

El derecho a la salud en el nuevo Modelo Integral de Atención de México

The right to health in the new Comprehensive Health Care Model in
Mexico

Hilda Santos Padrón^{1*}

Natalí Limón Mercado²

¹Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

²Unidad Coordinadora para los Servicios Estatales de Salud. Secretaría de Salud. México.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: drahs@gmail.com

RESUMEN

Introducción: En México siempre se ha reconocido el derecho constitucional a la salud como uno de los más importantes derechos sociales, refrendado en las reformas del Sistema Nacional de Salud y de las cuales derivaron diferentes modelos de atención.

Objetivo: Reconocer la vigencia ético-jurídica de ese derecho a la salud y su ejercicio efectivo en el nuevo Modelo Integral de Atención de Salud.

Fuente de datos: Se revisaron 24 documentos nacionales e internacionales como Leyes, Reglamentos, Resoluciones, Informes de Organismos Internacionales y Conferencias Mundiales. Además, se escogieron seis artículos publicados en español, entre 1980-2014 relacionados con el derecho a la salud y los modelos de atención en salud.

Síntesis de los datos: En el nuevo modelo de atención de salud presentado en el 2015 por la Secretaría de Salud de México, se establecen estrategias que aseguran el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Con el nuevo modelo, debe hacerse valer ese derecho objetivamente, alcanzar elevados niveles de cobertura y asegurar un acceso eficiente y eficaz a los servicios de salud que se brindan. La equidad se incorporó como uno de los principios del Modelo, pero se reconoce que aún existen brechas para lograr la total cobertura y accesibilidad efectiva para los grupos sociales vulnerables.

Conclusiones: La ejecución del Modelo Integral de Atención de Salud, recientemente implementado en varias entidades federativas del país, ofrece la oportunidad de asegurarles a todos los mexicanos ese derecho a la salud, que reconoce como un derecho humano.

Palabras clave: Derecho a la salud; modelo de atención; equidad; cobertura y accesibilidad.

ABSTRACT

Introduction: In Mexico, the constitutional right to health has always been recognized as one of the most important social human rights, always endorsed in the reforms of the national health system and from which different models of health care were derived.

Objective: To confirm the ethical-legal validity of this right to health and its effective exercise in the new Comprehensive Health Care Model.

Data sources: 24 national and international documents were reviewed such as Laws, Rules, Resolutions, Reports of International Organizations and World Summits. In addition, six articles published in Spanish from 1980 to 2014 were selected, and those were all related with the right to health and the models of health care.

Data synthesis: In the new model of health care presented by the Health Secretariat of Mexico in 2015, it is established that there will be strategies which secure the fulfillment of the right to protect the health. This right should be objectively enforced

with this new model, and also to reach high levels of coverage and to secure an efficient and effective access to the health services provided. Equity was added as one of the principles of the model, but it is admitted that still exist gaps to accomplish universal coverage and effective accessibility of vulnerable social groups.

Conclusions: The implementation of the new Comprehensive Health Care Model (that was carried out recently in several federative entities of the country) offers the chance to ensure the right to health for all Mexicans and this is recognized as a human right.

Keywords: Right to health; health care model; equity; universal coverage and accessibility.

Recibido: 19/02/2018

Aceptado: 18/04/2018

Introducción

En la región de Las Américas, los modelos de atención no han respondido consecuentemente a las necesidades diferenciadas de salud de las personas y las comunidades.⁽¹⁾ En el caso de México, en las últimas tres generaciones de reformas y ante la complejidad del sistema de salud, la respuesta nacional se ha enfocado a lograr la universalidad de la atención, anclada en el reconocimiento de la salud como uno de los más importantes derechos sociales. Además de reconocerlo, se requiere asegurar el otorgamiento de ese derecho constitucional -entre otros elementos- con la implementación de un Modelo de Atención, centrado en la persona, con total cobertura y accesibilidad a los servicios, tal como merecen disfrutar todos los ciudadanos. En ese sentido, el objetivo de este trabajo es reconocer la vigencia ético-jurídica de ese derecho a la salud y su ejercicio efectivo en el nuevo Modelo Integral de Atención 2013-2018.

Fuente de datos

Para cumplir con el objetivo propuesto se realizó una revisión de 24 documentos nacionales e internacionales como Leyes, Reglamentos, Resoluciones, Informes de Organismos Internacionales y Conferencias Mundiales. Además, se escogieron seis artículos publicados en español, durante el período comprendido de 1980-2014 y relacionados con el derecho a la salud y los modelos de atención en salud, como parte del proceso de diseño del nuevo modelo de atención integral de salud (MAIS). Para la revisión, se tuvo en cuenta la accesibilidad, veracidad y totalidad del contenido de esos documentos, mediante una Guía elaborada *ad hoc*. Al mismo tiempo, se resumieron las características del nuevo modelo de atención que se ejecuta en entidades federativas seleccionadas.

Síntesis de los datos

Los resultados de la revisión documental sobre el tema del derecho a la salud y de las principales características del nuevo modelo de atención en México, se presentan a continuación.

El derecho a la salud y los modelos de atención en México

Aunque en México el desarrollo del sistema de salud y sus Modelos de Atención no ha estado exento de insuficiencias, siempre se ha reconocido el derecho a la salud como uno de los más importantes derechos sociales.⁽²⁾ También, el derecho a la protección de la salud forma parte desde 1983, de las garantías individuales establecidas por nuestra Constitución, aunque la introducción de la cobertura universal ha sido compleja en la medida en que no se han podido cumplir las condiciones para un acceso efectivo a la atención sanitaria de los más desfavorecidos.^(3,4) Han existido serias dificultades para dar contenido efectivo a esos derechos, por una mala comprensión de su significado y alcance, así como por la falta de compromiso entre algunos de los principales servidores públicos, encargados de velar su observancia y cumplimiento.

Como cualquier otro derecho ciudadano, el cumplimiento del derecho a la salud debe ser tutelado por las instituciones del Estado, de tal manera que se posibilite su ejercicio efectivo y de no ocurrir así, que existan las vías jurídicas para reclamar su cumplimiento. Hasta hace casi un lustro, no existían vías jurídicas para ello y desde la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se superó el criterio jurisdiccional preexistente que consideraba a muchos de los derechos sociales constitucionales como derechos difusos, es decir, como simples enunciados o postulados sobre los cuales los ciudadanos en lo individual, no tenían un interés jurídico.⁽⁵⁾

Aún en México, esa norma está mucho más lejana de la realidad que lo estimado. Si se valoran las condiciones sanitarias que comparten numerosas comunidades indígenas de Chiapas, afectadas por enfermedades estrechamente vinculadas a la pobreza como la tuberculosis o las enfermedades diarreicas, o si reflexionamos sobre el entorno en que viven miles de mexicanos residentes en la región montañosa de Guerrero, no cabe duda que arribamos a similar conclusión que los ministros de la Suprema Corte de Justicia, para quienes el derecho a la salud no es más que un “gran enunciado”, un sueño distante y de difícil realización.

En otras palabras, hasta el 2011 esos derechos como el derecho a la protección de la salud, de acceso a la vivienda, al medio ambiente o de los pueblos indígenas no constituían -como defendieron la ministra *Luna Ramos* y el ministro *Aguirre Anguiano*- más que “ideales” o buenas intenciones que no operan en la realidad de nuestro sistema jurídico y de nuestro país.⁽⁵⁾ Este cambio de paradigma en nuestras estructuras jurídicas, aunado a las más recientes reformas constitucionales sobre los derechos humanos reconocidos en los tratados internacionales, marcan un nuevo derrotero en materia del derecho a la salud.⁽⁶⁾ Todo ello obligará al establecimiento de políticas públicas efectivas, que aseguren avances sostenidos en materia de prevención, promoción y restauración de la salud de todos los mexicanos.

Lo expuesto resulta particularmente relevante para el desarrollo de la protección social en salud en México.^(7,8) En el caso del Seguro Popular de Salud (SPS), las recientes fórmulas de recursos por afiliado han desvinculado las obligaciones de las

entidades federativas del costo real en que incurren, al proporcionarlas dentro del sistema de protección social lo que posibilita para el gobierno federal, una mayor cobertura poblacional con una menor inversión pública en términos reales. Esta determinación es regresiva y en consecuencia, contraria al pacto internacional del que México forma parte.⁽⁹⁾

En este sentido, el nuevo estatus jurídico que está adquiriendo el derecho a la salud debe reconocerse como la oportunidad para que todos los estudiosos, profesionales y servidores públicos vinculados a ese sector, piensen y elaboren medidas y programas más abarcadores, suficientemente apoyados y justos para conseguir paso a paso, mayores ganancias en materia de salubridad general, en las condiciones de acceso a los servicios, en la dignidad en el trato que se le otorga a familiares y pacientes y en la calidad de la atención médica que se ofrece.

El derecho a la salud y el nuevo modelo de atención

Los sistemas de salud en el mundo enfrentan el enorme desafío de lograr la cobertura universal, lo que implica desarrollar un conjunto de acciones que garanticen el derecho a la salud. En México, alcanzar este objetivo representa grandes combates, la universalidad de los servicios implica brindar cobertura a todos los mexicanos y homologar los paquetes de intervenciones entre los diferentes segmentos de la población atendida por los diversos prestadores públicos de servicios a nivel nacional, así como asegurar el acceso efectivo a servicios de salud garantizando la calidad y la equidad en la atención.^(10,11)

Es innegable que México es un país con grandes desigualdades y si los logros alcanzados no se distribuyen equitativamente entre los diferentes grupos sociales y regiones del país es insuficiente el intento de mejorar la salud de la población.⁽¹²⁾ Recientemente se ha publicado un interesante informe, donde se reconoce que el sistema de salud mexicano carece de mecanismos de mejora de la calidad de los servicios y de un sistema de información, que permita a las autoridades cumplir con las obligaciones a las que están comprometidas, lo que impide que en las 32 entidades federativas, en las 660 jurisdicciones sanitarias y en la federación, se asegure el acceso

efectivo a la salud para la población como lo garantiza la Constitución. En el propio informe también se constató, que existen más de 20 millones de mexicanos sin acceso a servicios de salud, por lo que urge ampliar la afiliación al SPS para lograr la cobertura universal en los próximos tres años.⁽¹³⁾

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Gobierno de la República, estableció tres prioridades en materia de salud:⁽¹⁴⁾

1. Acceso efectivo, que tiene como propósito asegurar los servicios de salud a toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico o su condición laboral
2. Calidad en el servicio, que busca modernizar la infraestructura en el sector y privilegiar a las comunidades más alejadas y desprotegidas para dotarlas de servicios de salud con personal capacitado, suficiente y eficiente, donde el modelo esté basado en la atención integral de los usuarios.
3. Prevención, con el que se desarrollará un modelo de atención que permita integrar los esfuerzos de todos los actores para avanzar hacia el acceso efectivo, a partir de la vinculación del trabajo comunitario con el institucional

Las diferencias evitables e injustas son inaceptables, si se desea cumplir con el eje político de un México Incluyente, implícito en este Plan Nacional de Desarrollo. La atención de las personas que viven en condición de vulnerabilidad requiere además de las acciones de salud y de la asistencia social, la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno para lograr incidir en los determinantes sociales y reducir las desigualdades en salud a través de políticas intersectoriales, como la Cruzada Nacional Contra el Hambre⁽¹⁵⁾ y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.⁽¹⁶⁾

A los fines de reducir estas brechas en las condiciones de salud entre distintos grupos poblacionales, las estrategias y líneas de acción en el Programa Sectorial 2013-2018⁽¹⁷⁾ se adecuaron o ajustaron básicamente a los ejes de la política nacional; también a las

iniciativas y estrategias regionales,^(18,1) a las metas pendientes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que eran ocho objetivos contra la pobreza que el mundo se comprometió a alcanzar en 2015⁽¹⁹⁾ y a los actuales 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS),⁽²⁰⁾ también conocidos como Objetivos Mundiales, que, aunque basados en los ODM van mucho más allá puesto que abordan las causas fundamentales de la pobreza y la necesidad universal de desarrollo que funcione para todas las personas.

El nuevo modelo de atención integral de salud (MAIS)

El *Programa Sectorial de Salud 2013- 2018* establece entonces los objetivos - estrategias y líneas de acción- a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deberán ser congruentes por un lado, con las metas nacionales establecidas en el *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 -México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global-* y por el otro, con las estrategias transversales -*Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género-*; estrategias que serán ejecutadas a través de los programas especiales, a saber, Programa Especial para Democratizar la Productividad, Programa para un Gobierno Cercano y Moderno y Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra la Mujeres.⁽¹⁷⁾

En el Modelo de Atención Integral de Salud, bajo las directrices que establece el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018⁽¹⁴⁾ y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA),⁽¹⁷⁾ se incorporan los avances y lecciones aprendidas de modelos desarrollados con anterioridad (de 1985 a 2014), a nivel federal y estatal, por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud.⁽²¹⁾

Este nuevo Modelo Integral de Atención de Salud que ya se ejecuta en varios estados, es una expresión de los múltiples elementos y relaciones que tienen su lugar en la realidad, en la cual confluyen todas las funciones de los sistemas de salud y cuya complejidad solo puede concebirse desde una perspectiva integradora, por eso, se

conceptualiza desde la función rectora y se fortalece con su implementación. Su objetivo es: "Contribuir a homogeneizar los servicios y prácticas del Sector Salud, así como optimizar la utilización de los recursos y la infraestructura en salud incentivando los mecanismos y procesos de la participación ciudadana democrática, para avanzar hacia el acceso efectivo y universal a la protección de la salud".⁽²¹⁾

Sus valores y principios son: Derechos humanos, Equidad, Género, Protección financiera, Justicia social e Interculturalidad y los aspectos fundamentales que lo conceptualizan son:

1. El desarrollo del derecho a la salud respaldado por los deberes ciudadanos para la conservación de un buen nivel de salud.
2. La identificación de las necesidades sociales y de salud y no exclusivamente de los problemas de salud de la población, con énfasis en la detección de las desigualdades en salud.
3. La visión integral de las personas y las familias con el ambiente laboral, escolar y comunitario.
4. La renovación organizativa y gerencial para la prestación de los servicios de salud, prioritariamente, a nivel municipal.

Las cuatro estrategias a ejecutar en el modelo son: 1) La renovación de la atención primaria de salud (APS). 2) El reforzamiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). 3) El desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). 4) La participación ciudadana.

El principio de equidad, constituye el cimiento de las políticas y estrategias nacionales. En políticas de salud, la equidad usualmente se refiere al acceso universal a una atención a la salud razonable y una justa distribución de la carga financiera de la atención a la salud, entre grupos de diferentes ingresos. Lo relevante y novedoso, es la identificación y solución de las necesidades de salud de la población, para lo cual resulta impostergable precisar y reforzar el vínculo entre estos tres pilares: la

participación ciudadana, la participación social y la participación comunitaria. Todo lo expuesto, se tuvo en cuenta en el diseño del nuevo modelo de atención de salud en México.

Consideraciones finales

Para emitir juicios sobre el derecho a la salud, deben destacarse las precisiones que en torno a ese derecho se han realizado por el órgano experto, es decir, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR).⁽²²⁾ En la Observación General 14 de este Comité se transcribió el significado de este derecho humano, sin embargo, entre los mencionados derechos no figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

En este sentido, constituye un refuerzo la Ley General de Salud en México, que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas mexicanas en materia de salubridad general.⁽⁴⁾ Esta Ley permite confirmar que hoy por hoy se dispone de un soporte legal, sino todo lo comprensivo que quisiéramos, sí lo suficientemente consistente y mucho más avanzado que nuestro entramado jurídico nacional, donde apenas estamos comenzando a reconocer la validez de dicha prerrogativa ciudadana. Para hacer valer ese derecho, los logros en el nivel de salud deben distribuirse equitativamente, entre los diferentes grupos sociales y regiones del país.

Es momento de que las instituciones, los niveles de gobierno y el Estado comiencen a cumplir con sus obligaciones de una manera más eficiente y con una visión mucho más justa, para garantizar el derecho a la salud. Es tiempo de cambiar paradigmas, de transformar realidades y de superar la enorme brecha que aún existe, para que los ciudadanos disfruten equitativamente de los derechos fundamentales que como sociedad se han definido.

En uno de los artículos revisados, sus autores expresan textualmente que:

Consolidar el acceso efectivo dependerá de la forma en que las instituciones logren establecer los mecanismos que permitan consolidar el acceso universal al financiamiento y transformarlos en el acceso efectivo a servicios de salud, entendido como la definición operativa de la cobertura universal en salud; esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive.⁽²³⁾

Como se ha reiterado, para hablar de un modelo universal de salud, se requiere necesariamente de un acceso universal a los servicios, en que todos los mexicanos tengan acceso a cualquier institución y puedan ejercer la libre elección. El análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que utiliza indicadores de cobertura efectiva para intervenciones preventivas y de atención básica, muestra que las brechas en salud por nivel socioeconómico subsisten, y son mayores en las intervenciones que requieren mayor participación del personal de salud.⁽²⁴⁾

En términos del acceso y resultados en salud, en el caso mexicano, la desigualdad existe en detrimento de la población con menores ingresos y mayor marginalidad. El acceso efectivo a los servicios de salud se esboza como la *operacionalización* de la cobertura universal en salud y para darse este acceso efectivo, ante la necesidad percibida, debe contarse con la posibilidad de acudir sin barreras (financieras o de acceso) a los servicios, y que estos tengan la capacidad resolutive y calidad requeridas.⁽²³⁾

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, para ese año 42 millones de mexicanos, aproximadamente 37 % de la población, estaban ya cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud, lo que redujo la población sin protección financiera a 25 % del total, es decir, alrededor de 29 millones de personas.⁽²⁵⁾

Como ya mencionamos, en México el derecho a la protección de la salud forma parte de las garantías individuales establecidas por nuestra Constitución desde 1983 y como cualquier otro derecho ciudadano su cumplimiento debe ser tutelado por las instituciones del Estado, de tal manera que se posibilite su ejercicio efectivo y de no ocurrir así, existan las vías jurídicas para reclamar su cumplimiento. Se reconoce que en el nuevo modelo de atención de salud de México, se establecen estrategias que permiten asegurar el cumplimiento de ese derecho, sustentado en el criterio de que para desarrollar un modelo universal de salud, se requiere necesariamente de un acceso universal a los servicios, en que todos los mexicanos tengan acceso a cualquier institución y puedan ejercer la libre elección.⁽⁸⁾ Con el nuevo modelo de atención de salud, debe hacerse valer ese derecho objetivamente, alcanzar elevados niveles de cobertura y asegurar un acceso eficiente y eficaz a los servicios de salud que se brindan.

Finamente, podemos concluir que el nuevo estatus jurídico que está adquiriendo el derecho a la salud debe reconocerse como la oportunidad para conseguir paso a paso, mayores ganancias en materia de salubridad general, en las condiciones de acceso a los servicios, en la dignidad, en el trato que se le otorga a familiares y pacientes y en la calidad de la atención médica que se ofrece. En ese sentido, no debemos desaprovechar la oportunidad que ofrece la ejecución del Modelo Integral de Atención de Salud, recientemente implementado en varias entidades federativas del país y asegurarles a todos los mexicanos ese derecho humano, que constituye el derecho a la salud.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la Cobertura Universal de Salud. CE154/12. Original: inglés 154.a Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D. C.: OPS; 2014. Acceso: 10 /05/2015] Disponible en:
<http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/.../CE154-12-s.pdf>

2. Gurría A. 2016 Presentación del estudio sobre el sistema mexicano de salud. México: OCDE; 2016. Acceso 06/01/2016. Disponible en:
<https://www.oecd.org/centrodemexico/presentacion-del-estudio-sobre-el-sistema-mexicano-de-salud-2016.htm>
3. Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Federación; 2014. Acceso: 25/10/2016. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
4. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud de México. México: Federación; 2004. Acceso: 25/10/2016. Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_200415.pdf.
5. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Principal: SCJN 2011. Pleno: Secretaría General de Actas y Acuerdos: Versiones Taquigráficas. 2011. México: Suprema Corte de Justicia; 2011. Acceso: 25/10/2016. Disponible en:
http://www.scjn.gob.mx/2010/pleno/Paginas/versionestaquigraficas_2011.aspx
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5212527&fecha=04/10/2011
6. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Committee on Economic, Social and Cultural Rights: General Comments. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos. México: Comité; 2000. Acceso: 15/01/2017. Disponible en:
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments/htm>
7. Programa Seguro Popular de Salud. Cámara de Diputados LIX Legislatura. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. México: Centro; . Acceso: 25/10/2016. Disponible en:
www3.diputados.gob.mx/.../FATSS002%20Programa%20Seguro%20Popular.pdf
8. Knaul FM. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud Pública Méx. 2013;5(2). Acceso: 15/01/2017. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf>

9. Uribe Gómez M, Abrantes Pêgo R. Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? Perfiles latinoamericanos. 2013;21(42):135-62. Acceso: 16/01/2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006&lng=es&tlng=es.
10. Atun R. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. MEDICC Rev. 2015;17(Supl):S21-S39.
11. Ruelas-Barajas E. La calidad del sistema de salud en un modelo universal. Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud. Memorias, Simposio Internacional Conamed, Seminario sobre Medicina y Salud UNAM; Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud. México: UNAM-OPS; 2011.
12. Organización para la Cooperación del Desarrollo Económico (OCDE). Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación. México: OCDE; 2014. Acceso: 12/10/2016. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
13. CEPAL. (2014) Desigualdad en el mundo y en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2014. Acceso: 12/10/2016. Disponible en: repositorio.cepal.org/bitstream/11362/37881/1/S1420855_es.pdf
14. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Presidencia de la República. México: Poder Ejecutivo Federal; 2018.
15. Secretaría de Desarrollo Social. Cruzada Nacional contra el Hambre. Participación social. México: Secretaría de Desarrollo Social; 2016. Acceso: 14/01/2017. Disponible en: <http://www.gob.mx/sedesol/documentos/cruzada-nacional-participacion-social>
16. Diario Oficial de la Federación (DOF). Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS). Programa IMSS-Oportunidades. 2007-2012. México: Diario; 2012. Acceso

7/07/2014. Disponible en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5011895&fe-cha=28/12/2007

17. Secretaría de Salud. México Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: Secretaría de Salud.; 2013. Acceso 23/03/2014. Disponible en: www.hraei.gob.mx/doc/2013/prog_sectorial_salud.pdf

18. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS/OMS 2014-2019. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.a Sesión del Comité Regional; 2013 30 septiembre-4 de octubre; Washington (DC), Estados Unidos. Documento Oficial 345. Washington, D. C.: OPS; 2013. Acceso 13/02/2017. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es.

19. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2013. New York: ONU; 2013. Acceso: 14/01/2016. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>

20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. New York: ONU; 2015. Acceso: 14/01/2016. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgooverview/post-2015-development-agenda.html>

21. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Secretaría de Salud de México: Sedcretaría; 2015. De próxima aparición.

22. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Committee on Economic, Social and Cultural Rights: General Comments. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos. México: Comité; 2000. Acceso: 20/10/2016. Disponible en:

<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments/htm>

23. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública Méx.

2015;57(2):180-6. Acceso: 3/04/2016. Disponible en:

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7415>

24. Gutiérrez JP. Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza. Salud Pública Méx. 2013; 55:S106-S11.

25. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Resultados Nacionales. México: ENSANUT; 2012. Acceso: 15/12/2016. Disponible en:

http://ensanut.insp.mx/resultados_principales.php

Conflictos de intereses

Las autoras declaran que no existen estos conflictos.