



Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques

XVIII REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD Parlatino

La Habana, Cuba 6 y 7 de junio de 2013.



Parlamento Latinoamericano
Secretaría de Comisiones

Serie **América Latina y El Caribe**

27



XVIII REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL PARLATINO

La Habana, Cuba
6 y 7 de junio de 2013

Serie América Latina

N° 27

INDICE

- 1. INFORMACIÓN BASICA**
 - 2. PARLAMENTO LATINOAMERICANO**
 - 3. AGENDA DE LA XVIII REUNIÓN DE SALUD**
 - 4. ACTA DE LA XVII REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD. ELABORADA POR LA SECRETARÍA DEL PARLATINO AGOSTO 2012**
 - 5. PROMOCIÓN DE LA SALUD. SECRETARÍA DE SALUD 2012**
 - 6. PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA NUEVA CULTURA. SECRETARÍA DE SALUD**
 - 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO**
 - 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉXICO. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL E INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**
- ANEXO**
- 9. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO: SALUD. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA 2013**

1

INFORMACIÓN BÁSICA

EMBAJADA DE MÉXICO EN CUBA

Embajador: JUAN JOSÉ BREMER DE MARTINO

Domicilio: Calle 12 No. 518 Esq. 7ma. Avenida, Reparto Miramar,
Municipio Playa, Provincia Ciudad de la Habana, Cuba.
C.P. 11300

Teléfono: (537) 204-7722 al 25, 204-2498, 204-2553, 204-2583
Conm.

Fax: (537) 204-2717, 206-9544

E-mail: embamex@embamexcuba.org

2

**PARLAMENTO LATINOAMERICANO
(PARLATINO)**



Desde 1964, el Parlamento Latinoamericano (PARLATINO), ha funcionado como un organismo regional con carácter democrático y con representación de todas las tendencias políticas existentes en la región. El PARLATINO se fundamenta en principios permanentes como la defensa de la democracia y la integración latinoamericana.

La estructura del Parlamento Latinoamericano son:

- La Asamblea;
- La Junta Directiva;
- Las Comisiones Permanentes; y,
- La Secretaría General.

Las Comisiones Permanentes son:

1. Asuntos Políticos, Municipales y de la Integración;
2. Asuntos Económicos, Deuda Social y Desarrollo Regional;
3. Seguridad Ciudadana, Combate y Prevención al Narcotráfico, Terrorismo y Crimen Organizado;
4. Educación, Cultura, Ciencia, Tecnología y Comunicación;
5. Salud;
6. Derechos Humanos, Justicia y Políticas Carcelarias;
7. Equidad de Género, Niñez y Juventud;
8. Servicios Públicos y Defensa del Usuario y el Consumidor;
9. Laborales, Previsión Social y Asuntos Jurídicos;
10. Agricultura, Ganadería y Pesca;
11. Energía y Minas;
12. Medio Ambiente y Turismo;
13. Pueblos Indígenas y Etnias.

El Parlatino está integrado por 23 países: Argentina, Aruba, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Martín, Suriname, Uruguay, Venezuela.

De acuerdo con el Reglamento del Parlatino, la Comisión de Salud versará sobre todo lo relativo a la prevención y recuperación de la salud de los habitantes en América Latina. Abarca lo referente a la salud pública y saneamiento ambiental y los aspectos de investigación y desarrollo.

Con base a estadísticas de enfermedades, epidemias y morbilidad, propondrá soluciones, reformas a los sistemas de salud y mejoramiento de la calidad de vida; se pronunciará sobre la situación alimentaria de la región y analizará en reuniones, talleres, foros y seminarios la realidad de la salud en América Latina y las medidas que han de adoptarse para mejorarla.

Esta Comisión ha elaborado proyectos de Leyes Marco en los siguientes ámbitos:

Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional para América Latina y el Caribe (Panama 3 y 4 de diciembre de 2009)

Ley Marco en Materia de Vacunación para América Latina y el Caribe (Panamá 3 y 4 de diciembre de 2009)

Proyecto de Ley sobre el Control del Tabaquismo (2002)

Anteproyecto de Ley marco sobre Promoción Integral de las Personas de la Tercera Edad

Ley Modelo para la Protección de la Lactancia Materna (1995)

Sugerencias Básicas de Contenido para la Elaboración de un proyecto de Ley sobre Reorganización del Sistema de Salud (1994)

México ha formado parte de este parlamento regional desde su creación, y no sólo participa, sino que tiene un papel preponderante por el rol que juegan los parlamentarios mexicanos dentro de las trece comisiones que lo conforman y en sus organismos directivos. Durante la Legislatura LXI, la Senadora María de los Ángeles Moreno continuó en el cargo de Secretaria de Comisiones que asumió en 2008, hasta diciembre de 2010, teniendo bajo su responsabilidad la elaboración de los programas de trabajo, la supervisión y el control del normal funcionamiento de las Comisiones permanentes, temporales y especiales. Posteriormente, en la Asamblea General de 2010, fue electa como Secretaria General del Parlamento, cargo que ocupó hasta el 31 de agosto de 2012.

Actualmente, la Senadora Blanca Alcalá es la Secretaria General, y la Senadora Mariana Gómez del Campo ocupa la Vicepresidencia por México en el Parlatino.

Durante la legislatura LXI (septiembre 2009-agosto 2012), las comisiones permanentes del Parlamento Latinoamericano celebraron un total de 107 reuniones; además la Mesa Directiva se reunió en dos ocasiones. Los senadores mexicanos participaron en un total de 67 reuniones de comisiones. Tres comisiones realizaron encuentros ordinarios en México y una un encuentro extraordinario.

Igualmente, durante esa Legislatura, el PARLATINO aprobó 10 Leyes Marco, que abordan temas de seguridad, narcotráfico, medio ambiente, entre otros.

Otro evento celebrado por el PARLATINO fue el III Encuentro de Parlamentarios Jóvenes de América Latina y el Caribe (agosto 2010, México).

El PARLATINO intentó posicionarse como el espacio parlamentario para la planteada Comunidad de Estados de América Latina y el Caribe (CELAC). Prueba de ello es que en julio de 2011, el Presidente de PARLATINO Elías Castillo y la Secretaria General María de los Ángeles Moreno, firmaron una propuesta para que la CELAC tuviera una estructura parlamentaria y que el PARLATINO se integrará como este órgano a la comunidad, como Asamblea Legislativa. La propuesta fue presentada en diciembre de 2011, durante la Cumbre Constitutiva de la CELAC. En el futuro se verá si este esfuerzo se concreta.

3



**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL PARLAMENTO
LATINOAMERICANO
LA HABANA, CUBA 6 y 7 DE JUNIO DE 2013-
AGENDA**

Diputado
Presidente de la Comisión

Diputada Daisy Tourné
Secretaria de Comisiones

**Lugar de las reuniones:
HOTEL NACIONAL**

MIÉRCOLES 05

Llegada de los parlamentarios, traslado al hotel

JUEVES 06

08:30 hrs.

Traslado al lugar de la reunión

09:00 – 11:45hrs

**INICIO DE LOS TRABAJOS
DESIGNACION LEGISLADOR REDACTOR**

TEMA I:

Promoción de salud con énfasis en su impacto en la conducta de las personas.

11:45 a 12:00

Receso para café

12:00 a 13:00

Continuación de los trabajos.

13:00 – 14:45 hrs

Almuerzo



14:45 – 15:45

Continuación del tema I

Promoción de salud con énfasis en su impacto en la conducta de las personas

Debate

15:45 – 16:00

Receso para café

16:00 – 18:00

Continuación de los trabajos

Fin de la Jornada

VIERNES 07

8:30

Traslado de los parlamentarios al lugar de la reunión

9:00 a 11:15

TEMA II

Consentimiento informado en salud

11:15 a 11:30

Receso para café

11:30 a 12:45

Continuación de los trabajos

12:45 a 14:00

Almuerzo

14:45 a 18:00

Continuación de los trabajos

Elaboración del acta

Lectura y aprobación

Firmas

4



ACTA

REUNION DE LA COMISION DE SALUD

PAIS: BRASIL FECHA: 29 DE AGOSTO DE 2012

LUGAR: CAMARA DE LOS DIPUTADOS DE BRASILIA. CONGRESO NACIONAL

LEGISLADOR

Carlos Velasco
Roberto Kestler Velásquez
Ricardo Arturo Sandoval
Víctor M Castro Cosío
Ernesto Saro Boardman
Antonio Benítez Lucho
Bernardo M. Téllez Juárez
Antonio Mesía Haro
Juan Manuel Arraga
Mario Molina Crespo
Annie Sebario Mora
Cristina Ziebart
Javier García
Francisco García
Ruth Douglas
Gustavo Rondón
Germán Antelo
Lloyd Richardson
Melvin Ras
Lorna Varlack
José Ramón Barrios
Luis José Gallo Imperiale
Enma Lucia Larios
Rebeca Sonia González Fernández

PAIS

Ecuador
Guatemala
Guatemala
México
México
México
México
México
Uruguay
Ecuador
Costa Rica
Argentina
Uruguay
Venezuela
San Martin
Perú
Bolivia
San Martin
Aruba
Aruba
Chile
Uruguay
México
Cuba

EXPOSITORES:

Luis José Gallo

Ernesto Saro Boardman

Germán Antelo

Xenia Mas de Vergara

Legislador

Legislador

Legislador

Directora SEDISCAP, OEA

TEMAS A TRATAR:

1. Ley Marco sobre Sistema de Salud
2. Productos Milagros
3. Donaciones y trasplantes de órganos
4. Discapacidad
5. Otros asuntos

SECRETARIO REDACTOR

Rebeca Sonia González Fernández

Tema 1. Ley Marco sobre Sistema de Salud

Luis José Gallo resume el trabajo realizado por la comisión creada en la reunión anterior que concluye la existencia de principios básicos que deben estar presentes en cada sistema de salud como que la salud es un derecho, ser universal, integral, la participación social, el derecho de los pacientes, la accesibilidad y la garantía del financiamiento económico. Aborda los elementos presentes en la legislación de su país que se trabajaron cuatro leyes.

Antonio Benítez Lucha expresa su preocupación de que una Ley Marco trae problemas de carácter técnico jurídico. Está de acuerdo con el documento.

Ernesto Saro plantea que en el caso de México la legislación permite que en caso de emergencias el ministro de Salud pueda tomar decisiones para enfrentar la situación lo que les permitió enfrentar la epidemia del virus AH1N1.

Luis José Gallo recuerda que una Ley Marco es solo de referencia.

Rebeca González Fernández recuerda que en reuniones anteriores se acordó trabajar esta Ley Marco, se han abordado principios generales que todos los sistemas deben tener, que pueden revisarse cuando se actualice las legislaciones vigentes y eso no debe ser causa de ninguna dificultad.

Germán Antelo considera debe redactarse y compartirlo con los miembros de la comisión para que den sus criterios, aborda los principios del sistema de su país,

propone revisar lo que aparece en la constitución de cada país y aprobarlo en noviembre.

Melvin Ras explica que debe fijarse una Ley Marco y explica las especificidades de su país. Considera no debe faltar la prevención de salud, el control de los gastos y el derecho de los pacientes a recibir información y a quejarse.

Antonio Benítez Lucha considera que los principios básicos son coincidentes.

Francisco García considera debe aprobarse estos principios generales y para noviembre mejorar la redacción.

Cristina Ziebart considera debe precisarse en lo que todos están de acuerdo para trabajar después en lo que hay criterios diversos.

Enma Lucia Larios insiste en que la Ley Marco no es vinculante, son recetas que cada país adaptara, debe ser un sistema que garantice la calidad y la protección a la población.

Bernardo Téllez considera debe aprobarse el documento.

Antonio Benítez Lucha coincide en aprobar el documento y revisar la redacción.

Carlo Velazco resume los principios básicos que se han planteado. Coincide en la coordinación entre los efectores recogida en la legislación uruguaya, refiere que la situación de México con el tema del ministro de Salud en situaciones de emergencia es una referencia para estudiar, Cuba y Venezuela consideran debe aprobarse la Ley Marco y que debe crearse una comisión para la redacción tomando el documento presentado como base.

Javier García coincide en aprobar el documento y que José Gallo y Carlos Velazco revisen la redacción.

José Gallo opina que debe hacerse para noviembre para garantizar la calidad, debe aprobarse los fundamentos y prepararlo para la próxima reunión.

Germán Antelo coincide con el planteamiento de Gallo y se propone para estar en la comisión.

Rebeca González considera que Carlos Velazco, Horacio Lores y Alfredo Espinosa pueden integrarla porque son los que ya han trabajado el tema.

Francisco García propone que Rebeca González integre esta comisión.

Se acuerda por unanimidad los fundamentos de la Ley Marco sobre los Sistemas de Salud y que la comisión integrada por Alfredo Espinosa, Horacio Lores, José

Gallo, Germán Antelo, Carlos Velazco y Rebeca González trabajen la redacción. Será después enviada a cada miembro para elaborar una propuesta para la reunión de noviembre en San Martín.

Tema 2. Productos Milagros.

Ernesto Saro aborda la experiencia legislativa mexicana relacionada con el tema, la clasificación de los medicamentos por grupos. Explica que los productos milagros evadían el registro al inscribirse como suplementos alimenticios lo que autorizaba su publicidad sin tantos controles, no así, los medicamentos. Después le atribuían propiedades curativas y ya no podían paralizar la publicidad y las multas eran muy pequeñas. Ahora se controla y se regula la publicidad con datos específicos, se responsabilizan con el tema. Si la televisora viola algo son responsables. El engaño puede ser juzgado.

Antonio Benítez Lucha complementa con algunos datos. Refiere que eso origina automedicación por la propaganda televisiva en horarios estelares. Ahora se controla la publicidad, el origen de los medicamentos, se precisan los fabricantes lo que regula la publicidad y el consumo.

Ernesto Saro explica que los suplementos alimenticios tiene una concentración menor que las polivitamínicas y estas necesitan recetas para su venta.

Gustavo Rondón pregunta por la clasificación de los medicamentos.

Antonio Benítez Lucha plantea que el documento puede ser utilizado para consulta.

Germán Antelo plantea la preocupación que los farmacéuticos recetan medicamentos.

Roberto Kestler pregunta sobre el origen de la iniciativa legislativa. Refiere que en su país nadie ha reparado en este tema.

Ernesto Saro explica que fue la presión ciudadana o popular y de los médicos fue el impulsor. Esto no fue sencillo pues las televisoras perdieron al perder anuncios. El farmacéutico puede aconsejar. En el caso de los antibióticos la ley plantea que no puede ser vendido sin receta y se hacía provocando un mal uso de los mismos.

José Ramón Barrios aborda la experiencia de su país con las acciones de fiscalización en las farmacias que abrió el debate sobre este tema. Los medicamentos de uso común se trabaja puedan ser vendidos fuera de la farmacias sin recetas en lugares con un profesional con algún conocimiento para evitar las consecuencias de la automedicación. Refiere que hay muchos mitos

sobre las propiedades curativas de productos. Felicita esta iniciativa. Aborda que hoy es un problema la venta por internet, cae en un gran mercado ilegal hasta casos de muerte, no hay a quien culpar.

Ruth Douglas refiere que en su país se realizó una reunión con la Interpol por la preocupación de los medicamentos ilegales vendidos en farmacias. Las legislaciones deben garantizar el registro correcto y que se controle este problema que es muy general ya.

Ernesto Saro recuerda que los productos arbolarios tienen acción terapéutica probada y requieren registro. Aclara que internet no es farmacia por lo que no puede vender medicamentos que requieran receta médica. Los medicamentos piratas son ilegales. La farmacia compra a distribuidores legales que tienen registros y controles. Así se define responsable. Todos los países que se venden en un país deben ser registrados.

Gustavo Rondón pregunta si realmente los productos arbolarios se estudian con seriedad.

Ernesto Saro responde que si aunque en ocasiones incumplen con esto.

Carlos Velazco concluye que los productos milagros deben llevar registro sanitario, considera que la automedicación debe disminuir con la accesibilidad. Otros temas con las anfetaminas como nuevas drogas deben ser revisados. Nuevamente se regresa a que la Ley de Salud lleva necesariamente la participación ciudadana. Agradece a México por la presentación.

Tema 3. Donaciones y trasplantes de órganos

Germán Antelo presenta la legislación de su país Bolivia sobre el tema. El donante no puede sufrir. Siempre con fines médicos. No pueden ser donantes los niños, gestantes ni los discapacitados. Debe existir conformidad con el proceder por parte de la familia. Considera preferible las donaciones a partir de donantes muertos para evitar la comercialización de órganos. Es un proceder gratuito. La institución que viole lo establecido puede ser sancionada hasta con su cierre. Entre las debilidades señala la falta de presupuesto, el escándalo sobre la comercialización, dificultad con el plantel médico respecto al diagnóstico de la muerte cerebral, no se cuenta con coordinadores hospitalarios, carencias de ambiente privado para la entrevista con los familiares de los posibles donantes, no se realizan en hospitales públicos y la falta de subvención del ministerio de Salud.

José Ramón Barrios se refiere a la necesidad de un cambio cultural en las personas desde la niñez sobre el tema. Debe garantizarse una logística por el Estado que solo se logra con voluntad política para que el programa funcione bien.

Ernesto Saro refiere que en su país presentan similares problemas, no se permiten donantes menores de 18 años, se necesita propaganda a favor.

Francisco García refiere que es un trasplantado de cornea. Bolivia es el país de la región con menor tasa, Venezuela es la tercera menor tasa. La nueva ley en el país ha favorecido el programa. Solo el artículo 16 referido a ser donante si no es encontrado un familiar en un plazo menor de 3 horas ha sido muy polémico. Existe un listado de no donantes pero las personas no lo saben porque no se le hace publicidad. La idea es que los países legislen sobre el tema. Hay que aumentar la cultura de la población al respecto.

José Gallo recuerda que su país fue el primero que legisló sobre esto. La OMS ha establecido principios rectores desde 1991 que se han actualizado que deben ser respetados si se trabaja en una Ley Marco sobre el tema. Todas las leyes de la región los respetan. Hay diferencias entre la instrumentación entre los países. Explica que existe un funcionamiento fondo nacional de recursos que financian los procedimientos de baja demanda y alto costo. Los países de la región avanzan.

Javier García se refiere a la garantía que requieren ambas partes. Está en juego la vida. Necesita transparencia. Existe un debate entre la donación tácita o expresa. Las dos mejores tasas de trasplante del mundo los donantes expresan su voluntad. España la modificó y no ha aumentada la tasa. Al final nadie se atreve a tomar el órgano sin el consentimiento familiar.

Lloyd Richardson refiere que su país es muy pequeño, no tiene recursos para esto. Los realizan en otros países. Refieren los pacientes y a los posibles donantes. Pregunta cómo trabajar para que las familias de los que fallecen acepten la donación.

Enma Lucia Larios teniendo en cuenta lo planteado en la presentación sobre la dificultad para el diagnóstico de muerte cerebral, Uruguay lo resolvió con capacitación. Se debe legislar contra la venta y compra de órganos y no se menciona en la presentación. No se ha trabajado en el tema penal.

Ernesto Saro explica que la donación tácita es un tema legal debe ser aprobada por un familiar presente. Antes podía ser demandado por un familiar lejano. Esta legislación protege al personal médico. Cuando aumenten los órganos desaparecerá el comercio ilegal.

Bernardo Téllez insiste en la necesidad de trabajar en la cultura sobre el tema. El trasplante disminuye el costo en medicamentos y disminuyen la ilegalidad.

Cristina Ziebart considera que la educación es lo único que garantiza la donación, que sea natural ser solidario. Es una necesidad la prioridad en la transportación

área de los órganos y en su país es ley y se garantiza.

José Gallo coincide con la diputada argentina. Considera que el tipo de donación debe instrumentarlo cada país. En su país se trabaja para que sea tacita y considera que con el tiempo debe contribuir a aumentar los donantes.

José Ramón Barrios explica que como las personas no iban a inscribirse como donantes se estableció al revés. Coincide en que la tacita debe aumentar los donantes y que debe ser evaluado en el futuro.

Gustavo Rondón considera que hay que construir una nueva cultura sobre el tema. Los países de mejores resultados deben transmitir sus experiencias y criterios.

Melvin Ras considera muy interesante el tema. Refieren casos a otros países. Considera excelente que exista un reglamento, un control, se castigue a los que incumplan, pero insiste en la necesidad de la educación. Refiere que cualquier aceptan órganos de cualquier país que incremente sus donantes por encima de sus necesidades.

José Gallo reconoce el trabajo de Argentina, Uruguay tiene convenio con su centro. 54,2% de la población es donante y el 87% en una encuesta aplicada quiere ser donante.

Cristina Ziebart refiere que ese centro fue creado por ley.

Germán Antelo refiere que es su primera experiencia en la comisión y que está muy complacido con el trabajo.

Rebeca González considera que la educación es fundamental y que en Cuba se entrevista a los trasplantados por los medios de prensa y se conoce lo humano del programa. El tipo de donación debe instrumentarlo cada país. En Cuba que comenzó este programa en la década del 70, no hay que inscribirse en un registro, no es un trámite más, se hace en la confección del carnet de identidad pero se tiene en cuenta la familia. No está concentrado en un solo centro, lo realizan en más de 60 instituciones del país gracias a la voluntad política del gobierno. No considera fomentar en ley el tipo de donantes porque si se trabaja contra los accidentes de tránsito los donantes no vivos irán desapareciendo. La prevención es lo más importante para que disminuyan las personas que requieren trasplante.

Carlos Velazco concluye que el tipo de donación debe ser instrumentado por el país. En Ecuador se estableció el donante universal, si no quiere ser donante lo expresa. Aprobaron una nueva ley que debe medirse su impacto en el futuro. Hay que garantizar la prevención, evitar el trasplante, hay que educar.

Punto 4. Discapacidad

Xenia Mas promueve la utilización de un instrumento de la OEA y no el de la ONU sobre este tema por estar más actualizado. Refiere que plantea trabajar sobre nueve ámbitos con 91 actividades. La discapacidad es un fenómeno social. Es una secuela de una enfermedad pero no una enfermedad. Son peores las barreras mentales que las arquitectónicas. Considera que existe un sub registro en la región de los discapacitados. Debes tener garantía en la vida social, libre de discriminación.

Punto 5. Otros asuntos.

Javier García propone que se analice en futuras reuniones la alimentación sana de conjunto con la comisión de los servicios públicos.

CONCLUSIONES.

Carlos Velazco da por terminada la reunión al cumplirse los puntos previstos en la agenda. Agradece a todos los participantes su asistencia y la calidad de las discusiones sostenidas.

PROXIMA REUNIÓN.

Propuesta de país: San Martín

Propuesta de fecha: mantener la de la agenda

Temario a tratar: Ley Marco sobre el Sistema de Salud.

Hora: 6:00 p.m.

Día: 29 de agosto de 2012.

FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA TRANSCRIPCIÓN DEL ACTA: Dip. Rebeca Sonia González Fernández (rebeca@anpp.gov.cu)

COMISIÓN DE SALUD

FIRMAS

ACLARACIÓN

Representante

Juan

Emilia Lucía Larrea Gaviola (México)

C. M. H. Antonio Masín Haro Senador México

Víctor M. Castro C. Dip. México

Roberto Kestler Velásquez Guatemala

Antonio Benitez Lucho México

Ricardo Arturo Sandaval Guatemala

Luis José Gallo - Uruguay
SENADOR.

Juan Pablo

Jose Ramón Barros Chile
diputado Barros de M... ..

CRISTINA ZIEBART
DIPUTADA DE LA NACIÓN

JAVIER
J. GARCIA

Bernardo M. Tellez Juarez

Francisco García Veracruz

Ernesto Sano B. (México)

5

PROMOCIÓN DE LA SALUD¹

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) marca la construcción de una nueva cultura por la salud, que favorezca el manejo de los determinantes de la misma, con el fin de disminuir la carga de enfermedad a través de las intervenciones de promoción de la salud.

La promoción de la salud es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud.

El reto consiste en incorporar en las políticas públicas de otros sectores acciones que impacten sobre los determinantes favorables de la salud, crear sinergias con todos aquellos que puedan incidir de manera favorable, detener el incremento de la cultura riesgosa y virar la cultura en salud de la población nacional, de tal manera que se contribuya en la educación individual y colectiva respecto a la salud, permitiendo llevar a cabo cambios sostenibles en el comportamiento, y ayudar así a reducir la carga que permita al Sistema de Salud dar más salud a la sociedad, poder ser eficiente y efectivo en sus intervenciones.

OBJETIVO DEL PROGRAMA:

Crear una nueva cultura a través de la ejecución integrada de las funciones de promoción de la salud, que modifique los determinantes, para contribuir a la disminución de los padecimientos prioritarios de salud pública.

Objetivos específicos:

1. Modificar los principales determinantes para mejorar la salud de la población, mediante el desarrollo de competencias, mercadotecnia social y el manejo personal de determinantes en salud.
2. Contribuir a incorporar en las políticas públicas de otros sectores el enfoque de salud para modificar los principales determinantes que afectan la salud de la población.
3. Asegurar la ejecución integrada de las funciones de promoción de la salud dentro del Sistema Nacional de Salud.

¹ Secretaría de Salud de México

6

**PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
2007-2012
Promoción de la Salud:
Una Nueva Cultura**



SECRETARÍA DE SALUD

**SUBSECRETARÍA
DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Introducción



El país ha alcanzado importantes logros en materia de salud y desarrollo social, sin embargo enfrenta serios rezagos y complejos desafíos, encontrándose en una coyuntura decisiva: Durante esta administración se alcanzará el acceso universal a los Servicios de Salud, es decir, durante esta administración se alcanzará lo que pocas naciones han logrado, que el 100% de los mexicanos no tengan barreras para la utilización de los servicios públicos, en especial las financieras. A partir de ese momento, luego de una inversión social sustancial en el financiamiento de esa accesibilidad, la pregunta que se hará la sociedad, las partes interesadas, el Congreso, entre otros, será: **¿Cuánta salud estamos obteniendo por nuestra inversión social?**

Al mismo tiempo estaremos enfrentando la responsabilidad de las enfermedades del rezago como son las infecciones de vías respiratorias, enfermedades diarreicas, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, dengue y paludismo, así como los problemas de mortalidad materna e infantil, que son dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género, que afectan a las localidades con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas.

También se deberá enfrentar la responsabilidad de darle sustentabilidad al sistema de salud que se encuentra solventando los costos por el crecimiento de los padecimientos crónicos como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, obesidad, depresión y otras enfermedades mentales, cáncer cérvico-uterino y mamario, lesiones por accidentes viales y adicciones.

Las enfermedades del rezago y las nuevas amenazas se encuentran ligadas a una "Cultura" que incluye el cambio de estilos de vida y entornos que dañan la salud como el sedentarismo; el consumo de tabaco y alcohol; el consumo de alimentos con alto contenido energético, grasas trans y sal; la higiene personal, el saneamiento básico y factores psicosociales. Asimismo al acceso a servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Es entonces, que entra como elemento central del sistema de salud y el que mayor oferta guarda para su modernización, la entrega de acciones a la población mediante el “Servicio de Promoción de la Salud”, con metodologías y sustento técnico que favorecen la disminución de la carga de enfermedad de manera anticipatoria. Este modelo anticipatorio focaliza la capacidad de las personas para la modificación y el control de los principales determinantes -antes mencionados-, que favorecen o ponen en riesgo la salud de los individuos y la población, lo que implica generar una nueva cultura de la salud, con empoderamiento social, cambio de conducta, estructura de redes sociales y entornos favorables a la salud, que conduzcan al cambio en los estilos de vida, a una mejor calidad de vida, bienestar y capacidad funcional de la población.

Vinculación con los Programas Prioritarios de Salud Pública: Para lograrlo es necesario incrementar la efectividad de los esfuerzos preventivos de los 14 programas prioritarios de salud pública mediante acuerdos de vinculación aunado a las acciones de promoción de la salud, lo que contribuye directamente a incrementar su efectividad al abordar los determinantes causales y buscando reducir su brecha social.

Así el “Programa de Acción de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura” contribuye a estas prioridades, a saber:

Prioridades de Padecimientos del Rezago:

Mortalidad Infantil: Constituida más del 40% de ella por infecciones respiratorias agudas, diarreas y problemas nutricionales; son sus determinantes principales **la higiene personal y del medio** - en especial agua, y ausencia de humo intramuros, ya sea por tabaco o por quema de biomasa y humo de leña -, **orientación alimentaria** y su complementación nutricional, así como **acceso al paquete garantizado de promoción y prevención para una mejor salud** para madres e infantes. La distribución diferencial urbano/rural y socio-económica de estos determinantes obliga a dar a los distintos estratos

igualmente diferenciales, más allá del énfasis que se tiene actualmente en las poblaciones beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. El manejo del entorno “íntimo” en la vivienda para hacerlo favorable a la salud y desarrollo de la población infantil es, en este caso, central.

Mortalidad materna: La reorientación de los servicios de salud para el **acceso al paquete garantizado** de las madres, el desarrollo de sus competencias y la utilización, para el traslado oportuno de las embarazadas a las unidades de salud, de las plataformas municipales y de las redes sociales que tejen la organización comunitaria (servicio de promoción de la salud) son contribuciones centrales para enfrentar este reto.

Dengue: Higiene personal y del medio en forma empoderada de tal modo, que la población se apropie del reto para la eliminación de criaderos intra y peri domiciliarios, y construya su organización comunitaria para obtener el soporte de autoridades para un entorno favorable de los barrios, colonias, municipios y ciudades, estos son elementos probados, que sin ellos nunca tendrá una resolución sostenida. Los instrumentos para persuadir e influir en los acuerdos y acciones intersectoriales para el manejo adecuado de residuos y del medio, complementan el argumento de salud para la protección contra el desarrollo de los vectores transmisores de enfermedades.

Vacunación y Planificación Familiar: Si bien no son padecimientos, sí son programas prioritarios para abordar la problemática de padecimientos prevenibles por vacunación, así como en la decisión familiar. El servicio de promoción de la salud contribuye con el manejo personal de los determinantes y riesgos a través del **acceso al paquete garantizado de promoción y prevención** que ofrece vacunación y salud reproductiva por grupo de edad y sexo a lo largo de la vida. Aunado a ello contribuye con la formación de competencias con su armamental de las intervenciones educativas para la mejor utilización individual y familiar de los servicios de salud.

Discapacidad Auditiva: Esta administración ha decidido solventar el rezago de un severo padecimiento, determinado socialmente diferencial por el acceso a intervenciones de prevención y detección específicas incluidas en el **paquete garantizado**, así como **orientación alimentaria y complementación nutricional** a la población en riesgo. Esta acción se retoma en el Programa de Acción de Escuela y Salud con la acción – aunque más tardía – de la detección en el entorno escolar.

Cáncer de Cérvix: padecimiento también del rezago por su distribución socialmente diferencial por el **acceso** a intervenciones de prevención y detección específicas incluidas en el **paquete garantizado**. Aunado a ello contribuye el servicio de promoción de la salud en la formación de competencias con su armamental de las intervenciones educativas para la mejor utilización individual y familiar de los servicios de salud.

Prioridades por Padecimientos Emergentes: La “*exigencia moderna*” por un servicio efectivo de promoción de la salud radica primordialmente en el abordaje de los padecimientos emergentes. No se puede ni con los elementos meramente médico – curativos, ni los que centrados solo al interior de los servicios de salud. Es por esto que resaltamos que éste Programa de Acción encuentra en su contribución a la modificación de los determinantes de estos padecimientos su mayor reto de desarrollo, a saber.

Diabetes Mellitus Tipo-II: Además de los factores genéticos que sirven más para identificación de personas y poblaciones a riesgo mayor mas todavía, no para su modificación, son determinantes principales de la DM-II la **activación física, la alimentación correcta, el consumo no riesgoso de alcohol** y el manejo adecuado de los factores psicosociales en especial el **estrés**. Ciertamente el **entorno favorable** en su manejo – en escuelas, sitios de trabajo, espacios de esparcimiento - complementan sinérgicamente para la reducción de la incidencia de la diabetes, todo esto a través de la integración

de acciones de manejo personal de riesgos con el acceso al paquete garantizado de promoción y prevención, el desarrollo de competencias, inserción en grupos y redes de auto soporte, la abogacía para el desarrollo de entornos y múltiples acciones necesarias de mercadotecnia social.

Enfermedad Cardiovascular: Al igual que el anterior, la **activación física, la alimentación correcta** y los factores psicosociales en especial el **estrés** son determinantes que, junto con la exposición a humo de **tabaco** (directo o indirecto) son responsables de este padecimiento emergente. Su reducción depende del desarrollo de competencias personales sinergizadas por el desarrollo de entornos favorables – en vivienda, centros de esparcimiento, sitios de trabajo municipios, ciudades - al desempeño de tales competencias, para lo que se requiere abogacía y mercadotecnia social.

Obesidad: Este es una condición derivada por varios factores, siendo los determinantes principales la **activación física y la alimentación**. Precede a un creciente cuerpo de padecimientos crónicos, destacando varios de los priorizados actualmente, como son la Diabetes mellitus, los Cardiovasculares y el Cáncer de Mama. Es por ello que este Programa de Acción los aborda como anteriormente se ha señalado, focalizándose en la modificación de los **entornos, la orientación alimentaria y a la activación física**, y evidentemente, se requiere del desarrollo de competencias con la orientación-consejería, las intervenciones educativas y la detección temprana durante el contacto en la entrega del **paquete garantizado**. Son soporte a ello la abogacía para entornos y acceso alimentario, y la mercadotecnia social, en especial aquella dirigida a niños y jóvenes.

Cáncer de Mama: La plataforma que pone a disposición el Programa de Acción es el del acceso al paquete garantizado para la detección oportuna, con la función del desarrollo de competencias. Otros determinantes son menos contundentes y con menor alcance del posible armamento del servicio de promoción de la salud.

Seguridad Vial: Se puede incidir fuertemente en la reducción de las lesiones por tráfico con las funciones del servicio de promoción de la salud, a través de dos abordajes: uno el empoderamiento de las personas con el desarrollo de competencias y toda una cultura alrededor de los riesgos personales, y otro es el desarrollo de entornos favorables a la salud, en especial la acción municipal. Su refuerzo con las funciones de mercadotecnia social y abogacía, hace eficaz la sinergia del entorno y el comportamiento personal.

Adicciones: El **consumo sensible y no riesgoso de alcohol, y la no exposición al humo de tabaco** son dos de los determinantes que mayor carga de enfermedad actualmente se le atribuyen y que el programa de acción pone en el centro de su que hacer. Ciertamente se requiere de la totalidad de las funciones del servicio de promoción de la salud se implementarán para ello, siendo la **Mercadotecnia social en salud y la abogacía** dos componentes centrales en su abordaje.

Salud Mental: Hay un determinante de mucho de la carga de enfermedad mental que debe ser abordado: el **stress**. El servicio de promoción de la salud está posicionado a abordarlo ofreciendo dentro de su armamental el manejo del stress en los sitios de trabajo como parte de los elementos para los servicios de promoción en el trabajo incluyendo en esto los propios servicios de atención a la salud. Lo mismo para el manejo de situaciones de emergencias en salud.

Si bien los programas preventivos de salud pública por sí solos no pueden mejorar las fuerzas sociales que están asociadas con la disminución de la brecha en los resultados de salud, el desarrollo de una mejor comprensión de los determinantes sociales es fundamental para la reducción de las disparidades de salud entre mexicanos; pero además esta comprensión es necesaria traducirla y alinear acciones concretas vinculadas a las diferentes políticas con los sectores público, social y privado, que impliquen mejoras en educación, vivienda, trabajo, justicia, transporte, agricultura y el medio ambiente y por tanto mejoras en la salud impulsando la generación de políticas públicas saludables

Los Determinantes sociales: Es trascendental considerar que además de los factores biológicos (herencia genética, sexo y edad), la salud de las personas y de las poblaciones no sólo depende de los servicios que se prestan dentro del sector salud. Los estilos de vida, el ambiente físico y social, así como la posición que las personas ocupan dentro de la estructura socioeconómica por su nivel de educación, posición laboral, área geográfica (urbana, suburbana y rural), en donde viven e ingresos, situación migratoria, porque influyen en el comportamiento de los propios determinante de la salud, generando brechas entre las personas según su posición en la estructura social, y de ello, derivan desigualdades en la condición de salud y enfermedad.

Esta es la importancia de los así denominados “determinantes sociales”. Si bien los programas de salud pública por sí solos no pueden mejorar las fuerzas sociales que están asociadas con la disminución de la brecha en los resultados de salud, el desarrollo de una mejor comprensión de los determinantes sociales es fundamental para la reducción de las disparidades de salud entre mexicanos; pero además esta comprensión es necesaria traducirla en acciones concretas de salud vinculadas a las diferentes políticas públicas con otros sectores públicos, sociales y privados, adoptando un “enfoque multidisciplinario”, que implica la mejora de la salud, educación, vivienda, trabajo, justicia, transporte, agricultura y el medio ambiente.

Marcos referentes para la descripción del Programa: Para dar respuesta a los grandes retos que enfrenta la población mexicana en materia de cuidado de la salud, se ha desarrollado este Programa de Acción de Promoción de la Salud: una nueva cultura 2007-2012, vinculándose al eje rector del Programa Nacional de Salud: dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y, como lo marca la Estrategia 2: fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades; encaminada a robustecer la rectoría efectiva del sector salud.

Aún cuando se han desarrollado acciones específicas de promoción de la salud con los programas preventivos, este, es el primer Programa de Acción nacional en que contempla todas las acciones de promoción de la salud en México. Con ello contribuimos a insertar en el Sistema de Salud, intervenciones anticipatorias, de carácter social, educativo e intersectoriales, al resto de las acciones preventivas y de la organización de la atención médica.

La experiencia en promoción de la salud de los dos últimos años, es la elaboración e inicio de la implementación del Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), para la implantación del Servicio Integrado de Promoción de la Salud, en el ámbito federal, estatal y regional; así como la revisión de la evidencia de la situación de los determinantes de la salud que han permitido identificar las prioridades intra e intersectoriales en materia de promoción de la salud para nuestro país. Estas experiencias están plasmadas en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, en su objetivo general, los cuatro objetivos específicos, sus tres estrategias y sus 13 líneas de acción.

El Programa está orientado a la creación de una nueva cultura de salud en las personas, de tal forma que exista un entorno que les favorezca ejercer el control de sus determinantes, tales como aumento de la activación física, alimentación correcta, mejoramiento de hábitos de higiene personal y ambiental, promoción de la entrega del Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, la disminución del consumo de tabaco y alcohol, promoción de medidas de vialidad segura y el mejoramiento de los factores psicosociales, con enfoques individual, familiar, comunitario y social, que permitan incidir en los problemas prioritarios de salud por nivel socioeconómico, áreas urbana, suburbana y rural, nivel educativo, posición laboral y situación migratoria (determinantes sociales), favoreciendo la incorporación de acciones de promoción de la salud en políticas públicas.

Para la construcción del programa hemos considerado las bases y lineamientos internacionales surgidos de las conferencias mundiales de promoción de la salud:

Ginebra, Suiza. 2007.

60ª Asamblea Mundial de la Salud de los trabajadores: plan de acción mundial.

Los estados miembros se comprometen a elaborar políticas y planes nacionales para aplicar el plan mundial sobre la salud de los trabajadores con acciones de promoción sanitaria.

- Aumentar, según proceda, las inversiones en promoción de la salud.
- Aplicar un enfoque multisectorial e interministerial a fin de abordar de manera efectiva los determinantes sociales.
- Vigilar, evaluar y mejorar de forma sistemática y periódica las políticas, los programas, las infraestructuras y las inversiones en materia de promoción de la salud.
- Reorientar los sistemas nacionales de salud pública hacia la promoción de vida más saludable.
- Introducir intervenciones basadas en pruebas científicas.
- Que las acciones de promoción de la salud sean el eje para modificar los determinantes de la salud.

Washington, D.C, EUA. Septiembre 2006.

Durante el 47º Consejo Directivo de la OPS/OMS los países retoman los compromisos de planes nacionales de acción firmados en la declaración Ministerial de México y se comprometen a: invertir en la construcción de capacidades, buscar la responsabilidad de todo el gobierno, ejercer el papel rector de los ministerios de salud e intrasectorial y enfocar las acciones en las comunidades y la sociedad civil.

Bangkok, Tailandia, 2005. Sexta Conferencia Internacional.

En esta conferencia se ajustó la definición de promoción de la salud. En ella, los países representados se comprometieron a establecer las medidas necesarias para abordar los determinantes de la salud

en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud para lograr una mejor salud y firmaron la Carta de Bangkok **en la que se afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo nacional y mundial.**

Quinta Conferencia Mundial (México, 2000).

Se llevó a cabo la firma de la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud. Comprometiéndose todos los países participantes a:

- Situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud local, regional, nacional e internacional.
- Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de los sectores y de la sociedad civil.
- Apoyar la preparación de los planes de acción en el ámbito nacional para la promoción de la salud, recurriendo; si es necesario, a los conocimientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de sus asociados en esta esfera.
- Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.
- Propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.

Esta declaración fue el producto de cuatro conferencias internacionales previas que trataron los siguientes temas:

Yakarta, Indonesia, 1997.

Se hace la Declaración del firme compromiso de los participantes en hacer uso de la más amplia gama de recursos públicos y privados para abordar los factores determinantes de la Salud.

Sundsvall, Suecia, 1991.

Se destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones.

Adelaida, Australia, 1988.

Se definió como política pública saludable aquella que se propone crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable.

Ottawa, Canadá en 1986.

Esta fue la primera conferencia de promoción de la salud, de ella emanó La Carta de Ottawa, que contiene los principios, conceptos y agenda para la acción de la promoción de la salud. En Ottawa confluyeron las inquietudes de muchos para buscar un nuevo paradigma de salud pública que rescatara los principios de equidad y justicia social, el valor positivo de la salud como recurso para la vida y que, al mismo tiempo, señalara de nuevo la importancia de la participación social y la responsabilidad de muchas áreas, sectores e individuos en la producción de la salud.

En la Carta de Ottawa (OMS 1986) están descritas las cinco funciones básicas para producir salud:

1. Desarrollar aptitudes personales para la salud
2. Desarrollar entornos favorables, gracias a condiciones de trabajo y de vida, gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes
3. Reforzar la acción comunitaria
4. Reorientar los servicios de salud
5. Impulsar formas de vida, estudio, trabajo y recreación que sean fuente de salud, y estas traducirlas en políticas públicas saludables.

En los últimos 20 años se ha avanzado en la creación de una base sólida de evidencia de la eficacia de la promoción de la salud, demostrando que existe una relación entre estilos de vida de las personas, su posición social y económica y sus condiciones de vida que se engloban en determinantes estructurales y personales de la salud.

El desarrollar en forma integral los componentes del servicio de promoción de la salud como son el manejo de riesgos personales, el desarrollo de

competencias, la participación social, los entornos favorables, la mercadotecnia social en salud, la abogacía y la evidencia, es la forma de cumplir con las 5 funciones básicas descritas en la Carta de Ottawa, que se requieren para producir salud.

Un ejemplo claro y altamente convincente referido en el informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Comisión Europea, en el que se demuestra que entre más integralmente se cumplan estas funciones de promoción de la salud, más eficaz es el resultado en salud, es el estudio de 25 años de experiencia reunida en Karelia del Norte, donde se han producido descensos del 73 % de la mortalidad cardiovascular y del 50 % de la mortalidad por todas las causas entre la población en edad de trabajar, como consecuencia de los cambios en el estilo de vida y en los factores de riesgo en la población, (Pekka, Puska, 2001).

Alma Ata, URSS, 1978.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Los países miembros de la OMS, reconocen y se comprometen con la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

Estructura del Programa de Acción de Promoción de la Salud

Este programa será eje rector de todas las acciones de promoción de la salud, en todos los ámbitos, desde el nivel federal hasta el local. Es, además, el marco general para todo el quehacer en promoción de la salud que incluye en total 54 intervenciones.

Este programa se complementa con tres Programas de Acción:

1. Entornos y Comunidades Saludables, (ECS), que incorpora las acciones de participación social y comunitaria así como el desarrollo de entornos saludables,

2. Escuelas y Salud, (ES), por tener una vinculación estrecha con la Secretaría de Educación Pública, requiere de su propio cuerpo, y
3. Vete Sano, Regresa Sano (VSRS), Aborda una población vulnerable que es determinada socialmente por su carácter migratorio.

En el primer capítulo se consideran las leyes, decretos, NOM's y otras disposiciones jurídicas o normativas que sustentan el programa.

En el segundo capítulo se hace una revisión general de los daños a la salud y de los determinantes en los que enfocaremos nuestros esfuerzos, así como se hará mención de los resultados obtenidos en el diagnóstico organizacional de promoción de la salud; lo que hace evidente los retos que, como organización deberemos afrontar.

En el tercer capítulo se plantea la organización del programa en el siguiente orden: Misión, visión, 1 objetivo general y 3 objetivos específicos, 4 estrategias y 15 líneas de acción, así como se muestran los modelos: operativo y socio-ecológico para el programa.

La estructura con la que se cuenta para el desarrollo de las acciones, niveles de responsabilidad intra e intersectorial, así como las acciones de mejora de la gestión pública están descritas en el capítulo cuarto.

El quinto capítulo considera las metas 2008-2012, indicadores que servirán para el seguimiento y la evaluación del programa, así como las plataformas de información para el monitoreo, seguimiento y evaluación de resultados.

Después del quinto capítulo se incluyeron anexos, bibliografía, glosario de términos, acrónimos y sinónimos, y agradecimientos.

1. Marco Institucional



1.1 Marco Jurídico

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho que tienen todas las personas a la protección de la salud de conformidad con el Artículo 4º, el cual manifiesta la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La Ley General de Salud, en su artículo 110, manifiesta que la promoción de la salud tiene por objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y promover en el individuo los valores, actitudes y conductas adecuados para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Los gobiernos municipales contribuyen a la creación de comunidades saludables, ya que actúan como promotores del desarrollo social de manera armónica e integral y en beneficio de la salud de su población, en el marco de las atribuciones que le confiere el Artículo 115 constitucional. Información adicional a este respecto puede encontrarse en los siguientes documentos:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley General de Salud.
- Ley de Planeación.
- Ley General de Población.
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Normas Oficiales Mexicanas.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
- Programa Sectorial de Salud 2007-2012.
- El modelo de atención integrada a la Salud y la descentralización de los Servicios Estatales de Salud.
- Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.
- Modelo Operativo de Promoción de la Salud.

1.2 Vinculación con PND 2007-2012

El PND 2007-2012 plantea como tercer eje rector la igualdad de oportunidades en salud para mejorar las condiciones de salud de la población. También señala que gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada, mediante las funciones de promoción de la salud como otorgar capacitación a la población en materia de promoción de la salud en el nivel local, promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos. Así como, actualizando los lineamientos que permitan el buen gobierno, la mayor participación y compromiso de todos los actores participantes.

La Estrategia 4.2 dice... *“se estima en general que la participación social ha carecido de bases sólidas para la organización y acción comunitaria, así como de la capacitación en materia de promoción de la salud en el nivel local. Adicionalmente, es importante señalar que no existe la cantidad suficiente de promotores de la salud en los núcleos básicos y, es necesaria la actualización de los lineamientos que permitan el buen gobierno, así como la mayor participación y compromiso de todos los actores participantes.... Se integran los lineamientos, manuales y guías metodológicas para la capacitación en materia de promoción de la salud...”*

Estrategia 4.3. Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.

Las acciones de prevención en salud destacan por ser costo-efectivas al mejorar la salud y calidad de vida de la población, mientras que se evitan altos costos de tratamiento en el futuro. Sin embargo, actualmente estas acciones se llevan a cabo sin una efectiva coordinación entre las distintas instituciones públicas de salud y con un financiamiento dispar.

Para incrementar la efectividad de las políticas de prevención en salud, es necesario ordenar las acciones de prevención de enfermedades de todas las instituciones públicas de salud bajo una estrategia coordinada por la Secretaría de Salud y con prioridades claramente establecidas. Esta estrategia debe incluir a las instituciones de los distintos órdenes de gobierno y no sólo a las correspondientes al orden federal.

Objetivo 5. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Junto con el mayor alcance de los servicios de salud y el mejoramiento de su infraestructura y equipamiento, es fundamental la superación profesional y la sensibilización de quienes atienden al público usuario. Lograr que los mexicanos cuenten con servicios de salud, eficientes y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo

Estrategia 7.4. Promover la concurrencia equitativa entre órdenes de gobierno para las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud. La protección contra riesgos sanitarios y la promoción de la salud son dos claros ejemplos de bienes públicos en salud que, por su propia naturaleza, tienden a ser generados en un nivel inferior al socialmente óptimo cuando su producción se deja a las fuerzas del mercado. Por esta razón, es parte insoslayable del quehacer público el garantizar la suficiencia y la adecuada distribución de estos bienes de salud entre toda la población.

Algunos elementos de la protección contra riesgos sanitarios y la promoción de la salud pueden ser caracterizados como bienes públicos nacionales y, por lo tanto, los mecanismos para su provisión eficiente quedan primordialmente en manos del Gobierno Federal. Sin embargo, otros elementos o procesos tienen un alcance local o regional y dependen considerablemente de los niveles de esfuerzo de las autoridades locales, de la capacidad económica de la población en cada localidad o región y de los arreglos institucionales que canalizan recursos entre distintos niveles de gobierno o entre distintas jurisdicciones.

La provisión eficiente de ... la promoción de la salud requieren de una adecuación principalmente en dos vías: la revisión y actualización del marco regulatorio para establecer claramente las responsabilidades ejecutivas y administrativas de cada orden de gobierno, y la revisión y, en su caso, modificación de los mecanismos de asignación de recursos federales y federalizados para incorporar los incentivos que garanticen la generación suficiente de estos bienes de salud, tomando en cuenta los niveles de esfuerzo y capacidad fiscales de las distintas localidades y regiones. De la capacidad económica de la población en cada localidad o región y de los arreglos institucionales que canalizan recursos entre distintos niveles de gobierno o entre distintas jurisdicciones.

Estrategia 8.3. Promover la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, la prevención y el control de enfermedades discapacitantes y el combate a las adicciones.... Por ello, se instrumentarán medidas para... promover entre los trabajadores estilos de vida saludables a través de la educación sobre la prevención y el auto cuidado de la salud.

Estrategia de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.

Esta estrategia incluye acciones novedosas de promoción de la salud, prevención y control de riesgos sanitarios, y detección temprana de enfermedades. Los resultados esperados de esta estrategia son: evitar muertes, reducir las tasas de morbilidad, mejorar los indicadores de calidad y bienestar, y asegurar que la población tenga control sobre los determinantes de su salud.

Para cumplir con estas tareas es necesario movilizar mayores recursos financieros para la salud, de preferencia recursos públicos; modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria, e invertir en el desarrollo del conocimiento y la formación y actualización de los recursos humanos en todo el sector.

1.3 Sustentación con base al PROSESA 2007-2012

Estrategia 1 Línea de acción 1.4. Coordinar las acciones de protección contra riesgos sanitarios con las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica.

Estrategia 2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.

2.1 Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud

2.2 Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables

2.16 Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas

Estrategia 6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.

Estrategia 9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos.

9.3 Impulsar la formación de recursos humanos especializados de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas.

9.5 Desarrollar competencias gerenciales en el personal directivo que fortalezcan la toma de decisiones en salud.

Tanto en el Programa Sectorial de salud 2007-2012, como en la “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud”, marcan la construcción de una nueva cultura para una mejor salud que sensibilice e informe de manera creíble a los distintos grupos blanco, que permita a la población tomar decisiones que favorezcan su salud.

4. Estrategias de implantación operativa



4.1 Modelo Operativo

Modelo Sistémico del Programa de Promoción de la Salud “una nueva cultura”

Breve explicación:

La salud es una prioridad nacional, un objetivo común y una responsabilidad compartida, es por eso que en este modelo sistémico se propone una adecuada utilización de insumos políticos, legales y estructurales, como suministro de los procesos necesarios para anticiparnos a la enfermedad por medio de acciones sobre los determinantes causales.

La primera fase de los procesos nos lleva a establecer un diagnóstico de la situación en la que se encuentran no sólo los servicios de Promoción de la Salud, sino los Servicios de Salud en General. Esto nos permitirá entrar a la segunda fase, que requiere de objetividad para la toma de decisiones adecuadas a favor de una mejor salud.

Para asegurar que la entrega de los Servicios de Promoción de la salud, sean otorgadas eficazmente, es necesario el desarrollo organizacional (tercera fase), para lo cual tomamos en cuenta las necesidades de la población mexicana a lo largo de la vida.

Las funciones de promoción de la salud se cumplen a través de un Servicio Integrado de Promoción de la Salud (cuarta fase), cuyas intervenciones van de lo individual a lo poblacional. El servicio integrado de promoción de la salud consta de cuatro componentes sustantivos y tres transversales, tiene foco a nivel individual, por grupos específicos y poblacionales; se entrega de manera integrada al individuo, a la familia y la comunidad, aplicándose bajo los principios de:

1. Anticipación
2. Integración
3. Transversalidad
4. Responsabilidad compartida.
5. Empoderamiento, y de
6. Rectoría.



Componentes del Servicio Integrado de Promoción de la Salud

- Componentes Sustantivos:

a) Manejo de Riesgos Personales. Este componente identifica los determinantes no favorables que influyen en la salud individual y a partir de ello genera un perfil individual según edad, sexo, condición biológica, aspectos culturales y situación laboral. El conocimiento de este perfil facilita la elección de las medidas de promoción y prevención que convendrán a esa persona a lo largo de su vida.

Dicha labor se lleva a cabo a nivel local, de preferencia en las unidades de atención médica y de forma individual y familiar.

b) Desarrollo de capacidad y competencia en salud. Este componente promueve la transmisión de conocimientos hacia la población y el fomento de valores, actitudes y aptitudes personales para que la gente salvaguarde su salud fortaleciendo los determinantes positivos.

Este servicio se otorga en los sitios de prestación a nivel local, al individuo, la familia y/o a grupos específicos.

c) Participación social para la acción comunitaria. Este componente impulsa la participación informada y organizada de la población y promueve la creación de redes sociales que posibiliten y faciliten la instrumentación de las estrategias de Promoción de la Salud desde la base social, logrando así el empoderamiento de las comunidades.

Este componente se desarrolla principalmente en los niveles local, municipal y jurisdiccional.

d) Desarrollo de entornos saludables. Este componente impulsa la creación de espacios físicos y sociales donde las personas vivan, estudien y trabajen en condiciones higiénicas, seguras y estimulantes para producir salud y mejorar su calidad de vida. Además procura la protección y conservación de los recursos naturales. Aborda el manejo adecuado de agentes físicos, químicos y biológicos.

- Componentes Transversales:

- a) Abogacía Intra e Intersectorial à Este componente se propone influir tanto al interior del sector salud como fuera de él. Intercede y promueve la cooperación de otros sectores con el fin de generar sinergia entre los diversos actores, ámbitos y niveles que están o podrían estar involucrados en la prestación del servicio de Promoción de la Salud. Impulsa este concierto con objeto de potenciar el impacto de las intervenciones.

Su acción se lleva a cabo en todos los órdenes de gobierno, de forma directa con: responsables de programas de salud, otras instituciones de salud públicas o privadas, otras instituciones públicas, y empresas y organismos no gubernamentales, entre otros.

- b) Mercadotecnia social en salud busca crear conciencia, cambiar el comportamiento y lograr la aceptación de una conducta deseada para el beneficio de la salud individual o grupal. La mercadotecnia social en salud va mas allá de una campaña publicitaria; se debe establecer un plan, diseñar estrategias y utilizar las herramientas de la mercadotecnia social como: producto, plaza precio y promoción.

Este servicio se efectúa en los niveles local, municipal, jurisdiccional, estatal y/o nacional, y por lo general fuera de las Unidades de atención. Parte de su labor es desarrollar un enfoque particular para cada grupo blanco que se quiere influenciar a cambiar una conducta de riesgo.

- c) Evidencias para la salud à Contribuye a que la información, datos y análisis de los determinantes de la salud apoyen los procesos de evaluación de la efectividad de las interven-

ciones de promoción de la salud, así como a la generación de nuevo conocimiento para el diseño de estrategias y toma de decisiones, aspectos centrales para alcanzar los objetivos de la Promoción de la Salud.

Este componente se genera en los niveles local, municipal, jurisdiccional, estatal o nacional, y se entrega en los distintos sitios de atención, utilizando los mecanismos de mercadotecnia de la información para la salud, pudiendo ofrecerse de manera individual, grupal o colectiva.

Retomando los procesos del modelo sistémico, los **Acuerdos de Vinculación con los Catorce Programas Preventivos Prioritarios** (quinta fase), son uno de los mecanismos para asegurar el otorgamiento del servicio integrado de promoción de la salud en cada uno de los programas prioritarios a través de estrategias y acciones conjuntas que nos permitirán alcanzar los resultados esperados.

Sí llevamos a cabo de forma eficiente los procesos antes mencionados lograremos que diversas instituciones y sectores incorporen, en sus políticas públicas, acciones que impacten sobre los determinantes que favorezcan la salud contribuyendo a que cada individuo sea capaz de modificar sus determinantes, generando una Nueva Cultura en Salud en la población mexicana, anticipándonos a la enfermedad por medio de acciones de Promoción de la Salud, contribuyendo a la Sustentabilidad de los Servicios de Salud.

Este Modelo Sistémico nos permitirá evaluar la efectividad de los procesos de modo que podamos identificar las mejores prácticas, formando un ciclo virtuoso de aprendizaje y mejora continua.

4.2 Estructura y niveles de responsabilidades

Debido a su carácter nacional, la conducción del “Programa de Acción de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura” es responsabilidad de la Secretaría de Salud (SS), dependencia que determina su normatividad operativa, misma que deben observar las entidades federativas. La corresponsabilidad de las entidades en este esfuerzo se concreta a través de la participación de los órganos responsables de salud en los estados. Del mismo modo, la participación de los gobiernos municipales es fundamental para la constitución de redes sociales de apoyo y la conducción de los programas municipales de salud.

Por la naturaleza del Programa, la participación de las diversas instituciones agrupadas en el sector salud es crucial para el logro de los objetivos definidos. Esto implica establecer con claridad las atribuciones, funciones y responsabilidades de los distintos actores, así como delimitar con precisión los ámbitos de competencia local y nacional.

1. La Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud ejerce la rectoría del “Programa de Acción de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura” a través de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), dependencia adscrita a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), ya que es la instancia responsable de coordinar la planeación, operación, evaluación de las acciones, así como de apoyar su desarrollo nacional; además, establece la interrelación de las áreas administrativas, sustantivas y normativas centrales con los órganos encargados de la salud en los estados y con otras dependencias del sector y de la administración pública en general.

Su ámbito de acción comprende el impulso a la planeación y la programación local, el apoyo y seguimiento operativo del “Programa de Acción de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura” en el contexto comunitario, la asesoría y supervisión del desarrollo de las funciones sustantivas y de apoyo, y la vigencia de las normas establecidas para la aplicación del programa.

2. Servicios Estatales de Salud

Los servicios o dependencias estatales de salud participan de manera sustantiva en la coordinación del programa, la vigilancia de la aplicación de los recursos, el seguimiento y evaluación del mismo y la vinculación con los gobiernos municipales; tienen, además, responsabilidad directa en la operación de los servicios y la generación de información de las acciones realizadas, con la asesoría de la SS.

Para tal efecto, las dependencias estatales de salud cuentan con un área estatal de promoción de la salud que apoya la operación y aplicación del marco normativo del “Programa de Acción de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura”, la elaboración de su programación y presupuesto con el concurso jurisdiccional y local, y que, en suma, articula e impulsa la organización y la supervisión del programa en el contexto estatal.

3. La Jurisdicción Sanitaria

La jurisdicción sanitaria es la unidad técnico-administrativa desconcentrada, por territorio, que depende del gobierno estatal y sirve como enlace con las instancias aplicativas; es el órgano responsable de planear, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de atención médica y salud pública a población abierta, así como desarrollar actos de regulación, control y fomento sanitarios en el área geográfica de su responsabilidad.

La convergencia y complementariedad operativas deben hacerse reales y efectivas en el ámbito de la jurisdicción sanitaria; por ello, el apoyo entre responsables de programas para desarrollar acciones de alto impacto en los municipios y localidades de su área de responsabilidad es requisito indispensable.

Todos los apoyos, las observaciones y recomendaciones normativas, las visitas de asesoría y supervisión, las acciones de capacitación y actualización del personal de salud, entre otras actividades de competencia estatal y jurisdiccional, deben ser organizadas de manera institucional para evitar la pérdida de oportunidades y la competencia infructuosa de recursos entre programas prioritarios; lo que se pretende es conformar un servicio único en forma de paquete integrado.

4. Los Grupos de Trabajo Interinstitucional

En el ámbito nacional se han constituido cuatro grupos interinstitucionales que son requeridos para este “Programa de Acción de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura”:

- Grupo de Trabajo Interinstitucional para el Paquete Garantizado
- Grupo de Trabajo Interinstitucional del Sistema de Información para el Paquete Garantizado
- Grupo de Trabajo Interinstitucional para la Comunicación Educativa en Salud
- Grupo de Trabajo Interinstitucional para la Reforma del Primer Contacto
- Grupo de Trabajo Interinstitucional para la Evidencia de la efectividad

Se ha acordado establecer en el Orden Estatal:

- Comités Estatales Interinstitucionales de Comunicación Educativa en Salud

- Órganos Colegiados Estatales para insertar Salud en las Políticas Públicas.

5. El Responsable Estatal de Promoción de la Salud

El responsable estatal de promoción de la salud es un elemento de la estructura orgánica de los servicios de salud de los estados. Su propósito fundamental es impulsar un trabajo coordinado con las instancias responsables de la planeación y ejecución de los programas de prevención y promoción de la salud, en los contextos general y local de cada estado. Esto facilita y asegura la revisión oportuna y sistemática de la gestión del Programa de Entornos y Comunidades Saludables por parte del órgano de gobierno encargado de los servicios de salud en el estado.

6. La Coordinación Jurisdiccional de Promoción de la Salud

La coordinación de promoción de la salud, dependiente de la Jurisdicción Sanitaria, es responsable de la organización, coordinación, seguimiento y control en los ámbitos municipal y local del “Programa de Acción de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura”; asimismo, debe establecer vínculos con los responsables jurisdiccionales de los programas de prevención y promoción de la salud para la concentración de acciones en los municipios y localidades de mayor rezago.

7. Las Unidades Aplicativas de Primer Nivel de Atención

Se constituyen en toda la estructura institucional y comunitaria que conforma la red de servicios; son las encargadas de proporcionar servicios integrales de salud al individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, cu-

ración y rehabilitación. Aplican normas y procedimientos de conformidad con las directrices nacional y estatal, y participan en la programación, ejecución y evaluación de las actividades integrando en la gestión a la comunidad y al gobierno local.

La ubicación y la operación de los centros de salud se sustentan en los criterios de regionalización; su capacidad resolutive estará de acuerdo con las necesidades de la población cuya responsabilidad asumen, considerando que un núcleo de servicios de salud pueda atender hasta 500 familias.

8. El Promotor de Salud

El promotor de salud, regularmente adscrito a las unidades aplicativas de primer nivel, cubre las localidades de la circunscripción territorial de su unidad, las cuales visita periódicamente de conformidad con los circuitos y el programa preestablecidos.

9. El Comité Local de Salud

El comité local de salud es la forma primaria de integración a partir de la cual los miembros de una población, en coordinación con el personal de salud, se organizan con el fin de mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de la comunidad y recibir las competencias necesarias para su función.

10. El Personal Comunitario

El personal comunitario en salud son todos aquellos promotores, procuradores y agentes de salud que participan voluntariamente a fin de integrarse en las actividades de promoción de la salud y mejoramiento ambiental de sus comunidades.

MATRIZ DE ACTORES Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Programa de Acción de Promoción de la Salud Sectorial

INTERVENCIONES	RECTORÍA											OPERACIÓN		
	CENAVECE	CENAPRA	CEGSR	DGPLADES	DGCS	DGPS	COFEPRIS	CONADIS	CENSIA	DGIS	CONADIC	SESA	IMSS	ISSSTE
Conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan la modificación de los determinantes de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.														
Mensajes sectoriales, confiables y veraces a través del "Programa Único hacia una Nueva Cultura en Salud".														
Entrega del paquete de acciones básicas de promoción de la salud y promoción para la entrega de acciones de prevención y control de enfermedades, por grupo de edad y sexo.														
Acciones de promoción de la salud focalizadas en los principales problemas de salud con los programas preventivos.														
Mensajes publicitarios que se dirijan a niños y adolescentes que orienten confiable y verazmente a conductas y consumo saludable.														
Foros con diversos sectores de desarrollo de políticas públicas saludables.														

Responsable  **Participante** 

Programa de Acción de Promoción de la Salud Sectorial

INTERVENCIONES	RECTORÍA											OPERACIÓN		
	CENAVECE	CENAPRA	CEGSR	DGPLADES	DGCS	DGPS	COFEPRIS	CONADIS	CENSIA	DGIS	CONADIC	SESA	IMSS	ISSSTE
Acciones intersectoriales y de los tres órdenes de gobierno para la modificación de determinantes.														
Promoción de la salud en los sitios de trabajo														
Aplicar la metodología de análisis de impacto en salud de políticas, proyectos y programas sectoriales, incluyendo el impacto de las intervenciones de salud sobre determinantes sociales														
Generación de datos e información del avance hacia las metas de modificación de los determinantes de salud, incluyendo su situación entre la exposición y vulnerabilidad diferencial por determinantes sociales.														
Establecer el marco de reforma al sustento legal y normativo en materia de promoción de la salud.														
Desarrollo de personal profesional altamente capacitado, así como infraestructura y tecnología adecuadas para la entrega del servicio integrado de promoción de la salud.														
Fortalecimiento de promoción de la salud a través de la cooperación internacional.														

MATRIZ DE ACTORES Y NIVELES DE RESPONSABILIDAD

Programa de Acción de Promoción de la Salud Intersectorial

Intervenciones	Rectoría		Operación			
	Secretaría De salud	Seguro Popular	SEDESOL OPORTUNIDADES	Sector Empre-Sarial	STyPS	ONG'S
Conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan la modificación de los determinantes de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.	■	■	□	□	□	□
Mensajes sectoriales, confiables y veraces a través del "Programa Único hacia una Nueva Cultura en Salud".	■	■	□	□	□	□
Entrega del paquete de acciones básicas de promoción de la salud y promoción para la entrega de acciones de prevención y control de enfermedades, por grupo de edad y sexo.	■	□	□	□	□	□
Acciones de promoción de la salud focalizadas en los principales problemas de salud con los programas preventivos.	■	■	□	□	□	□
Mensajes publicitarios que se dirijan a niños y adolescentes que orienten confiable y verazmente a conductas y consumo saludable.	■	□	□	□	□	□
Foros con diversos sectores de desarrollo de políticas públicas saludables.	■	□	□	□	□	□

Responsable ■ **Participante** □

Programa de Acción de Promoción de la Salud Intersectorial

	Rectoría	Operación				
Intervenciones	Secretaría De salud	Seguro Popular	SEDESOL OPORTUNIDADES	Sector Empresarial	STyPS	ONG'S
Acciones intersectoriales y de los tres órdenes de gobierno para la modificación de determinantes.						
Promoción de la salud en los sitios de trabajo						
Aplicar la metodología de análisis de impacto en salud de políticas, proyectos y programas sectoriales, incluyendo el impacto de las intervenciones de salud sobre determinantes sociales						
Generación de datos e información del avance hacia las metas de modificación de los determinantes de salud, incluyendo su situación entre la exposición y vulnerabilidad diferencial por determinantes sociales.						
Establecer el marco de reforma al sustento legal y normativo en materia de promoción de la salud.						
Desarrollo de personal profesional altamente capacitado, así como infraestructura y tecnología adecuadas para la entrega del servicio integrado de promoción de la salud.						
Fortalecimiento de promoción de la salud a través de la cooperación internacional.						

4.3 Etapas para la instrumentación:

Este proceso implica la instrumentación de este Programa de Acción, consiste en 3 etapas y 8 grandes actividades para 2008, como se resume en la siguiente tabla:

CUADRO DE ETAPAS DE INSTRUMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA NUEVA CULTURA

Etapas	Actividades a realizar	Meses, 2008											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Planificación	Elaboración del Programa de Acción												
	Diseño y elaboración de Manuales, Guías y lineamientos para la instrumentación de las líneas de acción del Programa de Acción de manera interinstitucional												
Ejecución	Capacitación a los Responsables Estatales y jurisdiccionales de Promoción de la Salud o equivalentes.												
	Elaboración de programas de trabajo de los Servicios Estatales de Salud.												
	Inicio de la puesta en marcha en los SESA'a												
	Supervisión integral de promoción de la salud y asesoría en los diferentes ámbitos de ejecución (estatal, jurisdiccional y local)												
Control	Monitoreo de resultados a través de indicadores del programa												
	Elaboración de informes de resultados y seguimiento de correcciones en nivel operativo												

El Anexo 2 incluye la línea de tiempo con todas las etapas 2008-2012

4.5 Acciones de mejora de la gestión pública

Actualmente, la administración pública enfrenta retos muy exigentes en donde las innovaciones en las políticas han cambiado radicalmente, por lo que las opciones de políticas forjadoras de condiciones futuras deben considerarse y mejorarse.

En el ámbito de la salud las modificaciones de las agendas políticas, sociales y económicas llevan al replanteamiento económico y su impacto en las políticas de gasto público, la modernización, la revalorización de la esfera social, la búsqueda de eficiencia, efectividad y sostenibilidad y la respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y culturales.

En este contexto, el programa de Acción de Promoción de la salud: Una Nueva Cultura, contribuye con una propuesta que conduce hacia el fortalecimiento del “Sistema de Salud” modificando el enfoque de un sistema medicalizado centrado en la enfermedad por un sistema enfocado a la promoción de conductas saludables, en el paciente, y en su realidad, económico, social y cultural.

Una cualidad de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, es decir prevé y previene el desarrollo natural de la enfermedad. Asimismo, actúa en la modificación de determinantes teniendo como resultado mejoras en la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas.

Un enfoque que es fundamental en el Programa de Promoción de la Salud: Una nueva cultura es actuar con efectividad sobre los determinantes sociales que influyen en la salud, para lo que es necesario conocer con mayor precisión los mecanismos de acción por los que estas actúan sobre la salud, para posibilitar el desarrollo de políticas públicas que mejoren la salud de las personas.

La modificación de los determinantes que influyen en generar o empeorar las disparidades en salud se realizará mediante el trabajo con otros sectores para fortalecer esfuerzos que lleven a la reducción de inequidades en salud, solidaridad en el financiamiento, orientación de las intervenciones hacia las poblaciones, utilización de modelos de atención basados en promoción de la salud y prevención de enfermedades, desarrollo integral y sostenido de los recursos humanos, y en el soporte del Sistema de Protección Social en Salud.

Lo anterior en el marco de estrecha colaboración, cooperación y mutuo respeto que permita aprender de cada uno y lograr objetivos comunes.

Invertir en promoción de la salud reditúa en un mayor beneficio en salud y en un menor gasto para las instituciones, lo que es fundamental para dar la sustentabilidad del Sistema de Salud.

Por otra parte el Programa de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura influirá en la modificación del marco legal y organizacional existente, que permita el impulso a las acciones en el nivel local.

5. Evaluación y rendición de cuentas



5.1 Sistema de monitoreo y seguimiento:

El Programa de Acción Promoción de la Salud: una nueva cultura, evaluará el avance de sus actividades, a través de diez indicadores. Los seis abajo señalados, serán analizados anualmente por medio de encuestas a la población para el monitoreo de determinantes de la salud en las unidades centinela de los Servicios Estatales de Salud, que se establecerán para este fin.

1. Porcentaje de población de 5 a 19 años de edad que se alimenta correctamente.
2. Porcentaje de población de 5 a 19 años de edad con activación física.
3. Porcentaje de población que se lava las manos después de toser y estornudar.
4. Porcentaje de viviendas en donde utilizan biomasa y usan estufas mejoradas.
5. Porcentaje de población expuesta a la inhalación de humo de tabaco.
6. Porcentaje de mujeres y hombres de 10 a 19 años que consumen 5 y más copas de alcohol en una ocasión.

Los siguientes dos indicadores son de carácter interinstitucional, se medirán de forma trimestral con datos obtenidos a través del Sistema de Información en Salud, en el caso de de la SSA, y para IMSS e ISSSTE será a través de los Sistemas Formales de información que por acuerdo se establezcan.

7. Cobertura de población incorporada al Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, por grupo de edad y sexo.
8. Porcentaje de edificios públicos del sector salud libres del humo de tabaco.

Los siguientes dos últimos indicadores son de carácter intersectorial, su medición se hará semestralmente con información obtenida a través del Sistema de Información en Salud (SIS), para lo cual se harán modificaciones durante el primer semestre de 2008.

9. Porcentaje de edificios públicos y federales de otros sectores libres del humo del tabaco.
10. Porcentaje de empresas de 100 o más trabajadores con un programa antiestrés incorporado.

Los diez indicadores relacionados con las metas de resultado del programa de acción, mediante su análisis anual construirán el índice de desempeño en la estrategia de evaluación “Caminando a la Excelencia” que coordina la Secretaría de Salud.

Para medir la efectividad de las acciones de promoción de la salud, además de los primeros diez indicadores, también se propone medir los siguientes tres indicadores.

11. Índice de modificación de cultura en salud;
12. Promedio de días saludables por trabajador;
13. Índice de mejora en la capacidad laboral.

Para la obtención de la información necesaria para la construcción de los indicadores de seguimiento de las líneas de acción del Programa de Acción, se consultaran los datos del Sistema Información en Salud (SIS), del Monitoreo de Determinantes de Salud y de la Red Colaborativa de Promoción de la Salud, los cuales servirán de plataformas para obtener la información para la toma de decisiones.

5.4 Evaluación de resultados

Debido al impacto del Programa y por la importancia de los recursos asignados, éste será materia de aplicación de una Evaluación Externa programada para el primer semestre de 2012.

7

CONSENTIMIENTO INFORMADO¹

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de los "tiempos modernos", en que se ha presentado un desarrollo vertiginoso de la ciencia y la tecnología, ha ocurrido un deterioro progresivo de los principios morales, en diferentes grupos sociales. Resultado de ellos son los incrementos observados en la criminalidad, en los conflictos grupales, en la prostitución, en la drogadicción, en la desintegración familiar y en la corrupción, que están afectando de manera muy significativa a las personas y a la sociedad en numerosos países, el nuestro entre ellos.

Diversos intentos, se han llevado a cabo mediante diferentes planes y programas, con el propósito de combatir la corrupción, fundamentalmente de tipo coercitivo y motivacional, con pobres o nulos resultados.

A partir del año 2001 las líneas de acción en el combate de la corrupción se han modificado, hacia un enfoque más preventivo y propositivo, en la búsqueda de la "transparencia" en los procesos administrativos, principalmente en el Sector Público y con especial atención en los servicios de salud.

En la búsqueda de la transparencia, como medio para combatir la corrupción, se ha llegado a considerar que el elemento más importante, es retomar los principios morales y éticos en la administración pública, en la práctica médica, en el comportamiento personal y en la sociedad en general.

Tomando como ejemplo el éxito que los programas de integridad han tenido en diferentes instituciones a nivel mundial, como la Clínica Mayo(1) y el American College of Physicians(2), en que el comportamiento de sus miembros desde el punto de vista ético y moral, puede atribuirse en buena medida a que cuentan con lineamientos escritos claros, en los manuales y códigos de ética o integridad correspondientes, por lo tanto se hace necesario contar con lineamientos generales que puedan conducir la práctica médica en nuestro País, en congruencia con los principios éticos vigentes.

A partir de la bibliografía más significativa, se tomaron los conceptos éticos considerados como vigentes, para integrarlos en forma lógica en el entorno de nuestro País, dentro del contexto de una práctica médica realizada con calidad.

Especial atención se dio a documentos rectores emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el año 2001, como son: las "Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina"(3) y la "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes",(4) el "Código de Bioética para el Personal de Salud"(4), "Código de Bioética para el Personal de Salud"(5) que la Comisión Nacional de Bioética tiene en proceso de elaboración, como marco normativo para incorporarse al Programa Nacional de Salud(6) , conjuntamente con la Cruzada Nacional por la Calidad(6) y la NOM 168 del Expediente Clínico(7).

¹ Facultad de Medicina de la UNAM

ANTECEDENTES

Si leemos con detalle el "Juramento Hipocrático", identificaremos una gran parte de los principios éticos vigentes, algunos que desafortunadamente se han olvidado y otros que se han actualizado, para adecuarlos a la cultura contemporánea, sin embargo todos ellos nos deben mover a la reflexión.

En 1947 el Tribunal Internacional de Nuremberg, emitió el Código, donde se precisan los lineamientos que debe cumplir la investigación con individuos humanos, actualizados en 1964 en la Asamblea Médica Mundial, reunida en Helsinki, habiendo emitido la "Declaración de Helsinki", con precisiones adicionales, mismas que han sido sujetas a revisión y enmiendas pro la misma Asamblea, en Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989, Somerset West (Sudáfrica) en 1996 y Edimburgo, Escocia en 2000.(8)

En 1994 en nuestro País, el Hospital Médica Sur editó y difundió su Código de Ética, que incluye como principales preceptos: la beneficencia y la no maleficencia, la honestidad, el consentimiento informado, el respeto al secreto profesional, la capacitación del médico, así como la proscripción de las dicotomías y de la medicina defensiva.

Dentro de los documentos que pueden ser considerados como base de la ética moderna, debe tenerse en cuenta el Programa de Integridad de la Mayo Clinic Foundation(1), que tiene como eje la honestidad en todos los aspectos del trabajo, aplicable a todo el personal.

En 1998 el Comité de Ética del American College of Physicians emitió la cuarta edición de su Manual de Ética(2), en el cual se definen los preceptos que rigen el comportamiento ético de la práctica médica de sus miembros. Este manual incorpora la mayor parte de preceptos de la ética moderna y se enriquece constantemente con nuevos preceptos, derivados del análisis de casos que se someten a la consideración de su Comité de Ética, en busca de asesoría o lineamientos para resolver problemas reales.

En 1998, la world Federation of Neurosurgical Societies y la European Association of Neurosurgical Societies publicaron las "Orientaciones Éticas para una Buena Práctica Neuroquirúrgica"(9), con la participación de numerosos comités de Europa, Estados Unidos, Asia, África, Australia y la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética, en la cual participó la Comisión Nacional de Bioética de México, a través del Dr. Manuel Velazco Suárez.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001(3) presentó siete Recomendaciones para Mejorar la Práctica de la Medicina, todas ellas con un profundo sentido ético, mismas que se enuncian a continuación.

- Relación médico-paciente respetuosa, donde se indican elementos como la oportunidad de la atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información sobre el pronóstico.

- Consentimiento informado antes de una intervención con riesgo o para ser sujeto de un proyecto de investigación.
- Contar con registros en su expediente clínico.
- Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes, evitar la medicina defensiva.
- Atender pacientes solamente cuando se está facultado para ello, mediante el título o diploma de la especialidad que se trate; no participar en prácticas delictivas como, aborto, eutanasia y falsos certificados médicos.
- Referir al paciente cuando no cuente con los recursos para su atención.
- Atender las urgencias; no abandonar al paciente, inclusive en casos de: huelga, catástrofe o epidemia, inclusive con riesgo para el médico.

En diciembre del mismo año 2001, la propia Comisión de Arbitraje Médico emitió y difundió la "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes"(4), integrada con la participación de las principales instituciones de salud y organizaciones médicas, de enfermería y relacionadas con los derechos humanos en nuestro País. Incluye:

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, óptima y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Tener facilidades para contar con una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un excelente expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

En junio de 2002 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se editó el Código de Ética(10), dedicado a la aplicación de los preceptos que contiene en el ámbito del propio Hospital, con un enfoque dirigido a la mejora de la calidad de la atención médica.

El martes 26 de noviembre de 2002, la Academia Mexicana de Cirugía en su Sesión Solemne de Clausura del Año Académico 2002, presentó su Código de Ética (11), aplicable a sus académicos en particular y al gremio médico en general.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Dentro de los cambios que han surgido en la ética moderna, a raíz de la Declaración de los Derechos Humanos en Ginebra(12) y de la Declaración de Helsinki(8), los derechos de los pacientes han tomado una gran relevancia.

Con referencia a tal consentimiento informado existen pronunciamientos explícitos en relación a métodos de control de la fertilidad emitidos en la Conferencia Internacional sobre Planeación y Desarrollo en el Cairo en 1994(13) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995(14).

En nuestro país existen pronunciamientos claros en la Ley General de Salud, Leyes Estatuales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS y en Normas Oficiales Mexicanas, en cuanto a la decisión libre, responsable, informada y sin coacción para la aplicación de métodos anticonceptivos, debiendo otorgarse por escrito en caso de métodos permanentes; la aplicación de la prohibición de llevar a cabo métodos anticonceptivos en forma obligada y la prohibición de esterilización forzada.

La Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud, en lo referente a hospitales, hace énfasis en la obligatoriedad de contar en el expediente clínico con constancias documentales, del consentimiento informado de los procedimientos realizados que lo requieran.

Por acuerdo con la CONAMED, las quejas relacionadas con el consentimiento informado son atendidas por las comisiones de derechos humanos.

Los pacientes como todo ser humano tienen derecho a valores como la vida, la libertad, la integridad, la equidad, la dignidad, la seguridad jurídica y la salud.

Con referencia a la atención de su salud, el paciente tiene ahora el derecho y el deber, de legitimar su posición ante el médico o prestador de servicios de salud. Entre los derechos de los pacientes está: recibir una atención médica conforme a los principios éticos vigentes.

Como punto de partida indispensable para abordar el tema del "consentimiento informado", como elemento indispensable de la ética médica, es necesario precisar los conceptos a los que nos vamos a referir:

El Diccionario de la Lengua Española(15) define a la ética como: "Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre", y a la moral como: "Ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia" y se refiere a la "cualidad de las acciones humanas que las hace buenas".

Partiendo de estas definiciones podemos establecer el concepto de bioética como: "Rama de la filosofía que determina la práctica adecuada, de los actos relacionados con la vida de la persona humana, orientados hacia la preservación de la vida y su calidad, a la luz de los principios morales".

Debe tenerse en cuenta, que la práctica médica siempre debe procurar la beneficencia y la justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona humana, evitando la maleficencia, con los enfermos y con todas las personas, procurando: fomentar la salud, combatir la enfermedad y procurar la vida, considerando que salud es la ausencia de enfermedad en un entorno de bienestar físico, mental y social.

Con base en los concepto previos, se puede concebir a la ética médica, como "Disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente; dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida".

Si consideramos que la ética se desarrolla en el contexto de la relación médico paciente y por lo tanto de la atención médica, es necesario tener en cuenta el concepto de calidad de la atención médica, considerándolo como: "Otorgar atención al usuario con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas"(16). Dentro de los principios éticos vigentes incluidos dentro de la definición previa se considera como relevantes los principios de: beneficencia, equidad, autonomía, confidencialidad, justicia, respeto, honestidad, dignidad, lealtad y solidaridad.

Dentro de estos principios éticos, nos referimos en este trabajo al principio de autonomía, al que podríamos definir como: "Derecho básico de los individuos adultos, en uso de sus facultades mentales, para decidir lo que ha de hacerse con su persona".

Como parte del principio de autonomía, en enfermo tiene derecho a:

- Tomar la decisión que más convenga a sus intereses y preferencias, en relación a su salud. Conocer, elegir y a cambiar al médico, y a obtener una segunda opinión, cuando lo requiera.
- Conocer, elegir y a cambiar de médico, y a obtener una segunda opinión, cuando lo requiera.
- Que se le proporcione una información clara, completa y veraz, sobre su padecimiento, programa de estudio y tratamiento, sus riesgos y su pronóstico.
- Otorgar o no su consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o de soporte vital extraordinario, y para participar en proyectos de investigación.

- Manifestar su inconformidad con la atención recibida y cuando esto ocurra, que se le atienda y se le de una respuesta.
- Donar sus órganos.
- Elaborar un testamento de vida.

En este documento se abordará lo referente a los preceptos de información y de consentimiento o disentimiento, que con base en dicha información el paciente puede manifestar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se puede definir al consentimiento informado como:

"Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan".

El consentimiento informado incluye los siguientes conceptos:

- Derecho a la información:
- Conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde va a recibir atención, aplicables a su conducta como paciente. Si no lo sabe debe ser informado, acerca de quien es el médico responsable de su atención.
- Ser informado con veracidad, claridad, suficiencia y objetividad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo o el pronóstico de su padecimiento. El médico debe verificar que el paciente haya comprendido la información que se le proporcionó.
- Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionará, los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas, así como la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir.
- Conocer las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad.
- Ser asesorado y que se le otorgue más información cuando la solicite.
- Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole, así como y los beneficios esperados, de los proyectos de investigación en que se le proponga participar.
- Que se le de respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.

La información es parte de una relación médico paciente estrecha con comunicación abierta en ambos sentidos, de confianza y cooperación mutuas, en busca de un propósito común, el beneficio del paciente.

Libertad de Elección:

Opción de elegir libremente a su médico y a solicitar y que se le conceda su cambio cuando lo considere necesario, excepto en los casos de urgencia.

Otorgar su consentimiento o disentimiento en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o los tratamientos propuestos, en la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado inclusive de las consecuencias de esta negativa.

Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de su vida o su dignidad.

No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible, ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma implícita o explícita, oral o escrita; después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.

Preservar la calidad de su vida.

No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.

En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, solo se haría después de que el paciente hubiera otorgado su consentimiento.

Aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, quedando implícito que aun cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.

La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico paciente.

Es un compromiso ineludible del médico, evitar proponer al paciente cualquier procedimiento en el cual el riesgo inherente, sea mayor que el beneficio esperado; sin haberlo explicado claramente al paciente o familiar responsable, asegurarse de su plena comprensión, sin presiones y con libertad absoluta de decisión, para otorgar o no su consentimiento.

El médico deberá alentar al paciente a tomar su decisión con libertad, si es posible ofrecerle más de una opción, respetar su autonomía y tener en cuenta sus deseos y preferencias, en forma libre y sin coacción.

El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional, no obstante tiene riesgos e inconvenientes.

Riesgos e inconvenientes:

Ser demasiado explícito y causar depresión angustia o miedo en los pacientes, al conocer su situación real, si ésta no fuera tan buena como esperaba.

Ocasionar que el paciente se sienta inseguro y cambie de médico, por algún otro que le plantee un panorama más optimista, no necesariamente más real, con menos ética y posiblemente menos competente.

Informar en forma deshonesto al paciente o familiares, para conducirlos a la aceptación de la práctica de un procedimiento no necesario o que implique un riesgo excesivo, en comparación con el padecimiento que se pretende atender, para adquirir experiencia, para "completar el caso", con fines de presentación o publicación; para cubrirse de posibles quejas o demandas (medicina defensiva) o con propósitos comerciales (económicos).

Informar en forma malintencionada al paciente o a los familiares para generarles miedo, buscando su disentiimiento, para eludir la práctica de un procedimiento médico o quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, especialmente en hospitales públicos.

Información alarmante dirigida a "cubrirse" (medicina defensiva) de posibles quejas, demandas, riesgos, eventualidades adversas, no prevenibles, riesgos de complicación, impericia, incompetencia o mala práctica ante posibles resultados adversos, con el propósito de que el paciente no proteste o para que busque a otro médico, cuando desee deshacerse de él.

La negativa para aceptar procedimientos indispensables o al menos necesarios, puede llevar implícita la conveniencia de transferir al paciente con otro médico, que acepte asumir la responsabilidad de continuar atendiendo al paciente, sin haber llevado a cabo los procedimientos requeridos, con las limitaciones impuestas por la negativa de consentimiento.

Se puede presentar la negativa a aceptar procedimientos necesarios, por carencias económicas, en cuyo caso habría que buscar otras opciones asistenciales.

Condiciones que requieren consentimiento informado:

- La hospitalización. Es particularmente importante en lo referente a pacientes psiquiátricos, a quienes no se les puede hospitalizar en contra de su voluntad, sin un mandato judicial o en casos de urgencias extrema, con riesgo para quienes convivan con ellos, su salud o su vida, particularmente en caso de intento de suicidio.
- La realización de una intervención quirúrgica.

- La práctica de cualquier procedimiento con fines de control de la fertilidad, particularmente si son definitivos.
- La participación en protocolos de investigación.
- La realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo de producir secuelas, discapacidades o complicaciones.
- La práctica de procedimientos invasivos.
- El compromiso del paciente de cumplir con las normas hospitalarias.
- Procedimientos que produzcan dolor no justificado o sufrimiento moral.
- En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente haya expresado lo contrario.
- El paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dirigidos a prolongar artificialmente su vida.
- En la mayoría de los casos el consentimiento informado debe otorgarse por escrito, en formatos oficiales, diseñados "ex profeso", con la firma de dos testigos, familiares y no familiares, con el propósito de prevenir quejas, demandas o conflictos legales.
- En casos en que el riesgo sea importante, en procedimientos definitivos de control de la fertilidad o cuando sea el paciente el que deba comprometerse es preferible que el consentimiento sea pro escrito.

En general puede decirse que no puede llevarse a cabo un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contra de la voluntad de un paciente en uso de sus facultades mentales, aún en caso de que la opinión de la familia sea diferente. Cuando hubiera negativa de aceptación por el paciente, ésta deberá consignarse por escrito en el expediente clínico, si es posible con la firma del paciente o en su defecto, del familiar legalmente responsable.

Una vez otorgado su consentimiento, el paciente deberá comprometerse a participar responsablemente en su atención.

Si el paciente no está capacitado para otorgar su consentimiento y no estuviera presente un familiar responsable o un apoderado legal que pueda otorgarlo por él, el médico tratante o cualquier médico en caso de urgencia, puede tomar la decisión. Se debe ser particularmente escrupuloso en las anotaciones que se hagan en el expediente clínico, especialmente en lo que se refiere a la fundamentación de las decisiones que se tomen. En estos casos, sobre todo si existe duda, el Comité de Ética Hospitalario puede intervenir para apoyar la decisión, siempre a favor del paciente.

El médico tiene derecho a negarse a administrar tratamientos que no considere adecuados médicamente, excesivos o gravosos para el paciente o la familia,

desde el punto de vista económico o moral, o que puedan acelerar el desenlace final, especialmente si el beneficio esperado no los justifica. En estas circunstancias se considera adecuado consultar o transferir al paciente a otro médico o solicitar la intervención del Comité de Ética Hospitalario.

El paciente también tiene derecho a:

- Que se tomen en cuenta sus preferencias en el ejercicio de su autonomía para tomar una decisión, particularmente si está conciente o si las dejó por escrito cuando lo estaba (testamento vital).
- Cuando el paciente no esté en condiciones de otorgar su consentimiento, cualquier indicación relacionada con la abstención o suspensión de apoyo vital, debe ser informada y consensada con la familia o con el familiar legalmente responsable. Si existe desacuerdo con la familia, se puede recurrir a la intervención de un médico de su confianza, al Comité de Ética Hospitalario o al poder judicial, y en caso necesario trasladar al paciente a otra institución. Todo deberá quedar escrupulosamente registrado en el expediente clínico.
- Elaborar su "testamento de vida", mientras esté conciente, en el que determine los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que acepta que se les realicen y cuáles no, así como el destino de sus órganos susceptibles de ser trasplantados.
- En pacientes con padecimientos terminales que no están en condiciones de tomar decisiones, debe tenerse en cuenta la posible existencia del "testamento de vida" sobre su atención, en que con anticipación y por escrito, hubiera expresado su voluntad de ser sujetos o no a determinados procedimientos médicos.
- El médico no debe sustituir la concepción de calidad de vida del paciente, por la suya propia.

CONTROVERSIAS

El consentimiento informado requiere ser aplicado en forma muy precisa y en su justo medio, por el riesgo de ocasionar mayor daño con su aplicación estricta, que si no se hubiera cumplido a la letra.

El consentimiento informado adquiere una mayor complejidad, en pacientes cuyo nivel de conciencia no se encuentra en niveles óptimos o con menoscabo de sus facultades mentales, derivándose la decisión a los familiares responsables, de quienes podríamos no tener la certeza de que están obrando en busca del beneficio primario del enfermo. En esta circunstancia podrían encontrarse también los niños y los ancianos.

Riesgo de caer en un conflicto de conciencia ante la negativa de un paciente para aceptar un procedimiento indispensable o al menos necesario, para dar cabal cumplimiento a los procesos de diagnóstico o tratamiento, que permitan

conducir a la identificación de la enfermedad, su tratamiento o curación, a través de un procedimiento terapéutico. Tal es el caso de la negativa a autorizar una transfusión sanguínea, para la atención de pacientes en quienes la falta de utilización de este recurso, podría ser determinante de la oportunidad de sobrevivir.

Como complemento del punto previo se tiene la negativa de consentimiento para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contraposición con disposiciones legales que implican la obligación de un médico, para "llevar a cabo cualquier acción que se requiera para preservar la salud o la vida de un paciente".

La ética es la conciencia de la práctica médica. "Una buena práctica dentro de los preceptos de la ética, permite asegurar una atención médica con calidad"

BIBLIOGRAFÍA

Mayo Foundation. Programa de Integridad. Rochester Minnesuta. U.S.A. 1999. American College of Physicians. Manual de Ética. Annals of Internal Medicine 1998; 128:576-594.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina. México 2001.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, México 2001.

Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. Código de Bioética para el Personal de Salud. Documento de Trabajo. México 2002.

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006, México 2001.

Norma Oficial Mexicana 168 SSA1 del Expediente Clínico; Dirección General de Regulación de Servicios de Salud. Secretaria de Salud. México 1998.

Declaración de Helsinki. Asamblea médica Mundial. Helsinki 1964. Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996 y Edimburgo 2000.

World Federation of Neurosurgical Societies European Association of Neurosurgical Societies. Comisión Nacional de bioética Orientaciones para una Buena Práctica Neuroquirúrgica. 15, 34-42. México 1999.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Código de Ética. México 2002.

Código de Ética. Academia Mexicana de Cirugía. México. 2002.

Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ginebra. 1949.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo. 1994.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. 1995.

Real de la Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. España. 1981.

Aguirre Gas H, "Administración de la Calidad de la Atención Médica". Rev. Med. IMSS. 35:257-264. 1997.

8

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉXICO¹

Leyes, sanciones y procedimientos de queja ante su violación.

I.- Definición de consentimiento informado.

El consentimiento informado en los servicios de planificación familiar es un proceso de la práctica médica enmarcado en principios éticos que incluye un conjunto de actividades cuyo producto final es el consentimiento o disentimiento que hace una usuaria o usuario con respecto a la prescripción médica de algún método anticonceptivo.

El proceso incluye el intercambio respetuoso de información en el que la mujer aporta sus necesidades de anticoncepción y saberes de si misma, y el proveedor (a) del servicio explica sobre los efectos, riesgos y beneficios de los métodos propuestos. Este proceso también incluye la verificación de que lo expuesto ha sido comprendido por la usuaria (o) y que la dudas presentadas por ella (él) han sido resueltas.

El consentimiento o disentimiento en la utilización del método debe darse de manera voluntaria y sin coacción, en algunos casos (como en aquellos donde no interviene la voluntad diaria de la mujer para recibir el beneficio; DIU, OTB, anticonceptivos subcutáneos) se requiere la firma de aceptación en un documento.

Es importante que los profesionales de la salud conozcan y respeten el consentimiento informado con el fin de posibilitar en las usuarias (os) una decisión libre, responsable e informada en la utilización de algún método anticonceptivo.

Ello contribuirá, por un lado al mejoramiento de la calidad del servicio, se garantizará el respeto a las personas y se propiciará la seguridad sexual; por otro lado se estará actuando éticamente.

II.- El Consentimiento como Derecho.

El consentimiento informado está contemplado implícita o explícitamente tanto en la legislación internacional como en el orden jurídico nacional.

Entre las disposiciones internacionales, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994) fue un evento clave para la promoción del consentimiento informado y para el ejercicio del conjunto de derechos sexuales y reproductivos.

Dentro de las recomendaciones de esta Conferencia, firmada por el gobierno de México, se señala que:

¹ Información obtenida de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

"Todos los proveedores de servicios deberían salvaguardar el principio de la libre elección informada proporcionando información amplia y práctica de una gama completa de métodos seguros y efectivos. Su objetivo debe ser apoyar las decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y los métodos para la regulación de la fecundidad de manera de atender a las necesidades cambiantes durante todo el ciclo vital".

Del mismo modo, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) asienta, dentro de la protección y promoción de los derechos Humanos:

"asegurar la elección y el consentimiento de manera responsable, informada y libre, proporcionando información completa y exacta sobre una variedad de métodos y opciones médicas incluidos los posibles beneficios y efectos secundarios, que permita a las personas y las parejas a adoptar decisiones voluntarias e informadas"

Es pertinente aclarar que en México, la incorporación de las normas de origen internacional en el orden jurídico interno es una disposición constitucional. (Art. 133 constitucional)

El marco legal del consentimiento informado se encuentra, en principio en el artículo 4° de la Constitución Mexicana, en el que consagra, por un lado la condición de igualdad ante la ley entre hombres y mujeres, y por otro lado, el derecho de:

"toda persona (...) a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".

El Código Civil para el D. F., que se aplica en toda la República en materia Federal enuncia a la letra el artículo 4° constitucional y agrega:

"Por lo que toca al matrimonio, este derecho será ejercido de común acuerdo por los cónyuges" (Art. 162)

*Actualmente el Código del Distrito Federal no aplica en materia federal, del cual se distingue, a partir de la reformas pertinentes, sin embargo en los códigos civiles de los estados se da una redacción similar.

Dentro del Código Penal del D. F., que se aplica en toda la República en materia federal * no se encuentra tipificado como delito la violación al consentimiento informado en la planificación familiar, sin embargo podrían aplicarse sanciones al delito de responsabilidad profesional, toda vez que los profesionistas son responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión (Art.228)

*Tomar en cuenta la anterior consideración.

La reglamentación del artículo 4° constitucional se encuentra en la Ley General de Población y los temas sobre salud reproductiva se detallan en la Ley General de Salud.

La Ley General de Población asienta a través del Reglamento a la Ley General de Población, la decisión libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, así como sobre los métodos anticonceptivos y sus consecuencias. Por otra parte, se prohíbe obligar a las personas a utilizar algún método o realizar una esterilización forzada.

Por su parte su parte, exige que el consentimiento en la utilización de un método permanente se realice por escrito. Del mismo modo, subraya la igualdad entre los hombres y mujeres (Art14,15 y 21).

La Ley General de Salud reconoce el derecho a una decisión libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos y prohíbe la esterilización forzada (Art. 67).

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica se hace indispensable el consentimiento por escrito en la utilización de un método anticonceptivo permanente (Art. 119).

La Ley del Seguro Social aborda en el Reglamento de Servicios Médicos del IMSS la obligación de los profesionales de la salud a informar y orientar a los derechohabientes para la toma voluntaria de decisiones informadas en torno a su salud reproductiva.

Considera indispensable la autorización expresa y por escrito en la utilización de métodos anticonceptivos tanto temporales como permanentes. (Art. 70 y 71 del Reglamento)

Tanto en la Ley del ISSSTE como en el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, se excluye el concepto de "decisión informada" y se dejan los términos de la aplicación de los métodos acorde a los programas de planificación familiar y los acuerdos interinstitucionales del Sistema Nacional de Salud.

No se nombra en este rango la autorización expresa y por escrito debidamente informada en la aplicación de anticonceptivos temporales o permanentes.

La [Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar](#) establece una relación personal entre los prestadores (as) de servicios y los usuarios y usuarias que permita la autonomía de éstos (as) para decidir y consentir responsablemente, sin presión, por cualquier método permanente o temporal.

La decisión deberá ir por escrito puntualizando el consentimiento del usuario sobre lo irreversible del procedimiento. (Título 5, puntos, 5.4.1; 5.4.23; 5.4.27;

III.- Sanciones en caso de violación al Consentimiento Informado

La Ley General de Salud contempla sanciones con respecto a la violación al derecho al Consentimiento Informado al penalizar con una multa equivalente de 4,000 a 10,000 veces el salario mínimo general diario vigente en la zona

económica de que se trate (Art. 421), la falta de una correcta, oportuna eficaz y completa información anticonceptiva.

Esta multa se duplicará en caso de reincidencia, es decir la repetición de la violación dentro de un período de un año (Art. 423).

Por otra parte, el consentimiento informado está protegido en el Código Civil al señalar que la persona que al obrar ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligada a reparar dicho daño (Art. 1910); del mismo modo que si se causa un daño moral.

En tales casos, la sanción es una multa cuyo monto determina el juez (Art. 1915, 1916 y 1927)

El Código Penal tiene capacidad para sancionar (con prisión, multa o suspensión temporal o permanente de licencia) a los profesionistas que cometan algún delito en el ejercicio de su profesión.

IV.- Instancias que atienden denuncias por violación al Derecho al Consentimiento Informado.

En caso de que él (la) profesional de la salud la institución de salud donde ocurrió el hecho, a las clínicas, hospitales o centros de salud del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, etc.

En cualquier caso, el procedimiento de queja deberá interponerse antes de cualquier otro trámite con otra autoridad administrativa, recurso o instancia jurisdiccional.

También puede recurrir a la [CONAMED](#), a la [CNDH](#) o Comisiones estatales de Derechos Humanos, a los juzgados civiles e incluso al Ministerio Público.

*En Jalisco a la [CAMEJAL](#).

En el IMSS, el (la) derechohabiente, asegurado (a) pensionado o beneficiario tiene derecho de interponer una queja administrativa que tendrá la finalidad de conocer las insatisfacciones de los usuarios (as) con respecto a un acto de omisión del personal médico del Instituto.

La queja debe interponerse ante la Contraloría Interna a través de los buzones de sugerencias y quejas o de los Módulos de Información y Quejas, los cuales la remitirán al Área de Atención y Orientación al Derechohabiente.

El ISSSTE carece de reglamento para el trámite y la resolución de la queja, sin embargo, nombra a la Contraloría General y a la Coordinación General de Atención al Derechohabiente para la recepción e investigación de la queja.

Dichas quejas podrán llegar por medio del buzón de sugerencias y quejas, por el Módulo de Atención al Derechohabiente, por la presidencia de la República, por la delegación ISSSTE, por la [CONAMED](#), por la CNDH, por la Contraloría

Interna y por el Comité Bioético, además que a nivel nacional opera un teléfono para la interposición de quejas.

La Secretaría de Salud no especifica algún procedimiento ante las quejas sino criterios y funciones básicas que deben seguir las unidades encargadas de estos procedimientos.

En este sentido, para la interposición de las quejas se señala que "Los encargados del Servicio de Información, Orientación y Quejas, actuarán como procuradores de la gestión administrativa, auxiliando, asesorando y apoyando gratuitamente y con eficacia los trámites y gestiones de particulares".

[La Comisión Nacional de Derechos Humanos](#) (CNDH) tiene competencia para conocer las quejas por presuntas violaciones a los derechos humanos en todo el territorio nacional, cuando estas sean imputadas a autoridades y servidores públicos de carácter federal.

Por lo tanto no tienen ningún impedimento legal para conocer las violaciones al derecho al consentimiento informado siempre y cuando dicha violación sea cometida por un servidor público federal como es el caso de personas que trabajan en el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud.

La queja puede presentarse ante cualquier oficina de la CNDH o de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos personalmente o por medio de un representante legal.

La queja debe hacerse por escrito dentro del plazo de un año a partir de que se hubiera iniciado la ejecución de los hechos estimados violatorios.

La [Comisión Nacional de Arbitraje Médico](#) (CONAMED) es un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud cuyo objeto es contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios (as) de los servicios médicos y los prestadores (as) de dichos servicios. Es un órgano conciliatorio.

La Dirección General de Orientación y Quejas de esta Comisión será la encargada de recibir las quejas y definir si son de su competencia para atenderlas, analizarlas y hacer de su conocimiento a la autoridad competente involucrada en el presunto ilícito.

Las quejas se reciben por comparecencia, por correspondencia o por teléfono y se proporciona orientación gratuita con asesoría médica y legal para identificar si el tratamiento médico ha sido adecuado. En caso de que haya puesto queja frente a la CNDH, la CONAMED tiene la obligación de remitirle la documentación y los informes que solicita.

La Comisión sólo atiende casos que vayan conforme a la Ley General de Salud y sus normas derivadas; su función se relaciona directamente con los casos de negligencia o impericia médica y canaliza los casos de consentimiento informado a la CNDH cuando no se encuentran combinados con negligencia o impericia médica.

V.- Recomendaciones

Los proveedores (as) deben sensibilizarse en lo referente a los derechos sexuales y reproductivos y al consentimiento informado para transformar la cultura de relación vertical proveedor (a) -usuario (a), en una relación horizontal.

De tal forma que en la información y en la prestación de servicios se debe tomar en cuenta saberes de las usuarias (os) y considerar las diferencias culturales de la población, en especial cuando se trata de indígenas.

Por otro lado, la obligación de contar con una autorización escrita por parte de la usuaria o usuario no debe ser solamente un trámite burocrático o una prueba de defensa institucional, sino la fase final de un proceso en el que la usuaria (o) con la información suficiente y la reflexión necesaria para tomar una decisión en cuanto al control de su propia fecundidad.

Por lo tanto, es muy conveniente iniciar el proceso de consentimiento informado varios días o meses antes de que se proceda a firmar y decidirse por el uso de un método anticonceptivo.

Finalmente, todos los profesionales de la salud están obligados a conocer y difundir las obligaciones y derechos del consentimiento informado para contribuir al desarrollo humano y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

ANEXO

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO DEL PRESIDENTE ENRIQUE PEÑA NIETO¹

Salud

El Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. En respuesta a dicho artículo se ha construido un amplio Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, éste se caracteriza por estar fragmentado en múltiples subsistemas, donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos. En 2012, aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso en algún esquema de salud.

En 2004, el Seguro Popular inició con la finalidad de brindar protección financiera a la población no afiliada a las instituciones de seguridad social. Este programa representa un avance en términos de igualdad y protección social de la salud. Sin embargo, su paquete de servicios es limitado en comparación con la cobertura que ofrecen actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a sus derechohabientes. Adicionalmente, el Seguro Popular representa un reto para promover la formalidad del empleo con el tiempo.

Si bien el Sistema de Salud Pública cuenta con una amplia red de atención médica, en ocasiones la falta de respuesta ha propiciado que la población busque la atención en el ámbito privado, la asistencia social e incluso mediante la automedicación. Para lograr mayores niveles de eficiencia y poder atender de mejor manera las necesidades de la población, es necesaria una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales.

Entre 2000 y 2010, el gasto público en salud como porcentaje del PIB creció de 2.6 a 3.1%, lo que representa un incremento del 19.2%. A pesar del aumento observado, este nivel de gasto sigue siendo bajo en comparación con el de los países de la OCDE. Para avanzar en la calidad y el alcance de los servicios de salud no sólo debemos pensar en el nivel de gasto. La experiencia en los últimos años indica que existen áreas de oportunidad para hacer un mejor uso de los recursos. Para mejorar el Sistema de Salud también se requiere un fortalecimiento de los modelos de atención de entidades federativas y municipios, así como una regulación adecuada en diversos ámbitos.

Existen logros sustantivos en diversos indicadores como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con países miembros de la

¹ Información obtenida de la página de la Presidencia de la República de México.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) para alcanzar una mejor calidad de vida de la población.

Los datos demográficos y epidemiológicos indican que las presiones sobre el Sistema Nacional de Salud serán cada vez mayores, poniendo en riesgo la sustentabilidad financiera de las instituciones públicas. La fecundidad, las tasas de mortalidad y la migración suponen una demanda más elevada de servicios, especialmente asociada al mayor número de adultos mayores (la población de 65 años y más crecerá de 6.2% del total en 2010 a 10.5% en 2030). Este hecho impacta no sólo en el Sistema de Salud, sino que impone desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo para los cuidados, especialmente para las mujeres, quienes realizan mayoritariamente este trabajo.

Por otro lado, hay situaciones que atentan contra la salud, como la pobreza y los estilos de vida poco saludables y de riesgo. Por ejemplo, la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, sexo inseguro, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, así como la falta de educación vial repercuten de manera significativa en la salud de la población. Estos factores explican, en gran medida, la alta incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y los tumores malignos, así como el alto número de personas lesionadas por accidentes.

El sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la hipertensión han llegado a niveles muy elevados en todos los grupos de la población. Entre los hombres mayores de 20 años de edad, 42.6% presentan sobrepeso y 26.8% obesidad, mientras que en las mujeres estas cifras corresponden a 35.5 y 37.5%, respectivamente.

Por otra parte, en la población escolar (5-11 años) la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 19.8 y de 14.6%, respectivamente. Con base en la ENSANUT 2012, la diabetes mellitus afecta actualmente al 9.2% de la población del país, lo que representa un incremento de 2.2 puntos porcentuales respecto de 2006. Dado su papel como causa de enfermedad, la obesidad aumenta la demanda por servicios de salud y afecta el desarrollo económico y social de la población. De acuerdo con estimaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el costo de la obesidad fue de 67,000 millones de pesos en 2008. De no actuar, el costo que pagaremos en el futuro será mayor a la inversión requerida hoy para implementar políticas que hagan frente a esta problemática.

Existen tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud y que, por tanto, requieren atención. Primero, el modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención.

En segundo lugar, no han permeado políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En este sentido, destaca como un reto a enfrentar la diversidad de hábitos y costumbres de la población en materia de conocimiento y cuidado de

la salud. Tercero, en la rectoría y arreglo organizacional vigentes, donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública.

Sistema de Seguridad Social

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la seguridad social se define como “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”.

En nuestro país, el acceso a la seguridad social está directamente relacionado con la condición laboral y favorece principalmente a quienes cuentan con un trabajo formal. La estructura actual del Sistema de Seguridad Social se caracteriza por contar con múltiples esquemas de protección social de limitada portabilidad entre ellos y con diferencias significativas entre sí. Dicha estructura ha resultado en una distribución desigual del gasto social y representa una limitante para generar incentivos que induzcan a la formalidad.

En 2010, la carencia por acceso a la seguridad social ascendió a 60.7% del total de la población del país. Aunque este nivel es cuatro puntos porcentuales inferior al observado en 2008, sigue siendo la carencia social con mayor incidencia.

Actualmente, el 84.4% del gasto del gobierno en protección social está destinado a la población con un trabajo asalariado en el sector formal de la economía que sólo representa el 40% del total.

Esto implica que únicamente el 15.6% del gasto en seguridad social del gobierno se utiliza para atender al 60% de la población, fracción en la cual se ubican las personas de menores ingresos.

Asimismo, destaca que el Sistema de Protección Social vigente excluye a un gran número de mujeres que realizan trabajo no remunerado a lo largo de toda su vida. Por tanto, es fundamental garantizar una distribución adecuada del gasto en seguridad social de una manera que se procure el desarrollo integral del Sistema, sin que esto genere incentivos a la informalidad. El acceso a la seguridad social debe contemplar mecanismos que fomenten la inserción de un mayor número de mexicanos a la economía formal.

El Sistema de Seguridad Social en México también se caracteriza por la falta de portabilidad de derechos entre los diversos subsistemas que existen tanto a nivel federal como en las entidades federativas y municipios. La consecuencia directa de esta deficiencia es que quienes deciden cambiar de empleador, antes de cumplir con cierta antigüedad laboral, pierden sus beneficios

pensionarios y de atención médica, generando un gran número de trabajadores con largas trayectorias laborales y desprotección en la vejez.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica: cuenta con más de 16 millones de trabajadores asegurados, que se traducen en casi 58 millones de derechohabientes.

Además, brinda servicios médicos a la población que no cuenta con seguridad social a través del Programa IMSS-Oportunidades. Dentro del contexto de seguridad social y de manera complementaria a los servicios de salud, el IMSS brinda prestaciones económicas y servicios que protegen tanto a los trabajadores como a sus familiares frente a un evento de riesgo, y apoyan en el cuidado infantil durante la jornada laboral.

El IMSS presenta un panorama financiero complicado, ocasionado por una combinación de factores internos y externos. Por una parte, enfrenta la transición demográfica y epidemiológica que ha tenido como consecuencia una mayor prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos, cuya atención requiere de mayores recursos económicos. Por otra parte, dicho instituto observa retos financieros derivados de su régimen de jubilaciones y pensiones y de una contratación acelerada de personal en los últimos años.

El ISSSTE es la segunda institución de seguridad social más importante del país y representa el 11% del gasto operativo del sector público federal.

Este organismo requiere ser fortalecido para garantizar su viabilidad. Mientras que las reformas a la Ley del ISSSTE, aprobadas en 2007, contribuyeron a sanear la situación financiera del mismo, la composición poblacional de sus derechohabientes del segmento de servicios médicos tiene implicaciones en la duración, costo y recurrencia de los tratamientos.

Los problemas que enfrenta el Sistema de Seguridad Social representan un gran reto que hace necesario llevar a cabo políticas que fortalezcan la situación financiera de estas instituciones, en virtud de que sus necesidades y costos presentan una tendencia de crecimiento mayor a la de sus ingresos. De esta forma, es importante implementar acciones enfocadas en hacer más eficiente su operación, con énfasis en aquellas que les permitan contener su gasto. El gasto administrativo en los sistemas de Seguridad Social es elevado, ya que representa 11.4% del gasto total, que es significativamente mayor en comparación con el promedio de 3.9% en países miembros de la OCDE.

Asimismo, un Sistema de Seguridad Social Integral debe contemplar un seguro de desempleo que proteja a las familias ante cambios temporales en la condición laboral. En este sentido, el Reporte de Empleo 2012 publicado por la OCDE señala que un limitado alcance de las medidas de apoyo para pérdidas de empleo incide en el aumento del sector informal. De acuerdo con el Informe de Perspectivas 2012 de dicha organización, México es el único país miembro que no contaba con un seguro de desempleo. Este beneficio debe aportar una protección adecuada para que el trabajador cuente con un periodo de búsqueda que le permita encontrar un empleo acorde con sus capacidades y

productividad.

En todo caso, el fortalecimiento de los sistemas de seguridad social es una condición necesaria para avanzar hacia una verdadera seguridad universal. Esta meta requiere el impulso a la formalidad como una solución sustentable que garantice el acceso a la seguridad social de los mexicanos.