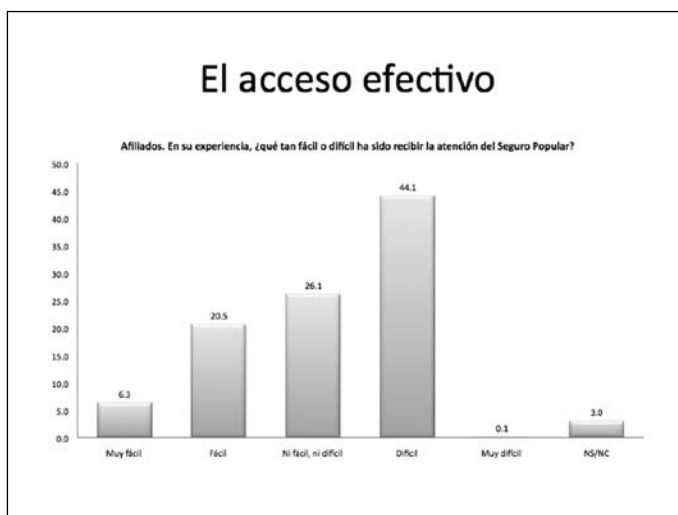
- ¿De qué hablamos cuando hablamos de derecho a la salud?
- El método inductivo como estrategia de política pública.
- Los servicios de salud y la población beneficiaria del seguro popular.

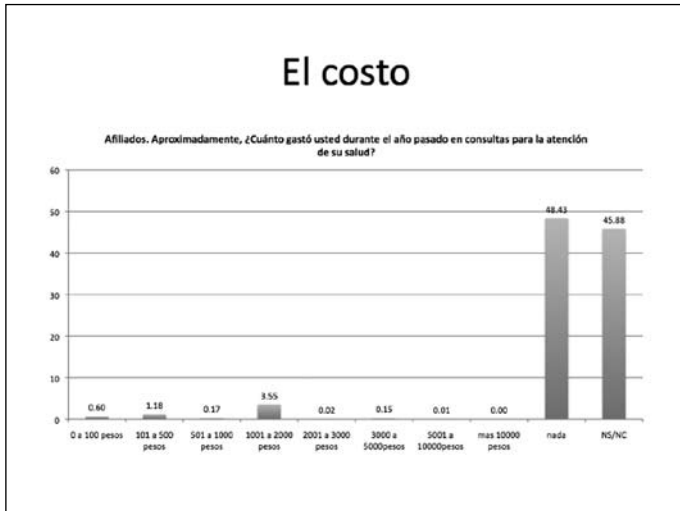
De la definición a la acción

- El derecho a la Salud como “un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” (Comité DESC Observación General No. 14)
- Condiciones adicionales
 - disponibilidad; accesibilidad; aceptabilidad, y calidad.
- El sistema de salud.
 - El mecanismo coordinador de tutela

La accesibilidad de los servicios







El diagnóstico de acceso a la justicia en el sector salud.

- El proceso de empoderamiento.
 - El flujo de información.
 - El contraste de la información.
 - La capacidad para identificar si hay suficiente información.
- Los mecanismos para generar reclamaciones.
 - Identificar los medios que se desea privilegiar.
 - Los esquemas individuales y colectivos.
- Los operadores del sistema de acceso a la justicia en materia de salud.

Las alternativas

- Orientación y quejas por vía telefónica.
- Orientación y quejas por vía correo electrónico.
- La procuración.
- El seguimiento.

MESA DE DISCUSIÓN

“LA EQUIDAD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD”

*Dr. Manuel Urbina Fuentes
Dr. Diego González Machín
Dr. Adolfo Martínez Valle*

Equidad y determinantes sociales de la salud, contexto, desafíos y oportunidades

Dr. Manuel Urbina Fuentes.

Coordinador del Comité Permanente para el Estudio de los Determinantes Sociales de la Salud en México, Academia Nacional de Medicina.

Agradezco al Dr. José Meljem Moctezuma su gentil invitación para participar en este panel y la oportunidad de compartir con todos ustedes los aspectos fundamentales que están condicionando el Derecho a la Protección de la Salud, la Seguridad Humana y el Desarrollo Social en el mundo y en particular en nuestro país.

Con este marco de referencia del Simposio de Conamed 2015, he dividido mi presentación en tres partes: 1) antecedentes y contexto mundial; 2) los desafíos que se enfrentan y 3) las oportunidades de intervención y las lecciones aprendidas, ya que ilustran el por qué afectan y condicionan la planeación, programación, presupuesto, ejercicio y control, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de los programas y acciones que se llevan a cabo para garantizar la Equidad y el Derecho a la Protección de la Salud.

Hay mucha literatura para explicar y destacar que en este mundo cambiante, que lo vemos todos los días, la salud y los derechos humanos son una dicotomía, y en particular el derecho a la salud, está ahora condicionado y muchas veces se encuentra limitado por estos cambios, por los factores determinantes básicos para la

atención de salud, como el agua, saneamiento, alimentos, vivienda, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, la educación, la información clara y oportuna, cuando se quiere garantizar su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y la calidad de los servicios que se debe o quiere proporcionar.

La producción de la pobreza es otro elemento que condiciona y afecta el poder garantizar los Derechos Humanos y la Salud.

A nivel internacional tenemos un compromiso para cumplir con esos. La Organización Mundial de la Salud destaca varios aspectos de los tratados internacionales de derechos humanos que reconocen el derecho a la salud, en donde, México se ha comprometido a cumplir, desde 1965, como el de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; el Pacto Internacional de Derechos Económico, Sociales y Culturales; los de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos del Niño; La Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus familiares; la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad por mencionar los de mayor relevancia. Con estos compromisos se dan los elementos legales nacionales como lo es la Ley General de Salud y su propio Reglamento, o todas las normas que existen para garantizar este derecho a la protección de la salud.

Sin embargo, se pierde de vista y no se considera una de las variables fundamentales, que es el denominador de cualquier análisis que hacemos en el ámbito de la salud poblacional, me refiero al crecimiento acelerado que ha tenido la población en el mundo y esto es lo que realmente ha afectado al logro del derecho a la protección de la salud y la equidad en salud, concepto e indicador fundamental de justicia social.

Valorar estos aspectos no solamente implica ver cuáles son las injusticias sociales, sino también cuáles son las desigualdades en salud que tienen los habitantes de un país, comparado con otro país o dentro del mismo, y estas condiciones o desigualdades que son indignas pero remediabiles y evitables y es ahí donde está el papel que tenemos todos nosotros en este contexto de la salud.

Valorar los logros o las injusticias sociales que disfruta o padece la población del mundo, de un país, de estados, municipios y sus localidades, implica observar no sólo sus condiciones de salud, sino también la situación de las desigualdades en salud, es decir, las diferencias que se consideran como indignas, remediabiles y evitables.

La equidad en salud se logra a través de políticas públicas coordinadas, con planes y programas de tipo económico, social y cultural. Sin embargo, estas políticas públicas que generalmente tienen una mixtura de *“realismo e idealismo”* son limitadas porque las desigualdades que caracterizan ahora a los países del mundo, se profundizan por tres mega-tendencias: 1) la transición demográfica y epidemiológica; 2) la migración y 3) el crecimiento urbano acelerado.

En el documento *“La Salud Pública y la Equidad en Salud en Europa”* base de la *‘Declaración de Barcelona’* sobre DSS se identificaron para la formulación y diseño de políticas: 1) Las *“causas cercanas”* a los problemas de salud; 2) Las *“causas de las causas”*: a los DSS y la desigualdad y 3) Las *“causas de las causas de las causas”* a las Políticas Públicas.

Si tenemos malas políticas públicas, nuestros programas no van a tener sustento, primero financiero, segundo de indicadores, tercero de evaluación y por supuesto de impacto en calidad.

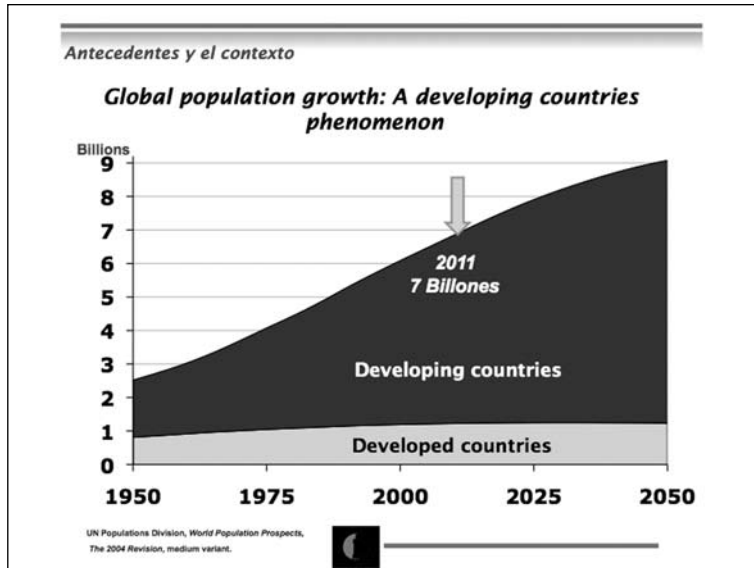
Ante este reto se forma la Comisión Global de Gobernación en Salud que convoca la Universidad de Oslo y la revista Lancet para ver cuáles son los orígenes de estas inequidades desde el punto de vista de las políticas públicas, y reúne a un grupo de expertos, aquí hay un distinguido mexicano como es Julio Frenk, y dan elementos por la experiencia que han tenido para insistir, como lo ha hecho la Academia Nacional de Medicina, en la importancia de los Determinantes Sociales de la Salud en las políticas públicas y cómo a nivel internacional como lo hicimos en estos dos eventos donde ya hablábamos en el del 2013 sobre el desarrollo sostenible la equidad y lo que son los objetivos post 2015, ahora nombrados por la ONU como Objetivos del Desarrollo Sostenible que harán oficialmente el próximo 27 de septiembre.

El tema que destacaremos en este panel y para que todos tengamos el mismo concepto que aprobó la OMS sobre que lo son los Determinantes Sociales: las condiciones que no escogimos al

nacer, dónde nacemos, crecemos, vivimos, nos educamos, trabajamos, divertimos, envejecemos y morimos. Y esto va depender de la edad, el sexo, de la carga genética de cada uno de nosotros, los factores que condicionan nuestros estilos de vida, de las redes sociales a las que pertenecemos, así como de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que tienen que ver con el acceso a la educación, agricultura, agua, saneamiento, vivienda.

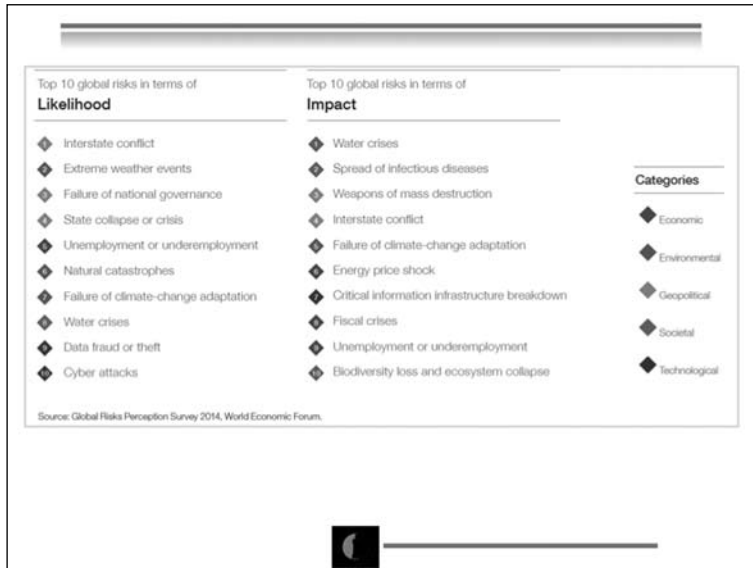


En este esquema y al insistir en por qué la población es el denominador que está cambiando y seguirá modificado todo lo que hagamos, podemos apreciar que los países desarrollados no han crecido en su volumen y así se espera que suceda hasta 2050. Sin embargo, los países como el nuestro, en vías de desarrollo, ya en 2011 acumulamos junto con los desarrollados 7 mil millones de personas en el planeta.



Ante esta realidad poblacional hay tres grandes incertidumbres: la administración o manejo del agua, la energía y los alimentos y no son de ningún país en particular, son mundiales.

En la pasada reunión del Foro Económico Mundial en Davos, Suiza, se presentó la publicación de la décima edición de los “*Riesgos Globales 2015*”, en el que se identificaron las categorías de tipo económico, ambiental, geopolítico, social y tecnológico, que es probable que afecten a todo el mundo y que tienen un verdadero impacto. Se destaca en primer lugar el agua, que estaba hace tres años en tercer lugar y ahora en 2015 pasa al primero. El impacto ambiental de la sobrepoblación se da en estos 4 grandes ámbitos y que tenemos un efecto importante en la salud, entonces estos impactos son irreversibles y ahora están dando el famoso calentamiento global de 1.5 grados centígrados y que va aumentar el nivel del mar, la sequía severas y casi 90% de los arrecifes de coral se encuentran en riesgo de extinción.

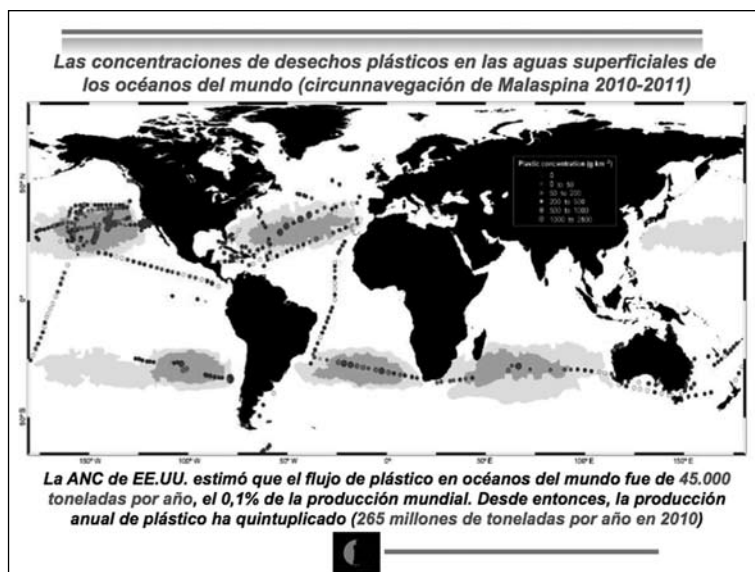


El verdadero reto que tenemos con estos fenómenos meteorológicos extremos que afectan la vida en todo el mundo y que dañan cultivos y costas, un ejemplo: hay 849 millones de hectáreas de terrenos naturales (casi el tamaño del Brasil) que tienen riesgo de degradación de aquí a 2050 si continúan las tendencias actuales de uso insostenible de la tierra.

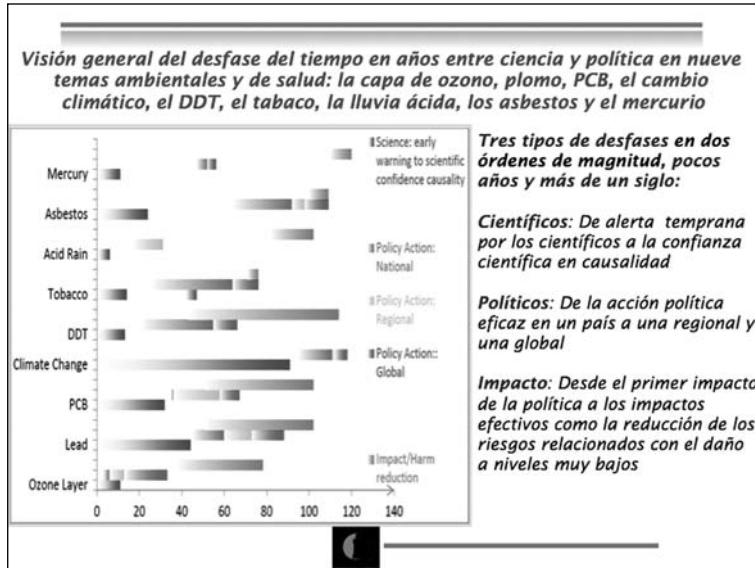
Alimentar a un número creciente de personas provoca que cada vez más terrenos se conviertan en tierras de cultivo a expensas de las sabanas, las praderas y los bosques. El resultado ha sido la degradación ambiental generalizada y la pérdida de diversidad biológica, que afecta a 23% del suelo mundial. Llevar agua requiere de construcciones complicadas, costosas y de alta tecnología externa que aunque la tenemos en algunos países no todos cuentan con acceso a ella.

Los efectos de la contaminación ahora se están midiendo de manera muy interesante, como lo que hace el grupo español de circunnavegación de Malaspina que de 2010 a 2011 hizo un análisis de la concentración de desechos plásticos en aguas superficiales en los océanos de todo el mundo y es impresionante como de los 45 mil toneladas que había al inicio de la producción de los

plásticos en 1950, ahora se estima que de los 265 millones de toneladas por año que se producen en desechos de plástico el 1% está ya regado por todos los mares.



Otro grupo está estudiando los tipos del desfase del tiempo en años, entre ciencia y política, en nueve temas ambientales y de salud: como lo es el ozono, plomo, el bifenilo ploriclorado (PCB), el cambio climático, el DDT, el tabaco, la lluvia ácida, los asbestos y el mercurio. Identifican tres tipos de desfases en dos órdenes de magnitud, pocos años y más de un siglo: 1) Científicos, de alerta temprana por los científicos a la confianza científica en causalidad; 2) Políticos, de la acción política eficaz en un país, a una regional y una global y 3) Impacto, desde el primer impacto de la política a los impactos efectivos como la reducción de los riesgos relacionados con el daño a niveles muy bajos. Los citados pueden llevar pocos años cuando se pasa del dato científico, de la acción política, regional, global y del impacto real, que puede ser de algunos años hasta de más de 100 años.



El impacto que se tiene ya en la salud y que aunado al crecimiento urbano que se está teniendo en el mundo será para 2050 fundamentalmente en África, primer lugar con 2 millones 300 mil de seres humanos, le seguirá China y luego la India. Ya estamos ahora viendo las necesidades básicas de vivienda en países ricos como Japón o en China, en donde en una isla que no tenía nada se crea ahora una ciudad como la de Pudong enfrente de Shanghái, todo un contexto urbano impresionante tipo Santa Fe éste es más impresionante pero es parecido.

El crecimiento urbano requiere de una planeación rigurosa ante la demanda que tenemos en nuestros países, en vías de desarrollo, ya que la ciudad de México sigue siendo una de las 10 más grandes desde 1975 y lo será hasta 2025, cuando ocupaba el tercer lugar, por fortuna pasará al sexto; pero ya somos 20 millones en la ZMC-DM. Sin embargo, Tokio no ha cambiado, es interesante como una ciudad con un espacio tan reducido puede mantener, gracias a una buena planeación, un buen equilibrio.

Urbanización Global-10 Grandes Ciudades (1975-2025)	
<i>(2007-49%</i>	<i>2025-57%</i>
<i>2050-70%)</i>	
1975	2025
<ul style="list-style-type: none"> • Tokyo • New York • Ciudad de Mexico • Osaka • Sao Paulo • Los Angeles • Buenos Aires • Paris • Calcutta • Moscow 	<ul style="list-style-type: none"> • Tokyo • Mumbai • Delhi • Dhaka • Sao Paulo • Ciudad de Mexico • New York (Newark) • Calcutta • Shanghai • Karachi

Intervenciones muy concretas que garantizan estos riesgos de los que hace referencia el objetivo del Simposio pero que tienen que ver con los desafíos claves para las ciudades, agua, por mencionar algunos, la contaminación del aire, el trabajo, las emergencias, entre otros

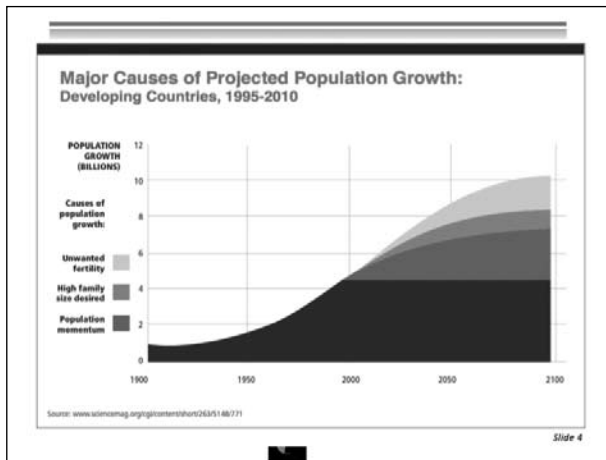
Ahora está de moda sacar fotografías, y ésta es reciente de Londres, en donde adicionalmente a la contaminación de los vehículos ahora aparece un esquema de la corrupción de los secretos de la industria automotriz que engaña. Adicional a los efectos propios de la sobrepoblación en el área metropolitana de la ciudad de México hay 5.5 millones de vehículos.



Otro ejemplo, es la contaminación tanto interior como exterior, que está cobrando alrededor de 1,9 millones de muertes por la contaminación interior. La OMS establece a la contaminación del aire como cancerígena y la vincula con el cáncer de pulmón y de vejiga.

El 80% de los 3,7 millones de muertes por contaminación exterior produjo accidentes y enfermedades cardíacas, pulmonares y cánceres. Las cifras de los vínculos en contaminación del aire y enfermedades son claras, están estudiadas y demostradas.

¿Por qué crecimos, por qué somos tantos? Pues básicamente por dos factores: 1) el deseo de un tamaño mayor de familia y 2) por lo que se conoce como “*demanda insatisfecha*” es decir, aquellos que no desean tener un embarazo o un hijo, sin embargo no tienen acceso a métodos anticonceptivos y están condicionados por la edad temprana al matrimonio, que es en todo el mundo, pero en los países como el nuestro y los de África, ya que el porcentaje es bastante alto estamos entre 25 y 49% de edades tempranas a los 18 años.



¿Y a qué ha llevado todo esto?

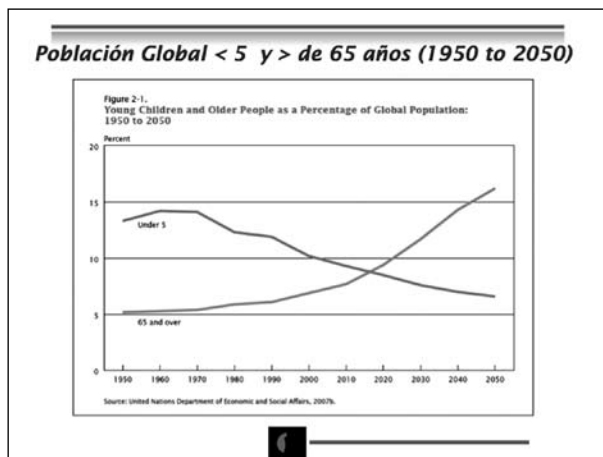
A 20 mil nacimientos en madres adolescentes cada día en el mundo; a niñas de 18 años que ya son madres de dos de los siete millones de nacimientos que hay en el mundo; a 70 mil defunciones anuales por complicaciones en el embarazo y el parto; a 3.2

millones de abortos inseguros, a la permanencia en la pobreza y la exclusión social; a derechos humanos básicos negados y el riesgo de insatisfacción, enojo y frustración de los jóvenes.

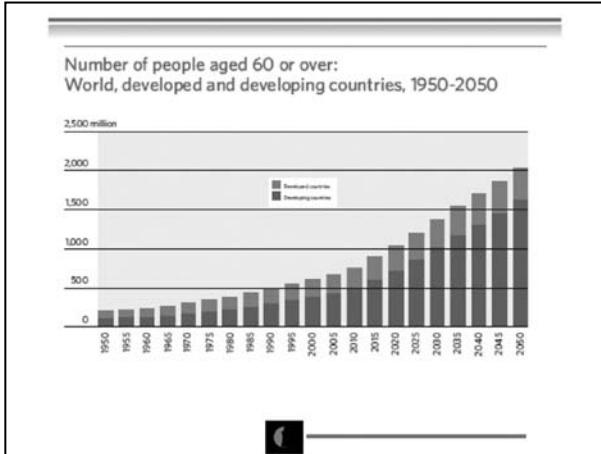
También tenemos el otro problema mundial, los 225 millones de mujeres que quieren evitar un embarazo y no tienen acceso, y esto se da en las mujeres en 69 de los países más pobres y en 35, pese a los métodos anticonceptivos, todavía su fecundidad es de más de cinco hijos. Esto tiene un impacto en la mortalidad y de hecho es uno de los objetivos de desarrollo del milenio, la razón de mortalidad materna, que muchos países y entre ellos México no alcanzaron la meta para este año 2015 de 22 por mil nacimientos.

Sin embargo, no obstante que ha descendido la mortalidad materna, aún hay 800 mujeres que mueren cada día; lo que es paradójico porque se sabe cómo se puede evitar esta mortalidad y es con la planificación familiar “*si no hay embarazo no hay mortalidad*”. Por ello, la esposa de Bill Gates convocó a los líderes mundiales para promover en 2012 una reunión cumbre sobre planificación familiar con el apoyo de la Agencia Inglesa, en donde se estableció el compromiso para garantizar en el año 2020 que 120 millones mujeres pobres van a tener acceso a métodos anticonceptivos. Realmente, sí es un movimiento muy importante.

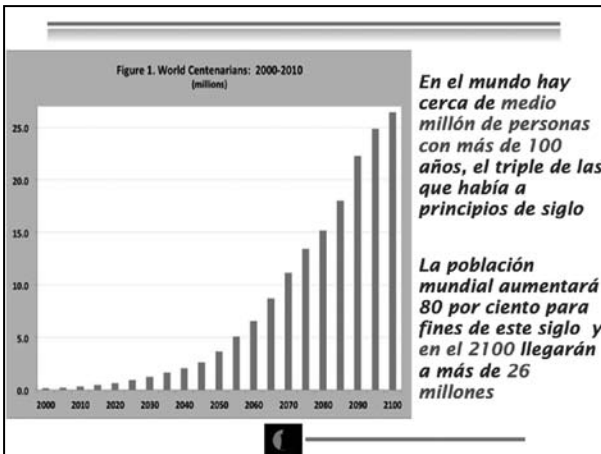
Otro fenómeno demográfico que debemos destacar es la reducción de los menores de cinco años y el incremento de la población de los mayores de 65 años y este corte se va a dar a partir de 2020 y será a expensas de países en vías de desarrollo.



¿Quiénes van a ser los más afectados por ese incremento?, pues los países pobres, y ahí están las gráficas, los datos y las predicciones.



Un dato adicional a en este hecho, muy interesante, es que en el mundo hay cerca de medio millón de personas con más de 100 años, el triple de las que había a principios de siglo. La población mundial aumentará 80 por ciento para fines de este siglo y en el 2100 llegarán a más de 26 millones de personas mayores de 100 años, porque se incrementó la esperanza de vida, pero ¿en qué condiciones se encuentran?, ¿qué calidad de vida?, con este entorno tan negativo que tenemos.



¿Qué desafíos estamos enfrentando?

Los describiré iniciando con esta frase de Confucio que dice: “*En un país bien gobernado, la pobreza es algo que avergüenza. En un país mal gobernado, la riqueza es algo que avergüenza.*”

Y en este sentido, no podemos permanecer en silencio, como lo expresó Madeleine Albright cuando dijo “*Me llevó bastante tiempo encontrar una voz, y ahora que la tengo, no voy a permanecer en silencio*” y este es el caso de la pobreza infantil, uno de los grandes retos a nivel mundial que se tienen, y que junto con la equidad de género, tiene todavía una gran brecha que cerrar, ya que la pobreza es mayor en las mujeres y en los niños, como bien se describe en los informes de la pobreza infantil por la CEPAL y la UNICEF, así como en el “*Global Gender Gap Report 2014*” presentado en el Foro Económico Mundial de Davos, Suiza.

Mientras unos caminan al trabajo otros tienen que dormir en las calles, mientras unos pueden ir a la escuela, solamente dos de siete y por eso el analfabetismo a nivel mundial. México tiene 7% de analfabetas todavía y somos 120 millones habitantes.

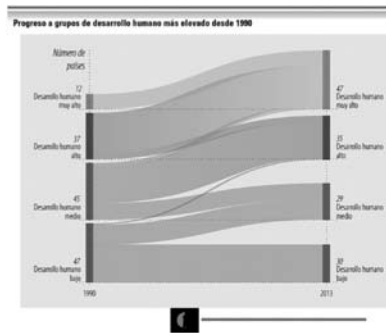


Las grandes brechas que hay entre los que viven en esas condiciones se miden con el “Índice de Desarrollo Humano” (el cual mide el avance conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, acceso a educación y nivel de vida digno. El IDH es la media geométrica de índices normalizados que miden los logros en cada dimensión, y utiliza diversos indicadores para su cálculo: esperanza de vida al nacer, años promedio de escolaridad y años esperados de escolarización e ingreso familiar disponible o consumo) que en 2014 aprobaron los 187 países miembros de la ONU en Tokio, y que el Informe sobre Desarrollo Humano 2014 titulado “Sostener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia” escruta dos conceptos que están interconectados a la vez y son inmensamente importantes para asegurar el progreso del desarrollo humano. En el informe se considera los factores que contribuyen a los riesgos para el desarrollo humano y luego analiza las formas en que la resiliencia influye en un amplio grupo de riesgos en evolución que podrían fortalecerse.



Ha habido mejorías desde la primera medición en 1990, en la columna de la izquierda, eran solamente 12 países que tenían un desarrollo humano alto, en 2013 ya eran 47. Sin embargo, el número de países con desarrollo humano bajo todavía es de 30 para ese año, si le sumamos los 29 de desarrollo medio, vemos todavía que hay una gran diferencia en estas brechas que existen entre

países ricos y pobres con el Índice de Desarrollo Humano. Esto ha llevado a protestas que nunca se imaginaban, porque llevará 100 años para que la población pobre pueda ganar 1.5 de dólar al día, México ocupa el lugar 71 de los países con los Índices de Desarrollo Humano.



Reducir la vulnerabilidad y aumentar la resiliencia son claves para que el desarrollo humano no se vea afectado ante acontecimientos adversos. La vulnerabilidad estructural está determinada por la posición de las personas en la sociedad ¿Quiénes son los más vulnerables?...los pobres, los trabajadores informales socialmente excluidos; las mujeres y las personas con discapacidades, los migrantes, los indígenas, los niños y los ancianos. ¿A qué?...a las crisis económicas, problemas de salud, desastres naturales, cambio climático, riesgos industriales, conflictos y disturbios sociales.

¿Por qué?...capacidades limitadas, su locación, posición social, periodos sensibles en el ciclo de vida, la baja cohesión social, instituciones que no responden, baja gobernabilidad.

VULNERABILIDAD Y DESARROLLO HUMANO

VULNERABILIDAD: Estado de una persona o grupo de personas que se enfrenta a un riesgo de sufrir un daño o pérdida de bienestar por un evento adverso.

RESILIENCIA: Capacidad de una persona o grupo de personas para resistir, absorber, recuperarse y aprender de un evento adverso.

VULNERABILIDAD ESTRUCTURAL DETERMINADA POR LA POSICIÓN DE LAS PERSONAS EN LA SOCIEDAD

¿QUIÉNES SON VULNERABLES?

- Personas con discapacidades físicas o mentales.
- Mujeres y niñas.
- Personas de edad avanzada.
- Personas con bajos niveles de educación y salud.
- Personas con bajos niveles de ingresos.
- Personas que viven en zonas de riesgo.
- Personas que viven en zonas de conflicto.
- Personas que viven en zonas de desastres naturales.

¿POR QUÉ?

- Capacidades limitadas.
- Exclusión social.
- Exposición a riesgos.
- Exposición a eventos adversos.
- Exposición a crisis económicas.
- Exposición a crisis de salud.
- Exposición a crisis ambientales.
- Exposición a crisis de seguridad.
- Exposición a crisis de gobernanza.
- Exposición a crisis de cohesión social.
- Exposición a crisis de gobernabilidad.

¿CÓMO?

- Mejorando las capacidades.
- Mejorando las oportunidades.
- Mejorando la resiliencia.
- Mejorando la vulnerabilidad.
- Mejorando los acontecimientos adversos.

¿QUÉ?

- Mejorando las capacidades.
- Mejorando las oportunidades.
- Mejorando la resiliencia.
- Mejorando la vulnerabilidad.
- Mejorando los acontecimientos adversos.

¿QUÉ HACER?

- Mejorando las capacidades.
- Mejorando las oportunidades.
- Mejorando la resiliencia.
- Mejorando la vulnerabilidad.
- Mejorando los acontecimientos adversos.

PARA QUÉ?

- Mejorando las capacidades.
- Mejorando las oportunidades.
- Mejorando la resiliencia.
- Mejorando la vulnerabilidad.
- Mejorando los acontecimientos adversos.

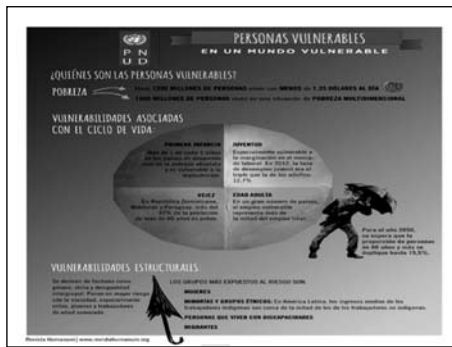
CONSEJOS PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS QUE FORTALEZCAN LA VULNERABILIDAD Y AUMENTEN LA RESILIENCIA:

- Mejorar la cohesión social.
- Mejorar la gobernabilidad.
- Mejorar la resiliencia.
- Mejorar la vulnerabilidad.
- Mejorar los acontecimientos adversos.

CONSEJOS PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS QUE FORTALEZCAN LA VULNERABILIDAD Y AUMENTEN LA RESILIENCIA:

- Mejorar la cohesión social.
- Mejorar la gobernabilidad.
- Mejorar la resiliencia.
- Mejorar la vulnerabilidad.
- Mejorar los acontecimientos adversos.

Las que están en pobreza son un mil 200 millones de personas que viven con 1.25 dólares al día y un mil 500 viven en una situación de pobreza multidimensional. Los grupos más expuesto son las mujeres, los grupos étnicos, las personas discapacitadas y los migrantes. Asimismo, las vulnerabilidades están asociadas con el ciclo de vida: en la primera infancia más de uno de cada cinco niños vive en la pobreza absoluta y con mala nutrición; la juventud es vulnerable a la marginación en el mercado laboral; en la edad adulta el empleo vulnerable representa más de la mitad del empleo total y en la vejez 40% es pobre.



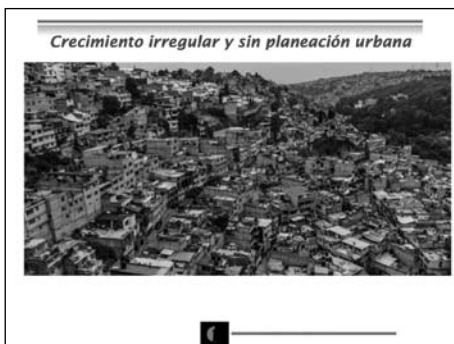
Otro fenómeno que estamos viviendo se demuestra con la revisión hecha del impacto que se tiene en el Producto Interno Bruto (*Gross Domestic Product*) la carga global de la enfermedad, en el estudio que hizo el Instituto de análisis global de *McKinsey*, se estima que por fumar es de 2.1 trillones de dólares; la violencia armada, guerra y terrorismo de 2.1 trillones de dólares, por la obesidad de 2.0 trillones y por el alcoholismo de 1.4 trillones de dólares. Cantidades inimaginables pero que en países en desarrollo las consecuencias en los seres humanos son mayores.



Otro estudio hecho por el grupo de la Unidad de Inteligencia de Atención Salud de la revista “*The Economics*” sobre los resultados en salud y su costo, da cuenta de lo que está pasando en 166 países y hace una comparación y entre ellos porque sigue aumentando el costo de la atención y México no es la excepción, principalmente por el envejecimiento, las enfermedades no transmisibles, la necesidad de personal calificado y tabaquismo.



Los gobiernos de países ricos y pobres invierten para el desarrollo y el entretenimiento de una población que seguirá creciendo con grandes carencias y desigualdades, sus prioridades parece que están en llegar a Marte, construir grandes aeropuertos o grandes estadios, y no para cubrir las carencias y demandas derivadas del crecimiento irregular y la no planeación urbana, la falta de transporte y caminos adecuados que limitan el acceso a la vivienda, el trabajo, los servicios de salud, educación.



Incremento de sitios altamente contaminados por la basura infecciosa biológica hospitalaria, doméstica, industrial, electrónica, de la construcción y los niños que trabajan en estos sitios son los más vulnerables. Las condiciones de las viviendas que no permiten a la población poder estudiar, o los cambios en las condiciones sanitarias que no favorecen un buen equilibrio con el proceso salud-enfermedad.



La pobreza y desigualdades en el acceso y calidad de la vivienda y condiciones sanitarias son un determinante crítico de las enfermedades, la diabetes y afecciones pulmonares.



Las clases sociales configuran no sólo los resultados, sino las oportunidades de salud, ya que les sitúa en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos y servicios de salud. Ochenta personas acumulan la misma riqueza que la mitad de la población de nuestro planeta. Las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante factores que ponen en riesgo su salud.



Las desigualdades drásticas dominan a nivel mundial e involucran a todos, a los países ricos y pobres por igual. ¿Por qué no hemos logrado políticas sociales más equitativas, socialmente más justas, operativamente con servicios más eficientes para lograr la equidad en salud a través de una cobertura y aseguramiento universal? Porque invertimos poco en salud, así como en otros programas sociales, como educación, vivienda, empleos; porque lo que se tiene se gasta todo en infraestructura y nóminas, con elevados gastos de administración. Porque no evaluamos el desempeño y el impacto de lo que hacen los sectores responsables de las políticas sociales.

Ante estas realidades y reconociendo que los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y el bienestar son las condiciones en las que nacemos, crecemos, vivimos, educamos, trabajamos, divertimos, envejecemos y morimos, en 2005 la OMS crea una Comisión de expertos, encabezada por Sir Michael Marmot, para plantear recomendaciones que permitan a los países miembros desarrollar

políticas públicas y programas para lograr la equidad en salud interviniendo en los DSS y le otorga un plazo de tres años para hacerlo.

La Comisión toma como marco conceptual para sus recomendaciones los “*Determinantes Estructurales*” de las inequidades en salud, es decir las que se derivan de tres ámbitos, 1) el contexto socioeconómico, y político, 2) las que dan la herencia social, estructural de las clases sociales y 3) la posición socio económica. Del primero se desprenden la gobernanza, las políticas macroeconómicas, la estructura del mercado laboral, las políticas sociales de salud, educación, empleo, protección social, así como la cultura y los valores sociales. De éste ámbito se derivan el segundo, con la clase económica de con acceso a recursos, poder y relación política, prestigio y honorabilidad en la comunidad y la misma discriminación; y del segundo los determinantes según la clase social, el género, la etnicidad, la educación, la ocupación y los ingresos.


Los determinantes estructurales condiciones e intervienen en los “*Determinantes Intermedios*” de la salud en la población, que dependiendo de la posición socioeconómica de las personas son responsables de las consecuencias de las diferencias sociales, económicas y de salud de la población. Es aquí en donde se da la distribución desigual, las diferencias en exposición y vulnerabilidad ante condiciones que comprometen la salud; las circunstancias materiales, como las condiciones de vida y trabajo, la disponibilidad de alimentos y en donde las conductas y factores biológicos y psicológicos y los sistemas de salud determinan la salud de una persona, una familia o una comunidad. El equilibrio que se logre entre estos dos tipos de determinantes permitirá un impacto en la salud y bienestar de las personas.



El contexto socioeconómico y político, es lo macro, que determinan la inequidad en salud no son responsabilidad de los equipos de salud porque los rebasan. En los sistemas de salud tienen mucho que ver las políticas para mejorar las condiciones de salud de una población, si están accesibles, disponibles o son de calidad. Nosotros sí intervenimos para mejorar la salud, pero no somos los responsables ni podemos modificar los determinantes estructurales que causan las inequidades en salud. Si cumplimos bien lo que ofrecemos, estas consecuencias por las diferencias sociales se van a reducir. Los marcos son para explicar e interactuar con los actores o para tomar acciones y contar con una orientación para las intervenciones.


En el 2008 la Comisión para el estudio de los DSS, propuso tres recomendaciones: 1) Mejorar las condiciones de vida; 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y 3) medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones para subsanar las desigualdades en una generación, lo que implica que se requiere de por lo menos 30 años para lograr la equidad en salud, siempre y cuando lo iniciemos ya, se inviertan recursos financieros, haya voluntad política para lograrlo y se tenga éxito.

Informe de la Comisión de los DSS de la OMS




Recomendaciones

- 1. Mejorar las condiciones de vida***
- 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos***
- 3. Medir y analizar el problema y evaluar los efectos de las intervenciones***



¿Qué oportunidades de intervención tenemos?

La importancia de las intervenciones en los DSS se refuerza en el 2011 con la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud que se llevó a cabo en Rio de Janeiro, Brasil, en donde los responsables de la salud del mundo aceptaron que la gobernanza y la intervención en los DSS puede tener un impacto directo en la equidad en salud y lo manifestaron el 21 de octubre del 2011 con la “*Declaración de Río en Determinantes Sociales de la Salud*” en donde expresan el compromiso político global para la implementación del enfoque de los DSS para la reducción de las inequidades y para alcanzar otras prioridades globales, y que ayudará a construir un impulso en el marco de los Estados Miembros de la OMS para el desarrollo de planes de acción y estrategias nacionales.



**World Conference
on Social Determinants of Health**
RIO DE JANEIRO | BRAZIL | 19-21 OCTOBER 2011
All for Equity


Temas

- 1. La gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades sanitarias: aplicación de medidas sobre los DSS**
- 2. Función del sector sanitario, incluidos los programas de SP, en reducción de las inequidades sanitarias**
- 3. Promoción de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales**
- 4. Acción mundial sobre los determinantes sociales: alineamiento de las Prioridades y de los interesados directos**
- 5. Vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas Sobre determinantes sociales**

Asimismo, en la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, de Helsinki, Finlandia, en el 2013 en donde se logra la declaración de Helsinki sobre “*Salud en Todas las Políticas*”, Construyendo sobre nuestra herencia, mirando a nuestro futuro. Se hace un llamado a los gobiernos a cumplir con sus obligaciones sobre la salud y el bienestar de su ciudadanía llevando a cabo acciones para “*Comprometer como prioridad política la salud y la equidad en salud*”

mediante la adopción de los principios de Salud en Todas las Políticas y actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. El movimiento de “la salud en todas las políticas” es un primer paso en esta dirección. Considera los cambios en salud cuando todos los sectores planean sus políticas a través de los DSS, cuando se decide entre varias opciones políticas, cuando se diseña la implementación de las estrategias, cuando se cuantifican los impactos esperados de las políticas actuales y en el financiamiento. El objetivo es mejorar la formulación de políticas con base en resultados y que los tomadores de decisiones tengan claro el vínculo entre políticas e intervenciones en los DSS.

Antecedentes y contexto



El movimiento de “la salud en todas las políticas” es un primer paso en esta dirección

Considera los cambios en salud cuando todos los sectores planean sus políticas a través de los DSS

Cuando se decide entre varias opciones políticas

Cuando se diseña la implementación de las estrategias

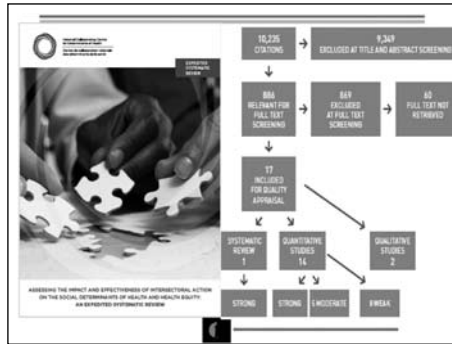
Cuando se cuantifican los impactos esperados de las políticas actuales y en el financiamiento

El objetivo es mejorar la formulación de políticas con base en resultados y que los tomadores de decisiones tengan claro el vínculo entre políticas e intervenciones en los DSS

Buscar resultados para reducir o abatir las mayores causas de mortalidad y morbilidad simultáneamente, que no se modifican con los modelos de salud

En la implementación de Salud en todas las políticas ya hay elementos para las opciones políticas que se formulen con el fin de mejorar y se espera que estos modelos puedan modificar de alguna manera, y aquí se habla mucho de la intersectorialidad. Sin embargo, en este estudio realizado por el Centro Nacional de Colaboración para los Determinantes Sociales de la Salud, se identificó en una revisión de 10,000 citas para validar el impacto y efectividad de la acción intersectorial en los DSS y la equidad en salud, se encontró que solamente 14 de 17 estudios se sustentaban con

una revisión sistemática cuantitativa y 2 únicamente cualitativa, es decir que son muy pocos los que dan resultados. El reto de la salud en todas las políticas y de la intersectorialidad es realmente ver exactamente en donde tenemos que intervenir, y ¿Cómo?



Asimismo, en la Unión Europea hay un plan en 53 países en el que se aprobaron un nuevos indicadores de evidencias basadas en políticas de salud, llamado “Salud 2020” que se focaliza en la mejoría de la salud para todos reduciendo las inequidades de salud a través de un mayor liderazgo y gobernanza para la salud. Sin embargo, el mundo se encuentra ahora en medio de un importante debate político acerca de los objetivos de las políticas públicas en salud.

Ante la pregunta de ¿Cuál debe ser el desarrollo sostenible del mundo y las metas para el período 2015-2030? El “Reporte de la Felicidad en el 2015” se ofrece como una contribución a ese debate crucial en 158 países.

53 países europeos aprobaron un nuevo indicador de evidencias basadas en políticas de salud para “Salud 2020” que se focaliza en la mejoría de la salud para todos reduciendo las inequidades de salud a través de un mayor liderazgo y gobernanza para la salud.

El mundo se encuentra ahora en medio de una importante debate político acerca de los objetivos de las políticas públicas. ¿Cuál debe ser el desarrollo sostenible del mundo y las metas para el período 2015-2030? El Reporte de la Felicidad en el 2015 se ofrece como una contribución a ese debate crucial en 158 países.

En el reporte se da cuenta, por ejemplo que México está en el lugar 14, y aquí las variables son: el producto interno bruto, el soporte social, los que están en la columna en la parte de abajo; pero hay países de los 158 que se midieron como: Togo, Burundi y Siria lo estamos viviendo ahora, pues que están con un nivel de rango mucho muy bajo.



Como coincidencia, hoy 25 de septiembre se inaugura en Naciones Unidas que cumplen 70 años, la agenda 2030 “transformación de nuestro mundo”, con los que va sustituir los 8 “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, establecidos en el año 2000, por los 17 “Objetivos de Desarrollo Sostenible” con los que se pretende alcanzar 169 metas, para una nueva agenda universal y que se van a evaluar en el año 2030. Se tienen 15 años y la meta número uno es pobreza, seguida por la de terminación del hambre también.



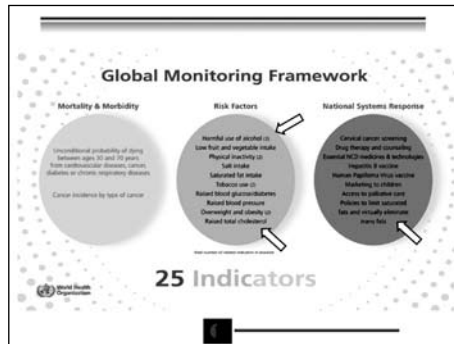
Me llamó la atención lo referente a la meta de género y el estudio que hace una organización no gubernamental americana, en donde identifican 72 modelos de intervención, y no hay estudios de género, sigue siendo la mujer un activo de estudios y por eso este grupo dice “no, en los objetivos del desarrollo sostenible son las mujeres las que van a dar el progreso pues son las que trabajan”, Se plantean estrategias muy interesantes de cómo hacerlo y como intervenir en este sentido.



En marco de la globalización en materia de salud los determinantes han cambiado, los escenarios para las Enfermedades No transmisibles (ENT) totalmente y por eso para el año 2025, la OMS en el Marco de Vigilancia Mundial quiere que los países aseguren el progreso en las ENT con nueve metas globales voluntarias, que a raíz de la Declaración Política aprobada por la Asamblea General de la ONU en 2011 se acordaron, y elaboró este marco de monitoreo de los avances en la promoción, prevención y control para: 1) la mortalidad y la morbilidad; 2) los factores de riesgos para las ENT y 3) los sistemas naciones de respuesta como se ilustra en la gráfica.



Las nueve metas tienen 25 indicadores para el marco de monitoreo mundial aprobado. Se espera que se cumplan en aquellos países que ya tomaron acciones como las tecnologías y la parte de terapia para las adicciones, pero hay muchos retos como: 25% de reducir a los que son hipertensos o la reducción del sodio en los alimentos, en la actividad física.



Otro gran reto global para los DSS es la obesidad cuyo impacto en el PIB, como ya se mencionó es de 2 trillones de dólares, porque las empresas que controlan el mercado mundial, por ejemplo la de alimentos, cuando fueron evaluadas, ninguna sacó una calificación en el semáforo verde, todas nos están haciendo daño, y México es uno de los grandes consumidores de refresco y de lo que se llama “comida chatarra”.



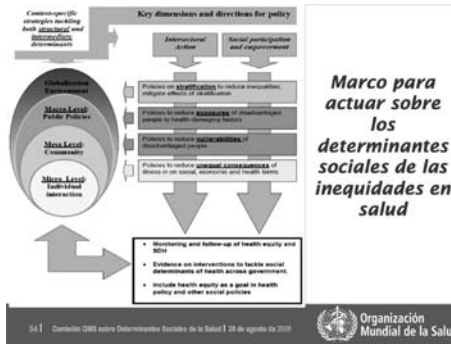
BEHIND THE BRANDS: FOOD COMPANIES SCORECARD

Legend: 1-3 Good, 4-5 Fair, 6-7 Some progress, 8-9 Poor, 10-12 Very poor

Rank	Company	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Score
1	NESTLÉ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	43/70
2	UNILEVER	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	39/70
3	BEHRENS	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	32/70
4	MARKS & SPENCER	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	23/70
5	MARKS & SPENCER	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	22/70
6	NESTLÉ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	22/70
7	NESTLÉ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	21/70
8	NESTLÉ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	17/70
9	NESTLÉ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	16/70
10	NESTLÉ	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	13/70

© 2014 GROW. The latest version of this scorecard is available at 160.100.100.100/behindthebrands.

La OMS ya indicó cual es el marco de referencia para actuar sobre los DSS y las inequidades a nivel micro, meso, macro y a nivel global como lo hemos visto, aquí se toma el modelo de atención en 4 áreas de acción, el nivel macro, en nivel de la sociedad que participe en todos los sistemas que existen y el curso de vida desde el embarazo hasta la edad adulta.



En el modelo que propone el Doctor Michael Marmot y que ahora se han reconocido a nivel mundial con base en cuatro áreas de acción demuestran su impacto en la reducción de la exposición a riesgos en las etapas iniciales y formativas que afectan la salud y el bienestar. Desde la publicación de la Comisión de los DSS, la Revisión Estratégica de las Inequidades de Salud en Inglaterra, y la Revisión de los DSS divididos en la Región Europea de la OMS son documentos clave para conocer las intervenciones que se realizan.



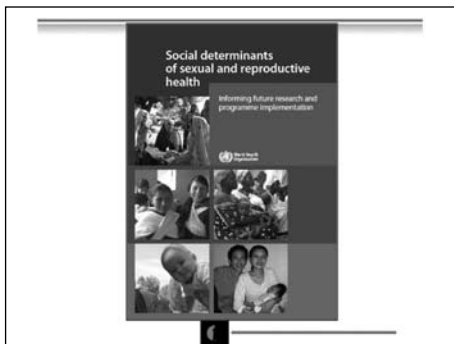
Closing the gap in a generation
The Commission on Social Determinants of Health (CSDH) – Closing the gap in a generation

Fair Society, Healthy Lives
Strategic Review of Health Inequalities in England: The Marmot Review – Fair Society Healthy Lives

Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region final report
Review of Social Determinants of Health and the Health Divide in the WHO European Region



Hay mucha información y estos son los documentos básicos donde se revisan sobre lo que está pasando en el mundo, en Inglaterra y ahora en Europa, y donde ya se vio que si se interviene se puede mejorar en aspectos, desde el nacimiento, en la edad adulta, y hay también ejemplos concretos ahora con Salud Reproductiva y DSS, mañana es el día mundial del embarazo no planeado, y se está promoviendo, espero que la Secretaria de Salud haga una buena campaña.



Otro tema es el de la Salud Mental tomando la perspectiva del ciclo de vida útil se demuestra que la exposición de riesgo en las etapas formativas de la vida puede afectar el bienestar mental o predisponer hacia el desorden mental de muchos años o incluso décadas después. La orientación y recursos a los grupos más desfavorecidos corren el riesgo de desvirtuar el objetivo general de reducir el gradiente social en salud. Dado que los factores de riesgo


y de protección para salud mental en diferentes niveles, respuestas a ellos necesita ser en varias etapas y multi-sectorial.

DSS y los factores de riesgo y de protección para salud mental

Tomando la perspectiva del ciclo de vida útil se demuestra que la exposición de riesgo en las etapas formativas de la vida puede afectar el bienestar mental o predisponer hacia el desorden mental de muchos años o incluso décadas después

La orientación y recursos a los grupos más desfavorecidos corre el riesgo de desvirtuar el objetivo general de reducir el gradiente social en salud.

Dado que los factores de riesgo y de protección para salud mental en diferentes niveles, respuestas a ellos necesita ser en varias etapas y multi-sectorial



Otra manera global de medir los avances alcanzados en lo social, es con el Índice de Progreso Social, en donde ahora ya se habla de otros elementos como es: el de la violencia y evitar la corrupción, muestro los datos nada más como ilustrativo no es para que los vean en detalle.



SOCIAL PROGRESS INDEX 2015


BY MICHAEL E. PORTER AND SCOTT STERN
WITH MICHAEL GREEN

SOCIAL PROGRESS IMPERATIVE

GLOBAL PEACE INDEX 2015

MEASURING PEACE, PROGRESS AND THE ECONOMIC VALUE OF PEACE

GLOBAL PEACE INDEX



2015 GLOBAL PEACE INDEX

A REPORT OF THE GLOBAL STATE OF PEACE

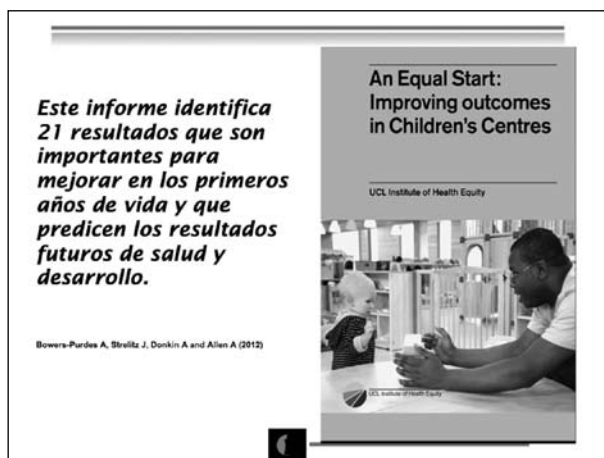
GLOBAL ECONOMIC IMPACT OF VIOLENCE IN 2014

Violence cost the world **US\$14.3 TRILLION**

Violence cost the world **13.4% OF WORLD GDP**

IF THE WORLD DECREASED VIOLENCE BY ONLY 1%... \$1.43 trillion

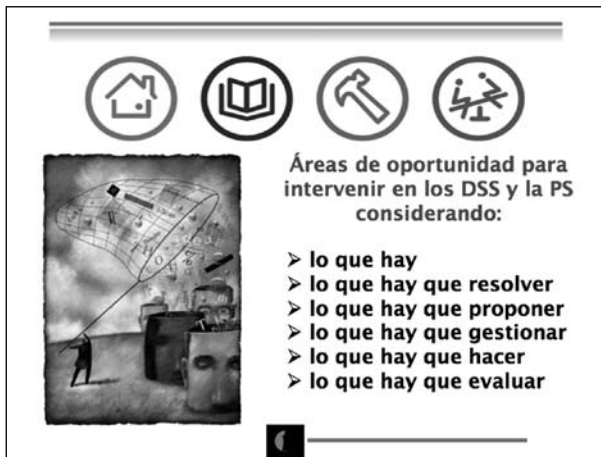
Con la frase “*un inicio igual*”, en los centros depara los niños del Reino Unido, se identifican 21 resultados importantes para mejorar en los primeros años de vida y que predicen los resultados futuros de salud y desarrollo de los niños antes de los 8 años.



Hay nuevas evidencias de la equidad que tienen que ver con el aprovechamiento de los espacios abandonados, esos eran tubos de drenaje que ahora son un parque de diversión; también ver desde la perspectiva de los DSS los riesgos de lesiones no intencionales por el transporte, por el alcoholismo y la inequidad, por el trabajo, la obesidad y la inequidad.



Hay en resumen cuatro ámbitos de intervención concretos de como áreas de oportunidad: la casa, la escuela, el trabajo y en donde nos divertimos, debemos identificar lo que hay; lo que hay que resolver; lo que hay que proponer; lo que hay que gestionar; lo que hay que hacer; lo que hay que evaluar y es aquí donde tenemos que ver cómo hacerlo y como evaluarlo, aquí hay constancia y como decía Einstein: *“La vida es como montar la bicicleta si quieres mantener el equilibrio hay que seguir avanzando”*, muchas gracias.



Áreas de oportunidad para intervenir en los DSS y la PS considerando:

- lo que hay
- lo que hay que resolver
- lo que hay que proponer
- lo que hay que gestionar
- lo que hay que hacer
- lo que hay que evaluar

The infographic features four circular icons at the top: a house, an open book, a hammer, and a person riding a bicycle. Below these is a black and white illustration of a person holding a large, complex network diagram. The text is in Spanish and lists five intervention areas with bullet points.

Equidad y determinantes sociales de la salud en la región Latinoamérica y del Caribe

Dr. Diego Gonzáles Machín.

Asesor en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental OPS/OMS México.

Muchísimas gracias Manuel Urbina, quiero agradecer grandemente a los organizadores de este evento, felicitar a la Conamed por esta permanencia de los simposios de la Conamed que ya son una historia, ya llevan aproximadamente 19 simposios, creo que el próximo año ya cumplimos los veinte años, pero también quiero manifestarles lo orgullosa que se siente la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, de que Conamed sea nuestro Centro, uno de nuestros nueve Centros Colaboradores en México, y pido un aplauso para ellos, por favor.

El tema que me han pedido es: La equidad y los Determinantes Sociales de la Salud en Latinoamérica y ustedes van a ver un poco de continuidad, en todo lo que se les estuvo presentando.

Nosotros vamos a presentar primero un poco de la evidencia de los determinantes sociales y la salud en Latinoamérica y el Caribe, vamos a estar también presentando el marco de trabajo que tenemos para los determinantes y también, “*salud en todas las políticas*”, que lo mencionó Urbina; así como algunas lecciones que hemos aprendido en el camino, en el trabajo con estas dos grandes áreas de determinantes y salud en todas las políticas.

No puedo dejar de agradecer a los colegas que contribuyeron en esta presentación como son: la doctora Kira Fortune; que es nuestra asesora regional en determinantes sociales de la salud en la organización; el doctor Óscar Mujica asesor regional de epidemiología social y también a un colega mexicano que trabaja con nosotros en la Organización Panamericana aquí en México; el Doctor Osvaldo Medina que es consultor nacional en los determinantes sociales.

Yo creo que si hiciéramos un balance de la salud en las Américas nosotros tendríamos motivos para celebrar, hay muchos indicadores que pudiéramos mencionar; mejoría de la desnutrición, la propia mejoría de la salud materna, de la mortalidad infantil en los niños, pero hay un indicador que es de alegría para nosotros, que

es precisamente cómo ha aumentado la esperanza de vida en la región y vean ustedes, como cambió de 69.2 a 76.1 años, en la región en su conjunto.

También yo quisiera que ustedes miraran en la infografía que aparece en esta otra columna de la diapositiva, esas diferencias que tenemos todavía entre nuestros países y eso no es motivo de celebración, porque eso habla de desigualdad. Ven ustedes los grandes extremos que tenemos, por ejemplo, entre Canadá con 80 años de esperanza de vida y Haití con 62.2, con una brecha de aproximadamente 18 años, entre estos países. Eso, es lo que no celebramos, porque ese es el castigo de los promedios, nosotros nos presentamos, presentamos la evidencia con base en promedios regionales, promedios mundiales y también promedios nacionales, pero estamos castigando la realidad, que es la diferencia, las desigualdades que existen entre nuestros países y también entre las regiones de un mismo país, y ahí lo tienen ustedes ejemplificado pueden ver una comparación de cuatro países y su esperanza de vida; en el caso de Argentina, Cuba, Haití y Perú, se aprecia cómo cae muy por debajo de los demás países Haití como uno de los países más pobres que tenemos en la región, y ahí ven una comparación ustedes, de las brechas que existen entre todos nuestros países, ustedes pueden ver donde está México, que está entre los países con una mejor esperanza de vida, pero ven también como hay grandes diferencias por ejemplo con Haití, con Bolivia, con Guatemala; que son los países que tiene una menor esperanza de vida y con grandes brechas entre ellos.

Hay mucha evidencia publicada y yo les quiero recomendar, (y de hecho estoy dejando para las memorias de este evento), esta publicación: "*Salud en las Américas*", la cual recoge la información que nosotros los países ofrecemos a la OPS para publicar, y es una publicación que se hace cada cuatro años; ahí tienen ustedes el último número publicado y hay un capítulo, que es el capítulo 2, (que lo dejé para que ustedes lo tengan cuando saquen en la diapositiva las presentaciones), que ilustra muy bien esas diferencias que tenemos, esas inequidades que tenemos entre los países de la región, entre ellas cómo ha evolucionado un poco, por ejemplo: el crecimiento o no de la población en extrema pobreza, que ustedes pueden ver que la región disminuyó 53 millones y que son aquellos que perciben menos de dos 2.5 dólares al día, cómo ha disminuido

también la pobreza moderada y también cómo ha crecido en la región.

Ven ustedes, más de 89 millones la clase media, que percibe un poco más de recursos, pero, eso no nos quita, que a pesar de que Latinoamérica y el Caribe, es una de las regiones de medianos ingresos, también es una de las regiones más desiguales del mundo y hay una evidencia publicada por el banco mundial, que demuestra que casi uno de cada cinco residentes de la región, vive con menos de dos dólares al día, que nos lleva a pensar en 70 millones de personas en la región que aún viven en extrema pobreza y que hay imágenes que lo representan.

También hay grandes diferencias con respecto a los temas de educación, que ya fueron presentados, por ejemplo, la tasa de alfabetización, (que la pueden ver en una de las imágenes de arriba, en la región), es de 93%; sin embargo, vean ustedes como hay diferencias en la permanencia en la escuela; hay una disminución significativa, vean ustedes 94-70 a 25%, la permanencia cuando los jóvenes en la región entran en la edad productiva y esa diferencia de la continuidad en la escolaridad, ustedes la pueden ver con más diferencias todavía cuando comparamos regiones, zonas urbanas, zonas rurales y también con población indígena, en esta imagen, (que es una de las últimas publicadas de los objetivos del desarrollo del milenio), ustedes pueden ver como sí hay un incremento de nuestra población en la región que ingresa a la escuela primaria, pero como empieza a disminuir después a partir de la escuela secundaria, lo que lleva a una baja matriculación en el nivel secundario y una permanencia en las escuelas.

Fue mencionado el tema de la urbanización y ese también nos afecta a nosotros en la región.

Tenemos un crecimiento exponencial de las personas que se mudan a las zonas urbanas, con las diferencias que esto establece con la región rural, y ven también que incluso, en la región urbana nosotros tenemos diferencias entre los países, por ejemplo, Belice, Guatemala y Perú con más de 50 % de la población urbana viviendo en barrios bajos, que hay diferencia con otros países como es Barbados, Chile, Guyana y Uruguay, que por ejemplo, tienen solo un 10% de población en barrios considerados marginales. Ahí ven ustedes cómo se comporta la proporción de población urbana en los países de la región, con un crecimiento que estamos viendo muy significativo.

Hay diferencias también con respecto a las tasas de población que tienen empleo formal.

Veán ustedes a Latinoamérica en un cuadro comparada con el resto de los países, pero vean también la diferencia que esto tiene de género, como al empleo formal tienen mucho más acceso los hombres que las mujeres, y esto es algo, es una media que se mantiene igual en todas las regiones del mundo.

Porcentajes de desempleo... también tenemos diferencias entre los países, ustedes lo pueden ver ahí y también con grandes diferencias entre hombres y mujeres, vean la comparación, por ejemplo, que se hace en República Dominicana, donde hay una participación importante de desempleo, por parte de las mujeres.

El crecimiento que estamos teniendo con todos los riesgos que esto implica, del trabajo informal que también en la región está creciendo mucho y al que más acceden por ejemplo las mujeres y también los niños trabajadores que tenemos y no podemos olvidar niños trabajadores que tenemos en la región.

Una de las grandes diferencias que nosotros tenemos que mencionar y que es un determinante ambiental de la salud, es todo lo relacionado al acceso al agua potable, si bien la región en comparación con otras regiones del mundo, no está tan mal en promedio, ustedes pueden ver como nosotros cambiamos del año 90 al 2011, 94% en 2011 de la población en la región tenía acceso al agua potable.

Cuando ustedes llevan eso a comparar zonas urbanas y rurales, van a observar grandes diferencias y véanlo aquí, en la imagen que está acá, que es el acceso al agua potable entubada, vean ustedes como se presenta en zonas urbanas y como se presenta en las zonas rurales.

Con respecto a cobertura que también fue algo mencionado como uno de los determinantes, el promedio de cobertura de vacunación, es de aproximadamente 94%, (una cifra que es como para celebrar, porque se piensa que ideal debería de ser más del 90%), vemos muchas diferencias entre los países, por ejemplo: Haití, Paraguay y Bolivia, si los comparamos, vean ustedes las diferencias 60, 71 y 86 % que están por debajo del 90% que habíamos mencionado.

Veán también las diferencias en la cobertura en relación a los usos de métodos anticonceptivos, (que justifica un poco también

porque en muchos países hay tanto crecimiento del embarazo no planificado y el embarazo en adolescentes y también las coberturas de inmunización por vacuna BSG), ustedes pueden ver también como las personas con más bajos ingresos, también tienen grandes diferencias en cobertura.

Aquí deberíamos llevarnos a una pregunta: ¿las inequidades que existen en la distribución, tanto de la riqueza como de las inequidades en el acceso y la utilización de los servicios, Tienen impacto importante en la salud? ¿Se reflejan en los resultados de la salud?

Definitivamente sí; aquí hay una gráfica que lo ilustra muy bien, que es la tasa de mortalidad neonatal con la comparación de algunos de los países; pero vean esta imagen, que compara la mortalidad en menores de 5 años en la región en 41 países de bajos y medianos ingresos por múltiples dimensiones de desigualdad, y vean ustedes como por ejemplo, si comparan el nivel económico, lógicamente es mucho mayor la mortalidad en menores de 5 años en esta población si ustedes lo comparan con los ricos extremos o también con la clase media.

Lo mismo pueden ver ustedes las diferencias con respecto a la educación de la madre, vean ustedes como aumenta en madres que están sin educación la mortalidad de sus hijos menores de 5 años, lo mismo con el lugar de residencia, si es rural y es urbano y también con respecto al sexo.

Definitivamente tenemos profundas desigualdades y esto fue publicado en los resultados de un estudio de equidad en Latinoamérica y el Caribe, donde se reporta que los pobres tienen, peor estado de salud y más limitación física que los ricos, que dada la misma necesidad, los ricos son más propensos a buscar usar intensivamente todo tipo de intervenciones de los servicios de salud y hay una tendencia positiva que se observa cuando a medida de que la inequidad va reduciéndose el acceso a los servicios de salud.

Pero esto no es la media en todos los países y vemos brechas importantes afectando la percepción de los pobres con respecto al estado de salud y la utilización de los servicios preventivos médicos.

El abordaje de esto, como ya lo mencionó muy bien Urbina, puede tener varios enfoques, si nos vamos al enfoque biomédico tradicional, nosotros nos dedicaríamos a pensar solo en la enfermedad y sus causas, los factores de riesgo; sin embargo, hoy en día, hay

una tendencia a irnos más allá, de ir a las causas de las causas, que es lo que representa al enfoque de los determinantes sociales de la salud y que ya mencionó muy bien Urbina con este enfoque que le ha dado la comisión de los determinante sociales de la Organización Mundial de la Salud y que responde a esta gran pregunta: ¿para qué tratar a las personas, si las vamos a regresar a sus mismas condiciones de vida, que ese donde ellas se enferman?

Ahora viene una gran pregunta, determinantes sociales son muchas, ¿el sector salud solo pudiera llegar a resolver las inequidades y trabajar en los determinantes sociales?

La respuesta la tenemos todos, sabemos que no. Pero hay una respuesta dada por nuestra directora de la Organización Mundial de la Salud, la doctora Margaret Chan, donde ella afirma que los determinante sociales, escapan del control directo del sector salud y llamó a que todas las políticas sean evaluadas en términos de su impacto en la salud y es ahí que surge este movimiento que no es nuevo, es un movimiento que lleva muchos años ya pensados, en estos momentos, se le está dado mucho mayor énfasis, ustedes van a ver porque, es el enfoque de “*salud en todas las políticas*”, viéndolo como un enfoque de las políticas públicas a través de los sectores que sistemáticamente toma en cuenta las implicaciones de salud, busca sinergia y evita impactos dañinos a la salud para mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

Definitivamente “*salud en todas las políticas*” se convierte en un marco importante, para trabajar el tema de los determinantes sociales de la salud, pero sobre todo para trabajar con los otros sectores que no son salud: educación, vivienda, medio ambiente, transporte, trabajo, agricultura y muchos otros sectores.

¿Contamos con los marcos para hacerlo? La respuesta también es sí, tenemos la declaración de Río de “*salud en todas las políticas*”, donde se hace énfasis en la gobernanza, en la acción global, sobre los determinantes sociales, en el rol de sector salud y sobre todo en la promoción de la participación.

Contamos con el marco de salud en todas las políticas a nivel global lanzado por la Organización Mundial de la Salud aprobados en las asambleas mundiales de la salud donde participan todos nuestros gobernantes, nuestros secretarios y ministros de salud, y también contamos con un plan de acción regional de la Organización Mundial de la Salud que se aprobó el año pasado en el quin-

cuagésimo cuarto Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, es el primer plan de acción regional que existe a nivel global, que está alineado con el plan de acción a nivel mundial y que tiene acciones concretas que van desde documentar la evidencia, los estudios de caso regionales, los cursos sobre salud en todas las políticas, que ahora vamos a hablar un poco de ello, como la utilización y el trabajo de las diferentes redes.

¿Qué lecciones hemos aprendido trabajando con los determinantes sociales de la salud y con salud en todas las políticas?

No podemos ver la salud en todas las políticas como una acción meramente federal, las políticas públicas nos interesan, las de nivel federal, nos interesan las de nivel estatal, y también las de nivel local, las de nivel municipal y ahí adquieren mucha importancia la red de municipios por la salud que México tiene.

México tienen una red muy fuerte de municipios por la Salud y esto se está trabajando mucho con los alcaldes sobre el tema precisamente de salud en todas las políticas y esto no es nada nuevo.

Veán ustedes desde el año ochenta y ocho, ya en la Declaración de Adelaida se decía que salud en todas las políticas es de todos, es de nivel federal, municipal, estatal e internacional, hemos aprendido que hay una llave del éxito para todo este trabajo, que es difícil de hacer pero sí se puede realizar, y hay experiencias muy buenas para mostrar que es la intersectorialidad; tenemos que acabar con el protagonismo; el protagonismo mata la intersectorialidad y hoy en día hablamos dentro del marco de la intersectorialidad de protagonismo rotativo, para que todos tengamos protagonismo en el momento que es necesario que lo tengamos, salud en todas las políticas trabaja mucho eso, que el protagonismo lo tenga un sector que incluso no sea el sector salud, y es por eso que hay muchos ejemplos que ustedes pueden mencionar de aquí de México, donde el protagonista no es la Secretaria de Salud.

Otras lecciones aprendidas... la importancia de que esté involucrada la comunidad desde el inicio de las intervenciones, no es en el momento en que se basa la intervención, desde que se están gestando las políticas públicas y desde que se están gestando las intervenciones en determinantes sociales; la importancia de la formación de recursos humanos, y vean ustedes, México fue sede del primer curso regional de salud en todas las políticas de habla hispana, se hizo un primer curso también en el Caribe inglés, ahora

se hizo el de la red regional de capacitadores de salud en todas las polítics, donde tuvimos el honor también que nos acompañara Manuel Urbina y la sede fue el Instituto Nacional de Salud Pública y el curso fue organizado en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud.

Tenemos el campo virtual de salud pública, donde ustedes encuentran varios cursos de autoaprendizaje sobre determinantes sociales de la salud, y vale la pena visitar, y estamos trabajando con México muy estrechamente con la dirección general de promoción de la salud con la Academia de Medicina y con Instituto de Salud Pública en la formación de recursos humanos.

Les comento que hemos hecho durante este año ya tres cursos regionales, uno en Hidalgo, uno en Cancún, uno en Monterrey y nos queda finalmente el próximo mes vamos a concluir con Sinaloa y con eso hemos colocado gente capacitada en el tema determinantes sociales y salud en todas las polítics en todos los estados del país, y también OPS ha apoyado para que los mexicanos se formen en el marco de un diplomado en gestión de determinantes sociales de la salud y donde siempre se da beca para los 32 estados pero también para la Academia de Medicina y para las instituciones nacionales.

Otra de las lecciones aprendidas, es la necesidad de documentar las buenas prácticas, son las buenas prácticas las que nos van a demostrar el cómo podemos implementar todo lo que hablamos en la teoría de determinantes sociales y de salud en todas las polítics, y vean ustedes tenemos estudios ya publicados de experiencias exitosas que se han hecho en la región, les comento a ustedes que en México estamos muy avocados a que se publiquen las buenas prácticas y los invito, este es un comercial, ahora lo voy a hacer mencionándoselos un poquito más adelante, pero estamos publicando en la página web de la OPS tres sesiones virtuales que se hacen mensuales, los primeros miércoles de mes que está muy dedicada al tema; alimentación saludable y actividad física, los terceros jueves de mes dedicado a determinantes sociales de la salud y los últimos jueves de mes que está dedicado a presentar experiencias exitosas de los estados en cuanto a promoción de la salud y determinantes sociales y vean ustedes, ese el comercial que les quiero hacer, esto está muy activo, ayer precisamente ocurrió esto, los últimos jueves de mes, se presentan esas buenas prácticas de

promoción de la salud y determinantes sociales y todas son publicadas en la página web y quedan grabadas, ustedes pueden acceder a todas las buenas prácticas que ya se han hecho y que van a constituir la canasta de buenas prácticas mexicanas.

Definitivamente estamos trabajando mucho en lo que es el monitoreo de las políticas públicas, monitoreo de las buenas prácticas y aquí tienen ustedes algunas cosas que son regionales, como es el observatorio Carmen, que es un observatorio de enfermedades crónicas no transmisibles, un observatorio de políticas públicas a nivel de la región, el observatorio de salud regional y también una lista de distribución de información que tenemos a nivel regional en OPS que se llama equidad y en la cual todos ustedes se pueden suscribir.

México ha dado pasos importantes, por ejemplo, tuve la oportunidad de participar en el lanzamiento de este observatorio, el OMENT, que es un observatorio de enfermedades mexicano de enfermedades crónicas no transmisibles y que va a ser un observatorio que va a dar la vigilancia, de monitoreo a la estrategia de prevención de la obesidad, el sobrepeso y la diabetes que ustedes tienen.

Teniendo al fondo a mi amigo Adolfo aquí sentado en la mesa, yo no puedo dejar de presentarles esto a ustedes, él fue uno de los autores principales de un grupo de trabajo que formamos, porque México fue escogido por la Organización Mundial de la Salud para publicar, analizar, sus políticas públicas que tienen base en los determinantes sociales de la salud, que tienen como base los determinantes sociales y ahí ven ustedes dos documentos publicados por México en la serie de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud, que es el abordaje de los determinantes sociales de la salud a través de acciones intersectoriales, cinco casos de política pública de Mexicana y también un documento de posición de la necesidad de invertir en este tipo de políticas.

Otra de las experiencias que hemos adquirido en todo este trabajo, es la importancia del trabajo en redes, hay mucha información, diseminamos la información, pero no hay mejor fuente de información que la experiencia humana, eso se transmite a través de las redes, compartiendo experiencia y yo uso mucha esta regla para el trabajo en redes, que es la regla de las tres C: comunicar, comunicar y comunicar, es la única manera de aprender. Entonces

esa regla la utilizamos en las redes la aplicamos en las redes, y es a través de las redes que intercambiamos información; es a través de las redes que diseminamos información pero que también generamos conocimiento, y yo quiero demostrarles a ustedes que estamos trabajando muy fuerte con tres tipos de redes; los municipios saludables, las escuelas promotoras de la salud y las universidades promotoras de la salud y a través de esas redes estamos trabajando mucho el tema determinantes sociales y salud en todas las políticas, y los invito a todos ustedes a que se suscriban en esta red, esta es una red mexicana de determinantes sociales de la salud.

Fue creada en el marco de un grupo de trabajo, es auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud, por la Secretaría de Salud de México a través de la Dirección General de la Promoción de la Salud, por la Academia de Medicina y por el Instituto de Salud Pública administrada y moderada por la OPS y es una red que está activa, es una red que a través de la cual estamos diseminando mucha información y que ustedes se pueden suscribir, o sea, ustedes pueden mandar un correo a red mexicana punto determinantes sociales de la salud y solicitar sus suscripción y van a ser suscritos de inmediato, la invitación está hecha para ustedes y estamos abiertos a recibir sus suscripciones y yo quiero también finalizar con esto que ya presentó muy bien Manuel Urbina porque es algo que tenemos que acompañar, es algo que está ocurriendo hoy, el lanzamiento de esta agenda 2030.

La agenda 2030, que es la que va a asumir el nombre se va a dejar de llamar ya la agenda post-2015 pero la agenda 2030 representa el paso que estamos dando después del 2015 cuando acaban los objetivos de desarrollo del milenio para transformarse en objetivos de desarrollo sustentable, y donde fíjense ustedes el número tres de esos objetivos, precisamente, nos representa que es el objetivo de la salud, y vean ustedes también cómo acaba de ser publicado en septiembre de 2015 cómo en este tipo de trabajo nosotros tenemos que trabajar en el monitoreo de las inequidades, precisamente es un llamado que se hace como prioridad dentro de la agenda 2015.

Hay una articulación fuerte entre los objetivos de desarrollo del milenio y los objetivos de desarrollo sostenible y los determinantes sociales tanto desde el punto de vista de Derechos Humanos, de búsqueda de igualdad y justicia social, reducción de la pobreza, y

el desarrollo de bienestar de población mundial, misión con la cual OPS está muy comprometida con los países de colocar el tema de la desigualdad, el tema de los determinantes en la agenda de todos nuestros países para trabajarlo desde una manera de acercamiento con nuestras instituciones, no solamente de la salud sino con los otros sectores y es parte de la agenda de la salud de las Américas 2008-2017.


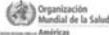
Con esta frase yo quiero cerrar mi presentación, que es la frase dada por nuestra directora, la Dra. Carissa Etienne, *“Confío en que a medida que avancemos en incorporar la salud en todas las políticas, nuestro trabajo reafirmará a las Américas como una fuerza innovadora y dinámica en desarrollar políticas centradas en la persona, que avancen en salud, equidad y justicia social”*.

Muchas gracias.

Equidad y Determinantes Sociales de la Salud en Latinoamérica y el Caribe


Dr. Diego González Machín
OPS/OMS México

- 1** La evidencia. DSS en LAC y Caribe
- 2** El marco de trabajo en DSS y STP
- 3** Lecciones aprendidas trabajando con STP y DSS

 Organización Panamericana de la Salud  Organización Mundial de la Salud Américas

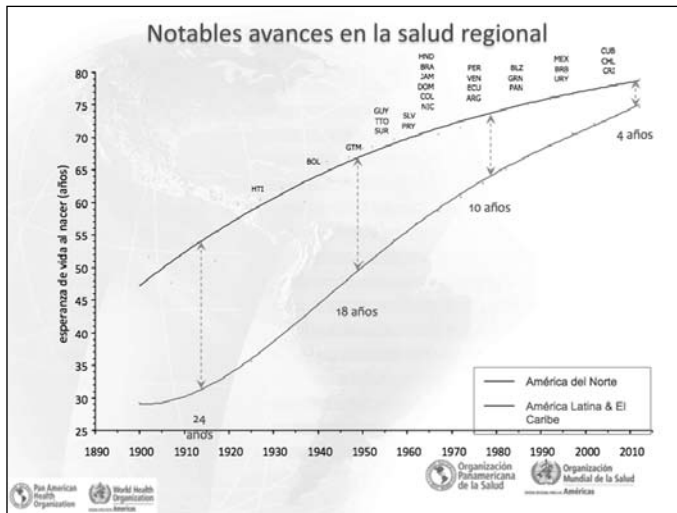
Contribuciones

- Dra. Kira Fortune. Asesora Regional en DSS. OPS/OMS.
- Dr. Oscar Mujica. Asesor Regional en Epidemiología Social. OPS/OMS.
- Dr. Oswaldo Medina. Consultor Nacional en DSS de OPS/OMS México

 Organización Panamericana de la Salud  Organización Mundial de la Salud Américas



A pesar de estos avances, sigue habiendo **desigualdades** y algunos de los indicadores halagüeños mencionados **ocultan diferencias alarmantes entre los países. El castigo de los promedios!!!!**



La Evidencia

Edición 2012

- Edición más reciente
- Llamado a la acción
- Política Social en las Américas 2012-2014
- Política Social en las Américas 2012-2014: Una agenda de reformas para promover
- Salud en las Américas 2012-2014: Una agenda de reformas para promover
- Salud en las Américas 2012-2014: Una agenda de reformas para promover

• **Capítulos de país en formato PDF**

• **Capítulos Regionales en formato PDF**

• **Cartillas**

- **Temas de interés de las Américas**
- **Temas de interés de las Américas**
- **Temas de interés de las Américas**
- **Temas de interés de las Américas**

Determinantes
e inequidades
en salud

http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es

Desde la Cumbre del Milenio de la ONU (2000), en América Latina:

el PBI creció a una tasa promedio de 3.4%

(4.7% entre 2003-2008)
(3.7% entre 2010-2014)

el gasto social, como % del PBI, se expandió de 15.3% a 18.1% (circa 2012)

el coeficiente de Gini ha venido cayendo cerca de 1% por año

como resultado, entre 2000-2012 cambiaron indicadores clave:

pobreza extrema (<\$2.5) de 25.1% a 12.3% (-53 millones)

pobreza moderada (~\$4) de 42% a 25.3% (-61 millones)

la clase media, de 21.9% a 34.3% (+89 millones)

sources: Molina (UNDP), from GDP growth (IMF); social expenditure (ECLAC); Gini coefficient and poverty (CEDLAS & The World Bank)

El Reto más grande del Siglo 21: Pobreza e Inequidad

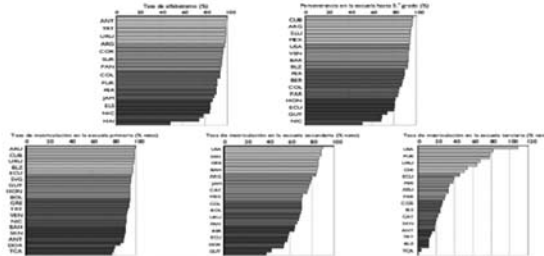
- A pesar de que Latinoamérica y el Caribe es una región de medianos ingresos, también es una de la regiones más desiguales en el mundo con respecto a niveles de ingresos (PAHO, 2012)
- Evidencia reciente demuestra que casi 1 de cada 5 residentes de la Región vive con menos de 2 US\$ por día (Banco Mundial, 2010)
- 70 millones de personas en la Región aún viven en extrema pobreza (ECLAC, 2012)



Fuente: OPS Salud en las Américas, 2012



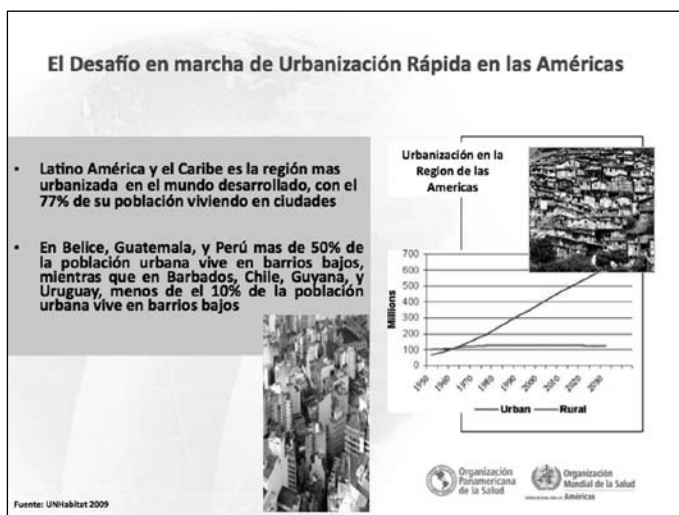
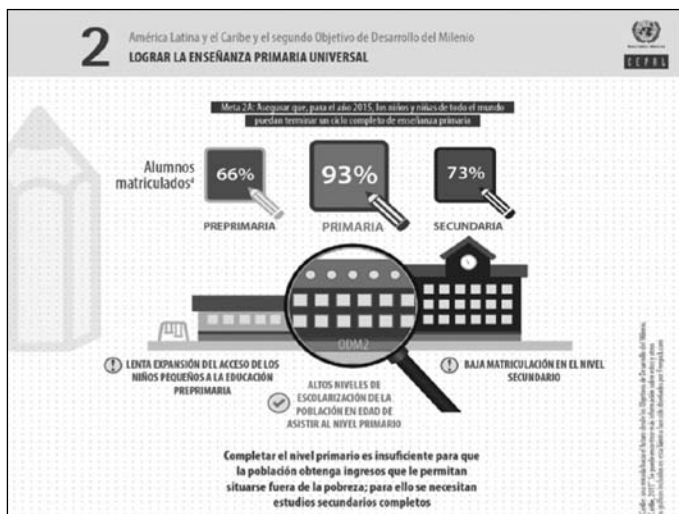
FIGURA 2.7. Clasificación de países y distribución de cuartiles, por tasa de alfabetización, perseverancia en la vida hasta el 5.º grado y matriculación neta en la escuela primaria, secundaria y terciaria, Región de las Américas, 2008-2010

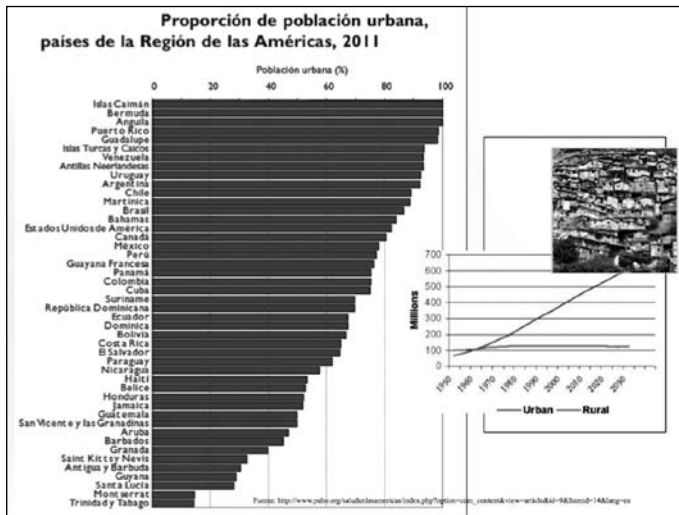


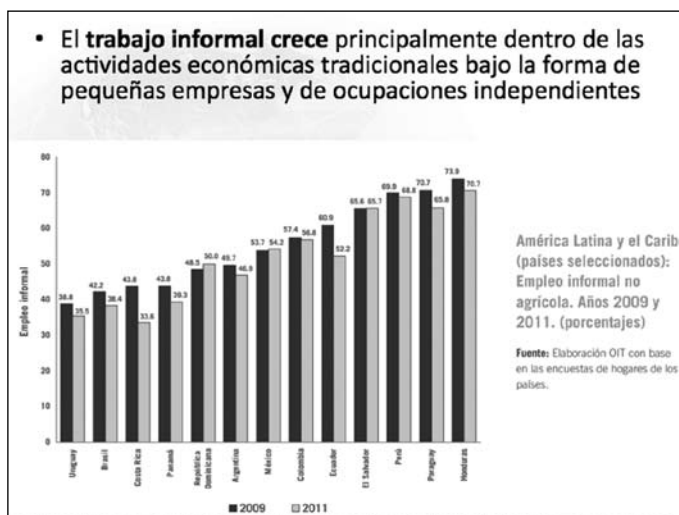
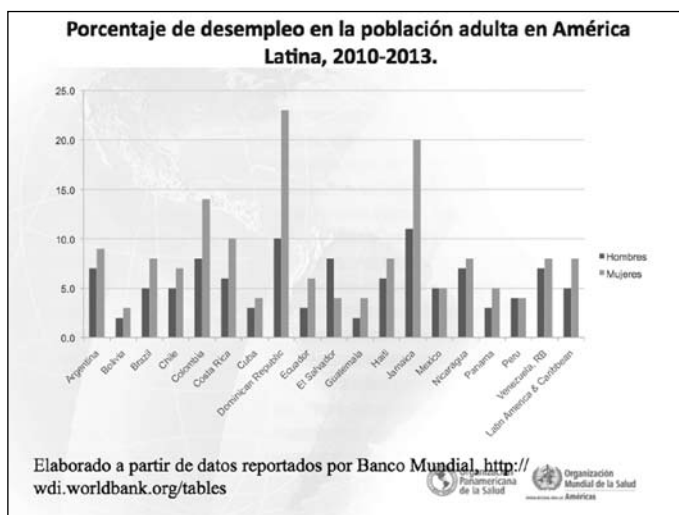
La tasa de alfabetización media en la Región es de 93%
 La media de la perseverancia en la escuela hasta el quinto grado es aproximadamente 90%.
 Las tasas netas de asistencia a la escuela primaria, secundaria y terciaria son 94%, 70% y 25%, respectivamente.

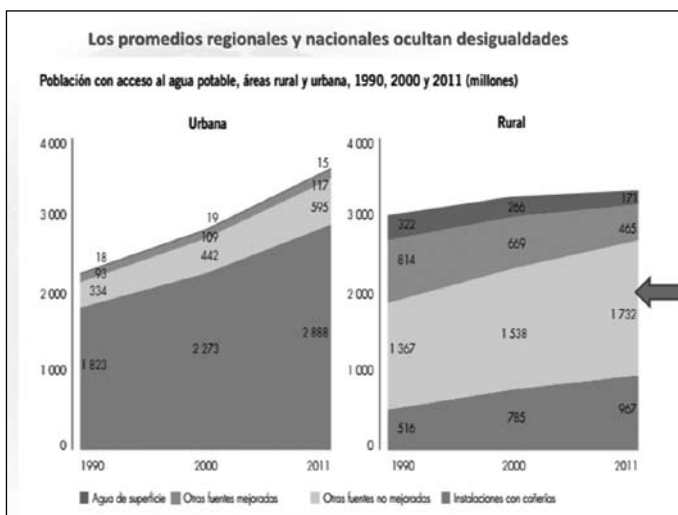
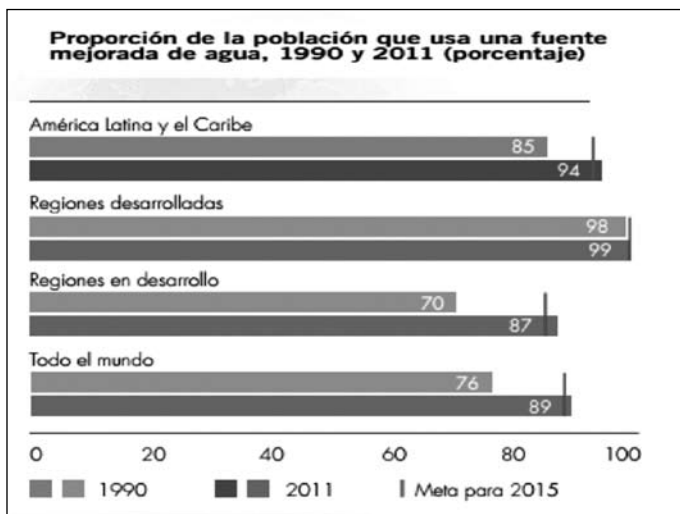
Destaca la falta de continuidad en la escolaridad a medida que las personas alcanzan su edad productiva. Además hay diferencias entre zonas urbanas y rurales y en los grupos indígenas

Fuente: The World Bank. World Development Indicators Database [Internet]; 2010. Disponible en: <http://data.worldbank.org/datacatalog/world-development-indicators/wdi-2010>









Aunque el promedio de la cobertura de vacunación contra el sarampión en la Región es de 94% —un porcentaje admirablemente elevado— en Haití, Paraguay y Bolivia la cobertura entre los niños solo alcanza 60%, 71% y 86%, respectivamente.

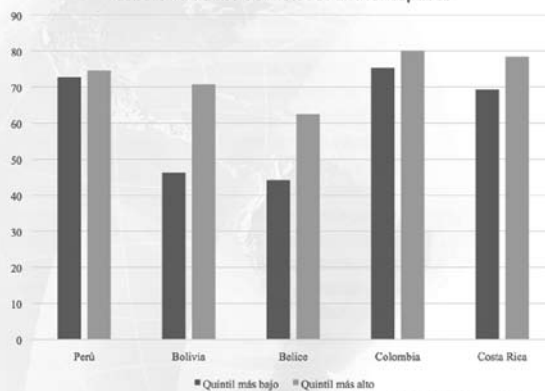
Para lograr una inmunidad colectiva confiable contra el sarampión se requiere una cobertura de al menos 90%, lo cual significa que las poblaciones de los tres países mencionados siguen siendo vulnerables a esa enfermedad.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud.
Situación de salud en las Américas.
Indicadores básicos. Washington, DC: OPS;
2010.

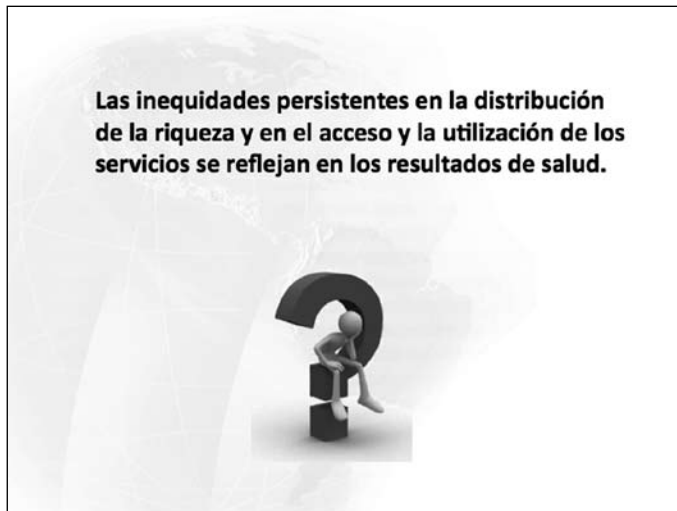
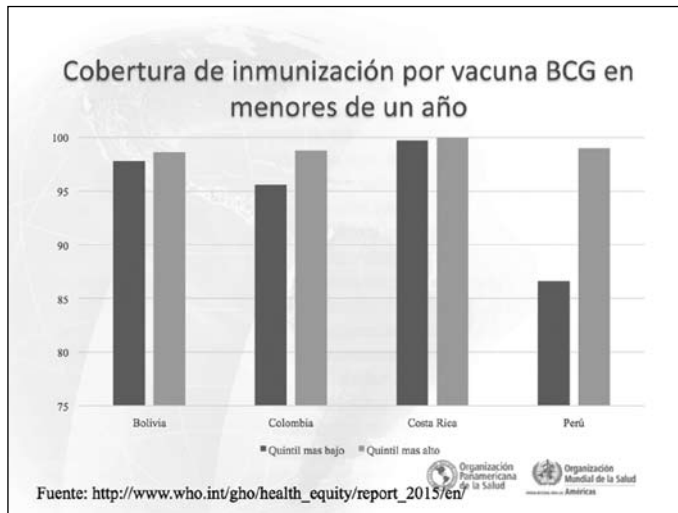


Cobertura de uso de métodos anticonceptivos



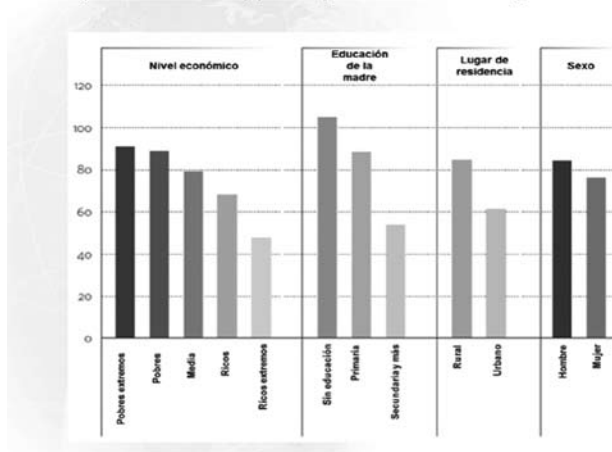
Fuente: http://www.who.int/gho/health_equity/report_2015/en/







Mortalidad en menores de cinco años en 49 países de bajos y medianos ingresos (niveles de la mediana), por múltiples dimensiones de la desigualdad *

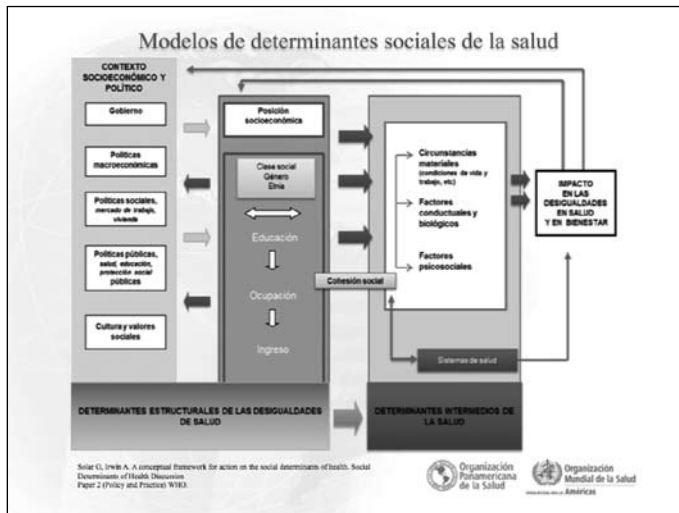


Profundas desigualdades en acceso y uso de servicios de salud
resultados principales de los estudios EquiLAC II
(2010)

- ✓ los pobres reportan peor estado de salud y más limitación física que los ricos;
- ✓ dada la misma necesidad, los ricos son más propensos a buscar y usar intensivamente todo tipo de servicios de atención de salud que los pobres;
- ✓ una tendencia positiva se observa a medida que la inequidad en la utilización de servicios de salud se ha reducido durante el periodo de estudio en algunos países, pero no en otros;
- ✓ persisten brechas importantes, afectando la población más pobre en cuanto a percepción del estado de salud y utilización de servicios preventivos médicos y dentales.

Niveles de análisis





¿El sector salud solo puede lograr resolver las inequidades y trabajar en los DSS?



En 2008, la directora general de la OMS, Dra. Margaret Chan, afirmó que "casi todos los determinantes sociales de la salud escapan al control directo del sector de la salud" y llamó a que todas las políticas sean evaluadas en términos de su impacto en la salud.



Salud en Todas las Políticas

"Un enfoque de las políticas públicas a través de los sectores que sistemáticamente toma en cuenta las implicaciones de salud, busca sinergias y evita impactos dañinos a la salud para mejorar la salud de la población y la equidad en salud" Declaración de Helsinki

- STP es una herramienta clave para implementar la Declaración Política de Rio sobre los Determinantes Sociales de la Salud
- STP se enfoca en los determinantes sociales y ambientales de la salud
- Frecuentemente mejor abordada a través de políticas, intervenciones y acciones fuera del sector salud.
- STP construye y encuentra intereses en común entre el sector salud y otros sectores del gobierno, sociedad civil y del sector privado



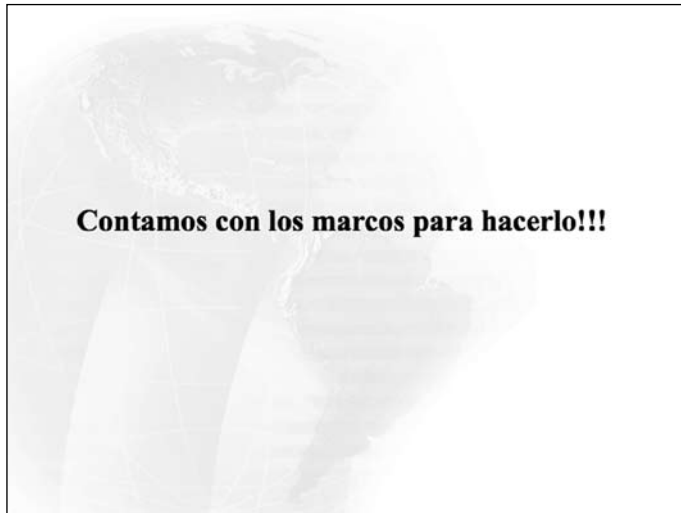
Involucrar otros sectores fuera del sector salud

- Educación
- Vivienda
- Medio Ambiente
- Transporte
- Trabajo
- Agricultura
- Otros.....



Source: Healthy people 2020





Declaración Política de Río adoptada por los Estados Miembros en Octubre, 2011

Por medio de consulta pública, los Estados Miembros identificaron cinco pilares claves:

- Seguimiento a los Avances
- Gobernanza para hacer frente a las causas fundamentales de las Inequidades en salud
- Acción global sobre los determinantes sociales
- El rol del sector salud
- Promoción de la Participación

Un resultado clave de la Conferencia Global fue la Declaración Política de Río


Organización Mundial de la Salud

En Enero del 2014, la OMS lanzó el Marco de la STP para la Acción de los Países con seis líneas estratégicas:

- 1 Establecer las necesidades y prioridades para lograr la salud en todas las políticas
- 2 Establecer el marco para la acción planificada
- 3 Definir las estructuras y los procesos complementarios
- 4 Facilitar la evaluación y la participación
- 5 Garantizar el seguimiento, la evaluación y la rendición de cuentas
- 6 Fortalecer capacidades

**Health in All Policies (HiAP)
Framework for Country Action**

January 2014



Primer Plan Regional de Acción sobre STP



53.º CONSEJO DIRECTIVO
64.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS
Washington, D.C., 2014. 24 de septiembre al 4 de octubre del 2014

Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas

Introducción

1. La Salud es un elemento en deficit en prioridad, los países de la aplicación del marco de la "salud en todas las políticas" en los países de la Región de las Américas. Este plan de acción está en consonancia con el Marco de Acción Planificada para el Comité directivo Regional de la OMS para las Américas, establecido en mayo del 2014 mediante un consenso de los países de esta Región. El plan establece líneas estratégicas de acción a implementar para el periodo 2014-2017, en conformidad con los objetivos descritos en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (2).

Antecedentes

2. La "salud en todas las políticas" es un enfoque reconocido e integrado en salud y desarrollo humano. Como se define en la Declaración de Montreal del 2013 sobre acciones en salud en todas las políticas, el enfoque de las políticas públicas no solo los sectores que directamente "trabaja en salud", sino aquellas que afectan de manera indirecta la salud. Aunque cualquier línea estratégica de acción debe tener como objetivo la salud de la población y la calidad de vida de cada individuo, la estrategia de salud requiere de una perspectiva intersectorial en el proceso de formulación de políticas en todos los sectores que, en particular, tengan repercusión en la salud y la equidad en cuanto de salud, entienda las acciones intersectoriales y necesariamente intersectoriales y conjuntas. Se requieren los recursos y capacidades y recursos humanos.

Línea de acción 1: Establecer las necesidades y prioridades para asegurar la STP

Número de países y territorios que están implementando el Marco de Acción para salud en todas las Políticas para Acción por los países. Línea base (2014): 6. Objetivo (2019): 14.

Línea de acción 2: Establecer el marco para la acción planificada

Número de países y territorios que realizan perfiles de equidad que abordan por lo menos dos determinantes prioritarios de la salud a nivel nacional y subnacional. Línea de base (2014): 1. Objetivo (2019): 18.

Línea de acción 3: Identificar estructuras y procesos de soporte

Número de países y territorios con un mecanismo específico, como comité intersectoriales o IECs, por medio del cual el sector salud pueda involucrarse dentro y más allá del sector público. Línea de base (2014): 4. Objetivo (2019): 18.

Línea de acción 4: Facilitar la evaluación y el compromiso

Número de países y territorios con mecanismos que comprometen a las comunidades y la sociedad civil en el proceso de desarrollo de políticas a través de los sectores. Línea de base (2014): 4. Objetivo (2019): 18.

Línea de acción 5: Garantizar el seguimiento, evaluación, y presentación de reportes

Número de países y territorios que monitorean, evalúan y reportan el progreso en la introducción de salud y equidad en salud en el desarrollo e implementación de políticas de gobierno. Línea de base (2014): 0. Objetivo (2019): 12.

Línea de acción 6: Fortalecer las Capacidades

Número de países y territorios con institutos reconocidos tales como institutos nacionales de salud pública, universidades y centros de excelencia que ofrecen cursos de entrenamiento sobre la implementación y monitoreo de STP. Línea de base (2014): 0. Objetivo (2019): 8.

Plan de Acción Regional de la STP: Actividades Específicas

- a) **Generar y documentar evidencia sobre la STP;**
- b) **Utilizar estudios de casos regionales para ampliar las experiencias sobre STP en la Región- (Brasil, Canadá, y México);**
- c) **Construir capacidades en STP usando el Curso sobre STP desarrollado por la OMS;**
- d) **Ampliar la Evaluación de Impacto en Salud haciendo seguimiento a las iniciativas pilotos en STP (Argentina, Colombia, y Surinam);**
- e) **Trabajar con las redes municipales de salud y escuelas saludables;**
- f) **Monitorear el avance de la implementación de la STP en los países;**
- g) **Fortalecer la colaboración Sur-Sur y Norte-Sur**



Source: 1 - Available from: <http://www.panahealth.org/2014/07/27/panahealth>
Image 2 - Available from: <http://www.brazil.gov.br>
Image 3 - Available from: <http://www.panahealth.org/2014/07/27/panahealth>

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
AMÉRICA

**¿Qué lecciones hemos
aprendido trabajando con
Salud en Todas las
Políticas y DSS?**




Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
AMÉRICA

El trabajar
Salud en Todas las
Políticas se da:

Federal **Estatad** **Municipal**

Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud
AMERICANA

<p>Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas</p> <p><i>Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar</i></p> <p>Tener en cuenta la salud significa un gobierno más eficaz</p>	<p>1988</p>
<p>La Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas pretende captar a los líderes e instancias normativas de todos los niveles de gobierno: local, regional, nacional e internacional, y hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social. Aunque muchos sectores ya contribuyen a mejorar la salud, todavía hay lagunas importantes.</p>	
<p></p> <p>http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf</p>	

La llave del éxito en el trabajo de STPolíticas y DSS



Intersectorialidad




La importancia de la participación y acción por parte de la comunidad.






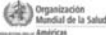
30/10/15

La importancia de la formación de los Recursos Humanos



Red Regional de Capacitadores STP





Campus Virtual de Salud Pública

Aula Virtual

En este momento está usando el acceso para invitados (Invitar)
 Idioma: español - idioma: es

CURSOS REGIONALES

Portal CVSP
¿Qué es el Campus?
Aula Virtual
Biblioteca Virtual
Clinica Virtual Docente
Noticias
OP-SOMS

Página Principal ▶ Cursos ▶ Recursos abiertos / Open resources ▶ Determinantes (REA) ▶ Determinantes_3 ▶ Módulo 1. Elementos conceptuales relacionados con los

III Curso Virtual para Docentes de Salud Pública sobre Fundamentos de Determinantes Sociales de la Salud

Módulo 1. Elementos conceptuales relacionados con los determinantes sociales de la salud

Módulo 2. Perspectivas teóricas y metodológicas de los determinantes sociales de la salud

Módulo 3. Principales determinantes sociales de las inequidades de la salud | Propuesta de intervención



 Guía del Módulo I
 Calendario Módulo 1 <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=102§ion=1>

Formación de recursos humanos

- **Diplomado en Gestión de determinantes sociales de la salud**
- **Cursos regionales y estatales en promoción, determinantes sociales y salud en todas las políticas.**
 - Hidalgo
 - Cancún
 - Monterrey
 - Sinaloa



Demostrando 'el como': Implementando el método de DSS La importancia de documentar las buenas prácticas

- **Un total de siete estudios en la Región de las Américas fueron documentados y publicados en 2011**
- **Los estudios fueron utilizados como evidencia para mostrar los aspectos prácticos y sistemáticos de implementar el método de DSS al nivel del país**
- **Fue una gran oportunidad para observar y compartir diferentes practicas entre países del hemisferio Norte y Sur**



La importancia de documentar las buenas prácticas





Inicio
Temas de Salud
Programas
Centros de medios
Salud en Crisis
Política y Control
GPEC/OMS México
¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuándo?
Buscar

Inicio > Centros de medios > Sesiones virtuales para compartir experiencias en Promoción de la Salud

Destacados

Estategia de Comunicación Técnica

Cambio de Gestión del Conocimiento

Centros Colaboradores

Publicaciones OPS

Publicaciones OPS

Publicaciones OPS/OMS México

OPIS/OPS México

PALEX

Sesiones virtuales para compartir experiencias en Promoción de la Salud

La Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) y la Representación en México de la OPS/OMS están organizando sesiones virtuales durante el año 2013 para compartir experiencias en Promoción de la Salud.

Participe en las sesiones y conozca los temas que ya se han presentado visitando las tres secciones que ponemos a su disposición:

El último jueves del mes:
Canasta de Buenas Prácticas de Promoción de la Salud
 Las experiencias a compartir destacan por su eficiencia y eficacia para contribuir a enfrentar los principales retos en salud pública, por presentar enfoques innovadores y por la capacidad de ser aprovechadas como modelo para su implementación en otras localidades.



El tercer jueves del mes:
Promoción de la Salud y Determinantes Sociales
 Foro para compartir, analizar, debatir y construir estrategias y herramientas, retomando los puntos de vista y experiencias de todos los que trabajamos por y para la Promoción de la Salud con el enfoque de determinantes sociales.



El primer miércoles del mes:
Prácticas y Experiencias sobre Estilos de Vida Saludables en la Población Mexicana
 Foro para compartir temas y experiencias relacionados con el fomento de estilos de vida saludables que destacan por su eficiencia, eficacia, por el enfoque innovador que los y los promotores de la salud aplican en su quehacer diario, o bien por su capacidad para ser aprovechadas y replicadas para su implementación en los diferentes entornos.



<http://www.paho.org/mex/>

Un comercial

Ultimo jueves de mes 10 am DGPS_ OPS Buena práctica de promoción de la salud y DSS

Con programas audiovisuales siempre innova salud, Estilos de Vida Saludables y Comedores Saludables
 En el contexto de la Semana del Escolar 2013 en "Temas Saludables, Gente Saludable: Comiendo la Salud y la Naturaleza"

Fecha: 17 de septiembre de 2013

Presentador: Lic. María Angélica Ruiz, Representante del Programa de Entrenamiento y Fortalecimiento del personal de Salud.

Facilitadores: Dra. Lorena Rodríguez, Director General de Promoción de la Salud y Dr. Diego González, Asesor en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS/OMS México.

Valores de la práctica: [Leer]

Descargar la presentación: [Leer]

Promoción de la Salud Mundial Intersectorial en Plenarios de Escuelas, Colegios e Institutos Educativos

Fecha: 20 de julio de 2013

Presentador: Lic. María Angélica Ruiz, Coordinadora de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales del estado de Tabasco.

Facilitadores: Dra. Anacrista Trujillo de la Dirección General de Promoción de la Salud y Dr. Diego González, Asesor en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS/OMS México.

Valores de la práctica: [Leer]

Descargar la presentación: [Leer]

Fortalecimiento de Promotores de Salud Indígenas de Lengua Indígena

Fecha: 19 de junio de 2013

Presentador: Lic. Laura Prieta, Programa de Promoción de la Salud y Determinantes Sociales del estado de Puebla.

Facilitadores: Mtra. Susie Aguayo, DGPS; Promoción de la Salud, Secretaría de Salud del estado de Puebla y Dr. Diego González, Asesor en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS/OMS México.

Valores de la práctica: [Leer]

Descargar la presentación: [Leer]



Canasta de buenas prácticas de Promoción de la Salud

[Logo] Medios Especializados de Atención a los Grupos Vulnerables

Creando y Compartiendo Evidencia.

Observatorios en la Región traen oportunidades para entrenamiento, investigación, y supervisión. También sirven como puntos de diseminación para las mejores practicas en políticas a través de un enfoque en legislación, regulación, políticas publicas, y políticas internacionales de salud.



CARMEN NCD Observatorio de Políticas: Una plataforma para una red de países de las Américas e Instituciones que trabajan con el análisis sistemático de políticas de enfermedades no transmisibles

Observatorio de Salud Regional: Un recurso institucional para facilitar el acceso de data, estadísticas, e información de salud de la Región de las Américas



EQUIDAD listserv: Un recurso especializado que sirve 65,000 de personas en 170 países diseñado para diseminar información, promover comunicación, y enlaces interdisciplinarios sobre desigualdad, salud, y desarrollo humano



La importancia del monitoreo de los resultados

Un ejemplo práctico: Observatorio Mexicano de Enfermedades Crónicas No transmisibles

Quiénes somos Sistema de Indicadores Campaña Salud Datos y Contacto UANL

“Una ciudadanía informada, un país saludable”

EL OMENT CUENTA CON INFORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA:

 <p>Documento de discusión No. 6 de la serie sobre determinantes sociales de la salud Contribución para el proyecto: La economía de los determinantes sociales de la salud</p>  <p>EL ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD A TRAVÉS DE ACCIONES INTERSECTORIALES: CINCO CASOS DE POLÍTICA PÚBLICA DE MÉXICO</p> <p>DEBATES, POLÍTICA Y PRÁCTICA, ESTUDIOS DE CASO</p>	 <p>Social Determinants of Health Discussion Paper 7 Contributing to the project: The Economics of Social Determinants of Health</p>  <p>POSITION PAPER ON ECONOMIC ARGUMENTS FOR INTERSECTORAL INTERVENTIONS THAT IMPROVE THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: MEXICO</p>
<p>http://www.who.int/social_determinants/publications/SDH6.pdf</p>	<p>http://www.who.int/social_determinants/publications/SDH7.pdf</p>

¿Cuántas personas conocen la información y los materiales de capacitación?



**Importancia del trabajo en redes:
Regla de las 3C**

¿Por dónde se disemina y se intercambia información sobre Determinantes Sociales de la Salud y Salud en Todas las Políticas?



Comunicándose con
otros.....



Información, Diseminación, Intercambio, Conocimiento....

30/10/15

Redes en Latinoamérica y
el Caribe que pueden apoyar



Red de Municipios Saludables
Red de Escuelas Promotoras de la Salud
Red de Universidades Promotoras de la Salud



Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud
Américas

Red Mexicana de Determinantes Sociales de la Salud

Red Mexicana de Determinantes Sociales de la Salud

REDMEX-DSS

- Inicio
- Objetivos
- Desarrollo
- Suscripción
- Participación
- Noticias
- Enviar mensaje
- Contactar mensaje
- Facilidades
- Aviso legal
- Contacto





¿QUE ES LA REDMEX-DSS?

Es un foro de debate y difusión de información de la Red Mexicana de Determinantes Sociales de la Salud, abierto a la participación de todos los interesados en los Determinantes Sociales de la Salud y la disminución de las inequidades en salud de la población en México.

Programas y Sitios

REDMEX-DSS
 Promoción de la Salud
 2013 - 2018
 CDMX

Enlaces Relacionados

Promoción de la Salud
 ASES-AMERICA
 MSP

Acerca

México



REDMEX-DSS ES UNA DE LAS ACTIVIDADES DE LA REDMEX-DSS EN COLABORACIÓN CON LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

<http://promocion.salud.gob.mx/determinantes/>

Suscripción

Por correo electrónico, enviando un mensaje al administrador del foro (Dr. Oswaldo Medina) a:

red.mexicana.dss@gmail.com






Acompañando los cambios!!!



Objetivos de Desarrollo del Milenio

↓

Objetivos de Desarrollo Sostenible

Monitoring inequality: an emerging priority for health post-2015
Ahmad Reza Hosseinpoor, Nicole Bergen, Veronica Magar

Bulletin of the World Health Organization
 2015;93:591-591A
 Published online: September 2015

Agenda 2030








Los elementos articuladores

- **Los elementos articuladores entre los DSS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, son entre otros:**
 - los derechos humanos
 - la búsqueda de la igualdad y la justicia social
 - la reducción de la pobreza
 - el desarrollo y bienestar de la población mundial

Fuente: Nelly SaLGADO. Webinar Agenda 2030.




Misión en Acción

- La OPS está altamente comprometida en firmemente incluir la desigualdad en su agenda.
- La Desigualdad y los Determinantes de la Salud son prioridades claves en la *Agenda de Salud de las Américas 2008-2017*
- Empezar las desigualdades a través de los enfoques de los Determinantes Sociales de la Salud y la Salud en Todas las Políticas es uno de los objetivos en el Plan Estratégico de la OPS.



"Confío en que a medida que avancemos en incorporar la salud en todas las políticas, nuestro trabajo reafirmará a las Américas como una fuerza innovadora y dinámica en desarrollar políticas centradas en las personas, que avancen en salud, equidad y justicia social".

Dra. Carissa Etienne.





Muchas Gracias !
gonzalezd@paho.org



Equidad y determinantes sociales de la salud en México

Dr. Adolfo Martínez Valle.

Director General Adjunto de Políticas de Financiamiento, Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud.

Introducción

Históricamente, México ha reconocido la inequidad como un asunto de política pública y los factores socioeconómicos como “determinantes de la salud”. Asimismo se han diseñado e implementado políticas públicas cuyo fin es incidir en estos “determinantes sociales” para reducir las inequidades en salud. Sin embargo, la mayoría de estas políticas no han sido evaluadas adecuadamente, lo cual ha impedido generar suficiente evidencia empírica de sus efectos. Más aún, éstas no han logrado que se cumpla cabalmente el derecho a la protección social de la salud consagrado en la Constitución.

Por ello, esta ponencia tiene como objetivos, primero ilustrar con evidencia empírica cómo se han abordado las inequidades de salud en México en las dos más recientes décadas; discutir en segundo lugar, porqué persisten las inequidades en salud en este país y finalmente esbozar algunas propuestas de política pública para poder alcanzar un ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud.

Cumplir con estos objetivos requiere definir criterios específicos que permitan identificar políticas públicas efectivas en incidir los determinantes sociales para reducir las inequidades en salud.

La tabla muestra los cinco criterios especificados que permitieron seleccionar los dos casos efectivos de política pública: el Programa Oportunidades, ahora Prospera y el Seguro Popular. Mientras que el primero tiene ya casi 20 años operando, el segundo está por cumplir 15 años, tiempo suficiente para ser evaluado adecuadamente. Ambas inciden en determinantes sociales específicos con el fin de reducir inequidades en salud atendiendo poblaciones vulnerables.

Evidencia empírica

Tanto Prospera como Seguro Popular han sido evaluadas como dos de las políticas más progresivas del país, es decir, que han

atendido a la población de menores ingresos. También, ambos han contribuido a reducir la pobreza extrema, al estar dirigidos a la población de menores ingresos. Sin embargo, todavía existen grupos marginados como la población indígena que no ha mejorado su situación socioeconómica en años recientes.

Uno de los efectos más importantes de Prospera es la disminución de la talla baja y la anemia desde 1997. Mientras que la prevalencia de la primera en niños menores de 5 años disminuyó de 35 en 1997 cuando inició el Programa a 14.1 en 2012, la anemia se redujo de 61 en 1997 a 25.2 en 2012. En el ámbito educativo la escolaridad promedio de hijos de 20 años de las familias beneficiarias de Prospera aumentó de 5.62 años en 2000 a 8.43 en 2010, lo cual contrasta con la escolaridad de sus padres cuya escolaridad promedio es alrededor de 4 años. Estas cifras, sin embargo, también revelan una disminución en las brechas con respecto a la escolaridad promedio nacional de 10.2 en 2010.

El Seguro Popular, por su parte, fundamentalmente ha logrado incrementar la protección financiera en salud. En términos de aseguramiento, la población no afiliada a alguna institución pública se ha reducido a menos del 20% en 2014, cuando en 2006 casi la mitad de la población total del país no estaba todavía protegida algún esquema de aseguramiento público. Sin embargo, todavía existen grupos vulnerables que no están protegidos por el Seguro Popular, como los mismos beneficiarios de Prospera: el 30% no están afiliados al Seguro Popular en 2014. Más grave aún es la situación de la población indígena cuya carencia de protección por el Seguro Popular es de casi el 70% en 2014.

Uno de los resultados más importantes que ha tenido el Seguro Popular es la disminución del gasto catastrófico en salud. Los mapas ilustran la evolución de este indicador por entidad federativa entre 2006 y 2014. Prácticamente en todas se redujo el gasto catastrófico y para el 2014 solamente en 2 entidades federativas, el porcentaje de su población que incurrió en gasto catastrófico no fue superior a 6%. En ese sentido, el seguro popular ha tenido un efecto positivo. También ha logrado reducir las inequidades financieras entre las instituciones. La seguridad social concentraba la mayor parte de los recursos y actualmente tienen un gasto muy similar, aunque esta mayor equidad no se ha logrado traducir en una cobertura efectiva.

México sigue teniendo un gasto de bolsillo muy alto. Casi la mitad del gasto en salud hoy en día se sigue financiando del bolsillo de las personas, cuando deberíamos estar más cerca de lo que hacen el resto de los países de la OCDE por el actual porcentaje de cobertura que se actualmente en nuestro país. Esto significa, en términos de atención, como lo ilustra la gráfica, cerca del 30% de los derechohabientes acuden a los servicios ambulatorios privados, sin importar a que institución pública de salud estén afiliadas.

Esto significa que el sector público no está haciendo lo suficiente para que la gente tenga una cobertura efectiva en el ámbito ambulatorio. Esto explica en parte porque los consultorios de las farmacias del Dr. Simi son uno de los principales proveedores a los que acuden los derechohabientes para atender problemas agudos y fáciles de tratar como un dolor de cabeza o de estómago. En los servicios hospitalarios este fenómeno no ocurre en la misma proporción, fundamentalmente por que los precios en el ámbito privado no son muy accesibles.

El surtimiento incompleto de recetas en el sector público también explica porque el gasto de bolsillo siguen siendo relativamente alto. Aunque el IMSS surte en un 90% sus recetas, los servicios estatales de salud financiados por el Seguro Popular están alrededor del 70%.

Otro resultado importante del Seguro Popular ha sido la creciente e importante asignación de recursos para la atención de la salud, el gasto en salud sigue siendo bajo, si lo comparamos con el resto de los países miembros de la OCDE o los mismos países latinoamericanos con un nivel de desarrollo similar al de México.

Tres conclusiones y una recomendación

A manera de conclusión, tres lecciones de política pública pueden aprenderse de la experiencia de Prospera y el Seguro Popular. La primera es que la evidencia sólida es importante para demostrar la efectividad de las políticas públicas en el cumplimiento de sus objetivos. Esto es estratégico porque contribuye a fortalecer su viabilidad política. Segundo, a pesar de estos avances, persisten inequidades en salud, lo cual impide que se pueda ejercer plenamente el derecho a la protección de la salud. Finalmente, estas inequidades persisten porque el abordaje para incidir en los llamados determinantes sociales no ha sido integral ni sistémico.

Por ello, para lograr el pleno ejercicio del derecho a la protección de la salud la evidencia se recomienda seguir tres líneas estratégicas: uno, articular con una visión de Estado multisectorial, las acciones de políticas públicas efectivas en reducir las inequidades en salud para producir efectos sinérgicos y potenciar su impacto; dos, generar información útil, completa y confiable para mejorar la gestión de todas las políticas públicas que inciden en los determinantes sociales de la salud y evaluar sus efectos y tres, construir un Sistema Nacional de Salud que permita brindar atención efectiva y con calidad sin importar la condición socioeconómica o laboral de la población usuaria.

Simposio CONAMED 2015

El derecho a la protección de la salud en el marco de la seguridad humana y el desarrollo social

Cómo se han abordado en México las inequidades en salud y sus determinantes sociales: una perspectiva de política pública

Adolfo Martínez Valle
Secretaría de Salud

Ciudad de México 25 de septiembre, 2015

1



Contenido

1. Introducción
2. Objetivos
3. Marco conceptual
4. Evidencia empírica
5. Lecciones de política pública

2



1. Introducción

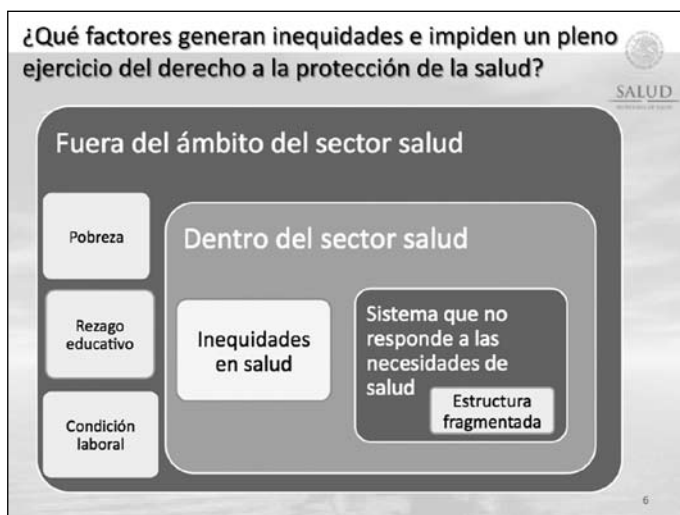
- ❑ Históricamente, México ha reconocido la inequidad como un asunto de política pública y los factores socioeconómicos como “determinantes” de la salud
- ❑ Asimismo, se han diseñado e implementado políticas públicas cuyo fin es incidir en estos “determinantes” sociales para reducir las inequidades en salud
- ❑ Sin embargo, la mayoría de éstas no han sido evaluados cabalmente, por lo que existe muy poca evidencia empírica de sus efectos
- ❑ Más aún, éstas no han logrado que se cumpla cabalmente el derecho a la protección social de la salud consagrado en la Constitución

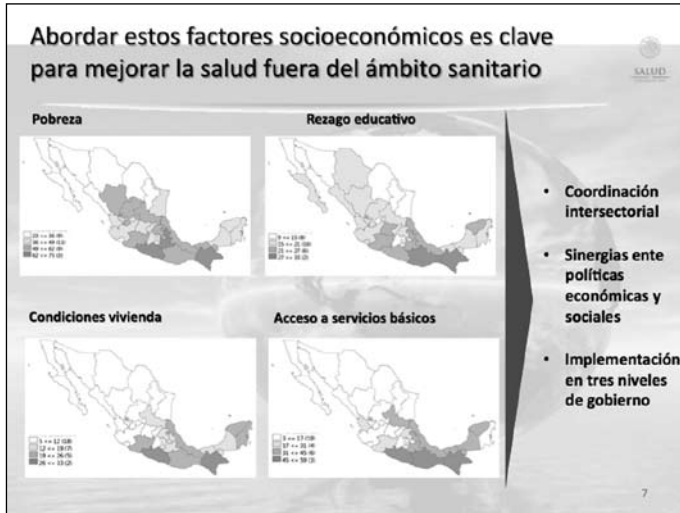
3

2. Objetivos

- ❑ Ilustrar con evidencia empírica cómo se han abordado las inequidades de salud en México en las dos más recientes décadas
- ❑ Discutir porqué persisten las inequidades en salud en este país y
- ❑ Esbozar algunas propuestas de política pública para poder alcanzar un ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud

4



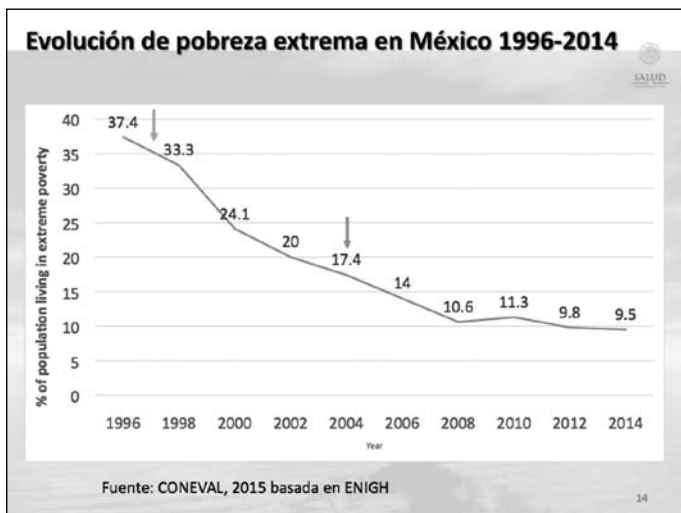
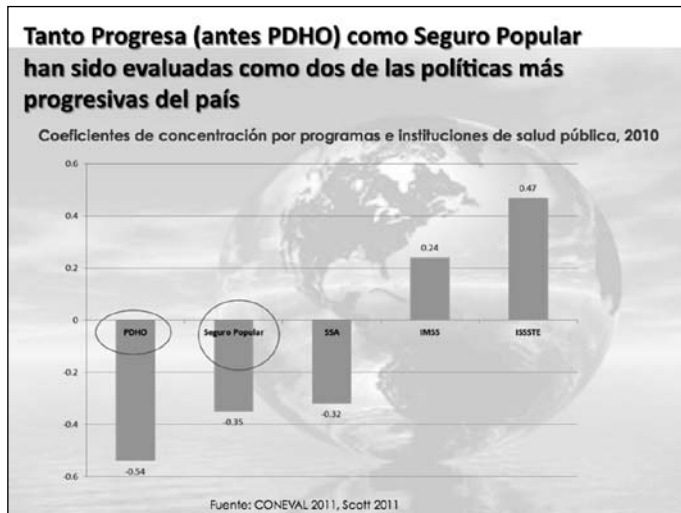


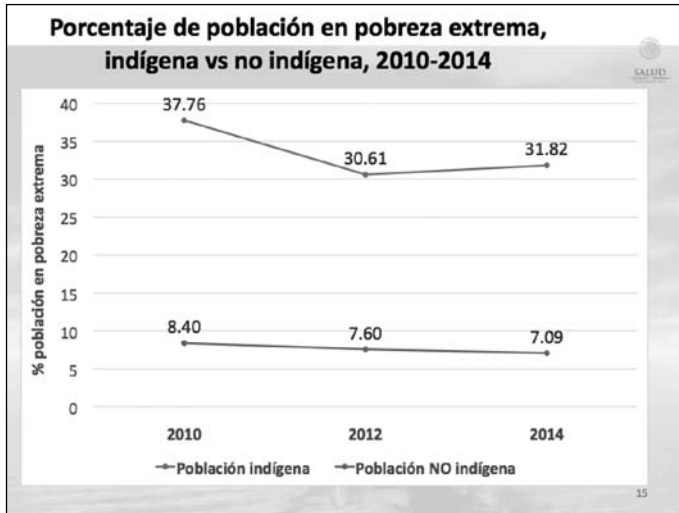


Para ilustrar este abordaje efectivo, se seleccionaron dos casos

Criterios selección	Seguro Popular	Oportunidades/Prospera
Determinante social	Ingreso asociado a condición laboral	Pobreza extrema
Meta estratégica	Reducir el gasto de bolsillo en salud	Mejorar condiciones nutrición, salud y educación
Población objetivo	Población sin seguridad social	Familias en pobreza extrema
Evaluación	Sí	Sí
Años en operación	13	18







Efectos positivos en estado nutricional de población beneficiaria de Prospera

Prevalencia <5 años (%)	1997	2006	2012	
			Prospera	Sin Prospera*
Talla baja	35	33.7	21.4	14.1
Anemia	61	32	25.2	25.2

*No beneficiaria en quintiles 1 y 2

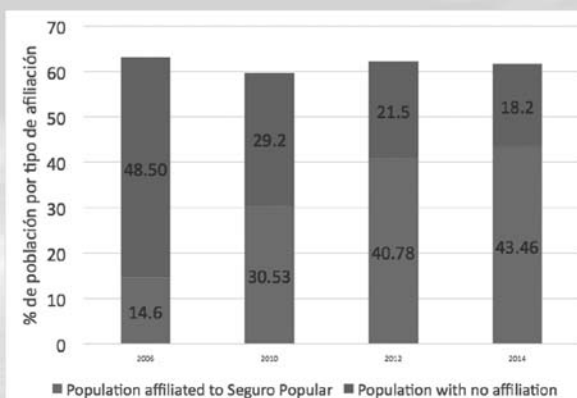
Fuente: ENSANUT 2006 y 2012

Efectos positivos en educación de población beneficiaria de Prospera

Escolaridad promedio de hijos de 20 años	2000	2005	2010
Oportunidades	5.62	8.01	8.43
Padres con hijos de 20 años	3.85	4.77	4.12
Nacional	8.77	9.62	10.17

Fuente: PDHO, 2013

La protección de la salud se ha incrementado a través del Seguro Popular





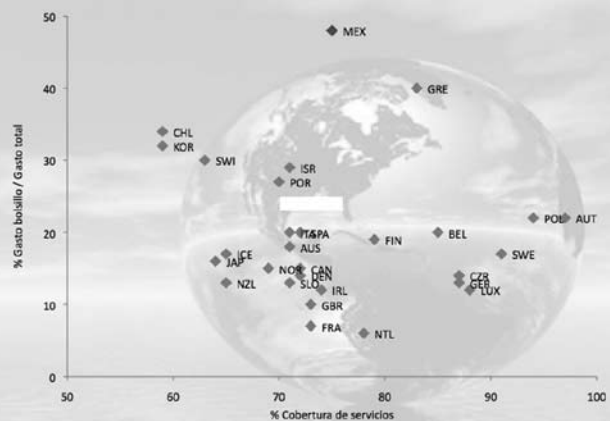
También se han reducido las inequidades financieras entre instituciones...



Nota: *Para 2012 las cifras son preliminares
Fuente: Secretaría de Salud, DGIS, SICUENTAS, 2012

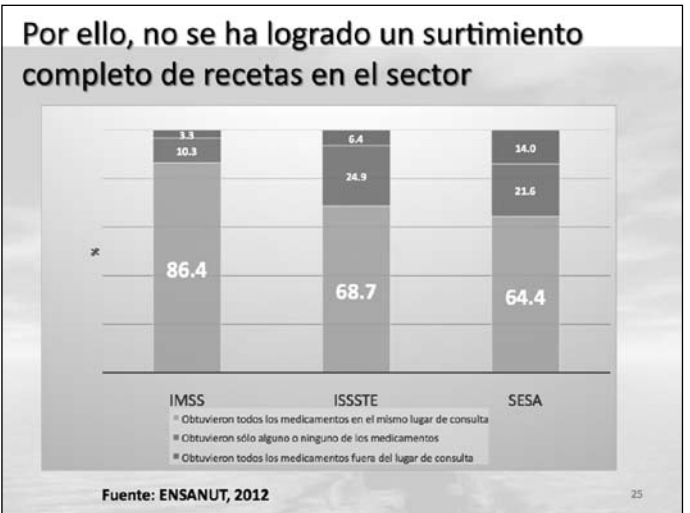
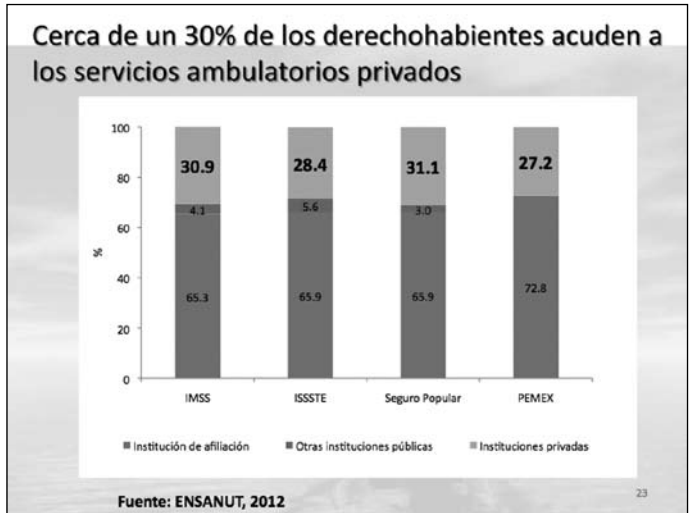
21

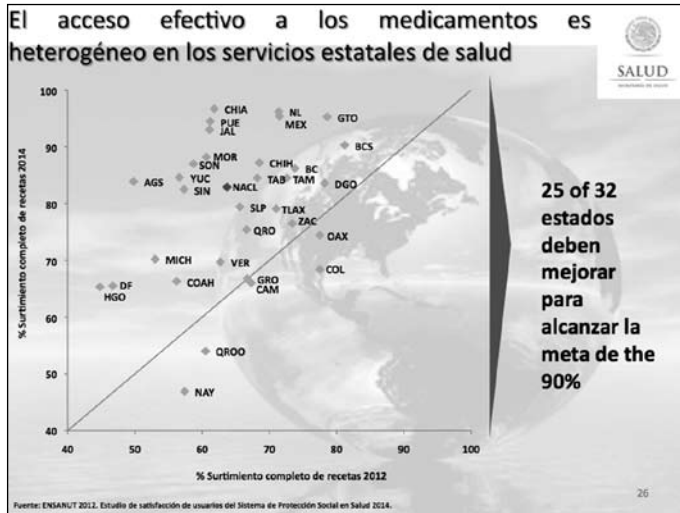
Todavía no se logra una cobertura efectiva...




Fuente: OCDE, 2013

22







5. Lecciones de política pública

- La evidencia sólida es importante para demostrar la efectividad de las políticas públicas en el cumplimiento de sus objetivos
- Esto es estratégico porque contribuye a fortalecer su viabilidad política
- A pesar de estos avances, persisten inequidades en salud, lo cual impide que se pueda ejercer plenamente el derecho a la protección de la salud
- Estas inequidades persisten porque el abordaje para incidir en los llamados determinantes sociales no ha sido integral ni sistémico

Para lograr el pleno ejercicio del derecho a la protección de la salud la evidencia sugiere...

- Articular con una visión de Estado multisectorial, las acciones de políticas públicas efectivas en reducir las inequidades en salud para producir efectos sinérgicos y potenciar su impacto
- Generar información útil, completa y confiable para mejorar la gestión de todas las políticas públicas que inciden en los DSS y evaluar sus efectos
- Construir un Sistema Nacional de Salud que permita brindar atención efectiva y con calidad sin importar la condición socioeconómica o laboral de la población usuaria

¡Muchas gracias!

adolfo.martinez@salud.gob.mx

