

SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN. EL CASO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Manuel Gerardo Mac Farland González

A 72 años de su creación, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la principal institución de nuestro país en materia de derecho a la salud y seguridad social, al ser responsable de poco más de 62 millones de derechohabientes y de 12 millones de beneficiarios del Programa IMSS-Prospera. En un día típico, el IMSS atiende poco menos de 490 mil consultas.¹ Además, diariamente se registran poco más de 5,400 egresos hospitalarios y 4,200 cirugías; se atienden 1,244 partos; se realizan más de 700 mil análisis clínicos, 57 mil estudios de radiodiagnóstico² y se cuenta con más de 200 mil niños inscritos en las guarderías de todo el país.

Igualmente, existen 2 millones de derechohabientes y no derechohabientes que tuvieron acceso a los servicios que brinda el IMSS, a través de sus centros de seguridad social, unidades deportivas, centros de extensión de conocimiento, teatros, centros de bienestar social y de centros

¹ De las cerca de 482 mil consultas impartidas por el IMSS 327 mil son de medicina familiar, poco más de 79 mil son de especialidades, 57 mil son atenciones por urgencias y cerca de 19 mil son consultas dentales. *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016.*

² *Idem.*

vacacionales. Tarea que se lleva con el esfuerzo y compromiso de los más de 430 mil trabajadores: médicos, enfermeras y personal administrativo, que, día a día, operan las casi seis mil unidades médicas de este Instituto. Sin embargo, el origen, los logros y el propio futuro del IMSS no podrían comprenderse, sin entender la importancia de dos factores de esencial relevancia:

En primer lugar, se encuentra el proceso de incorporación del derecho a la seguridad social y el derecho a la protección de la salud en nuestra Constitución; derechos que representan dos de los principales reclamos de la Revolución Mexicana, esenciales en el desarrollo del IMSS.

En segundo lugar y, como consecuencia natural del desarrollo de las instituciones de excelencia y del refrendo de nuestro país en materia de derechos humanos, recientemente se inició el proceso de “judicialización del derecho a la salud”; mismo que ha abierto un motor adicional y un nuevo diálogo para el perfeccionamiento del diseño de políticas públicas en las instituciones de salud, la sociedad civil y los órganos jurisdiccionales; proceso que únicamente ha sido posible gracias al desarrollo institucional en la materia, la reforma constitucional de derechos humanos y amparo de 2011 y la publicación de la nueva Ley de Amparo en 2013.

LA CONSTITUCIONALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SEGURIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL ORIGEN Y DESARROLLO DEL IMSS

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha definido el derecho a la seguridad social como “un sistema de protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez y muerte incluyendo la asistencia médica”,³ derecho que es un instrumento esencial para promover la equidad y fortalecer la solidaridad entre los individuos. En este sentido, como se verá posteriormente, el derecho a la seguridad social fue

³ Organización Internacional del Trabajo, *Seguridad Social, hechos concretos sobre la seguridad social*, 6 de junio de 2003.

el eje por el cual se desarrolló el derecho a la salud en nuestro país. Ambos, sin lugar a dudas, derechos altamente interdependientes y complementarios.

En este contexto, debe mencionarse que la noción de seguridad social nace en Alemania, con la creación de la Ley del Seguro de Enfermedad de 1883. En cuanto a nuestro país, los primeros antecedentes legislativos se encuentran en la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México de 1904 y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, expedida en 1906, disposiciones que buscaban el bienestar de los obreros, al establecer la responsabilidad civil de los patrones en los accidentes de trabajo.⁴

Sin embargo, el punto de arranque se encuentra en el texto de la fracción XXIX del artículo 123 de la Constitución de 1917, donde, por primera vez a nivel de textos constitucionales en nuestro país, se considera de utilidad social los seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria y de accidentes de trabajo, estableciendo la obligación del gobierno federal y de los gobiernos estatales para establecer seguros de previsión popular, al textualmente establecer lo siguiente:

“XXIX. Se considera de utilidad social: el establecimiento de las cajas de seguro populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual tanto el gobierno federal como el de cada estado, deberá fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión social”.⁵

No obstante la parca redacción de la referida fracción, la innovación legislativa representó un avance muy progresista, al igual que el resto de las disposiciones contenidas en el artículo 123 constitu-

⁴ Maximiliano García Guzmán, “La seguridad social en México”, en *Estudios Políticos*, 9a. época, núm. 32, mayo-agosto, 2014, UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, pp. 13-39.

⁵ Cabe hacer mención que, si bien la inclusión de derecho social es a nivel constitucional (tal como lo son el derecho a la salud o a la seguridad social), representó un avance considerable en términos jurídicos, también lo es que en esas épocas ese tipo de disposiciones en los textos constitucionales eran considerados normas aspiracionales y no verdaderas normas jurídicas exigibles y aplicables de forma directa. La idea referida en este párrafo está contenida en la obra de Ángel Guillermo Ruiz Moreno, *Nuevo derecho a la seguridad social*, México, Porrúa, 14a. ed., 2015, pp. 86-137.

cional.⁶ Debe recordarse que en esas épocas el contrato de trabajo fue considerado una mera “modalidad” del contrato civil de arrendamiento, en donde el trabajador se equiparaba a una cosa o un bien y su esfuerzo representaba una mercancía, sin gozar de las garantías individuales propias de la dignidad humana.

De la misma manera, debemos hacer hincapié que tampoco se había consagrado la libertad de asociación, ni se obligaba a que los locales donde se prestaba el trabajo tuvieran mínimos requisitos de seguridad o higiene. El patrón no tenía más obligación que el pago del salario. Entonces, la enfermedad, los accidentes de trabajo o la vejez, fácilmente representaba una tragedia familiar, al perder la única fuente de ingresos.

Por tal motivo, el hecho de que se estableciera en la Constitución Federal la necesidad de establecer un “sistema de protección”, representó el inicio de una política de Estado más justa e integradora para la clase trabajadora.

Igualmente, en el camino del desarrollo del Seguro Social, debe destacarse la reforma constitucional publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 6 de septiembre de 1929, por medio de la cual, la referida fracción XXIX del artículo 123, fue modificada para elevar a la Ley del Seguro Social como de utilidad pública, como sigue: “XXIX. Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá los seguros de invalidez, de vida de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos”.

Dicha reforma también representó una innovación trascendente, pues se otorgó al seguro social la categoría de un derecho público obligatorio y se reservó al Congreso de la Unión la facultad exclusiva de legislar el régimen nacional de seguros, federalizando la materia; así se determinaron las prerrogativas que originalmente se habían compartido a las entidades federativas para expedir leyes y promover la previsión y seguridad sociales; elemento que había provocado el desarrollo de disposiciones diversas y sin integración

⁶ *Idem.*

nacional entre las entidades federativas.⁷ Igualmente, dicha reforma constitucional ayudó a asentar los cimientos para expedir la Ley del Seguro Social y al mismo tiempo ayudó a incorporar la protección contra enfermedades.

En esta dinámica, pese a que existieron diversos proyectos para la elaboración de la Ley del Seguro Social, el difícil contexto económico de la crisis de 1929, en conjunto con las dificultades en el ámbito interior y exterior, llevaron a que la expedición de la referida Ley tuviese que esperar veinticinco años.⁸ Así, el 19 de enero de 1943, bajo la presidencia de Manuel Ávila Camacho, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Ley del Seguro Social. En dicha ley se dispuso la creación del IMSS como el primer órgano descentralizado de nuestro país, con personalidad jurídica propia y libre disposición de su patrimonio; cuestión que ayudaría al proceso de profesionalización del Instituto.⁹ Igualmente, destaca que se estableció que en la dirección del Instituto se contaría con un Consejo Técnico integrado por representantes del gobierno federal y los sectores patronal y obrero.

Gracias a la citada Ley, se fue creando nuestra Institución como un sistema permanente, estable y progresivo de bienestar social que habría de favorecer en una primera etapa a los mexicanos sujetos a una relación de trabajo, pero que estaba destinado a extenderse en todos los sectores de la población.¹⁰

Así, el IMSS inició operaciones formales en el Distrito Federal y Puebla; luego en Nuevo León y después en Jalisco. Programada y extensivamente los servicios del IMSS, se fueron ampliando en todo el territorio nacional con las Cajas Regionales de Seguridad Social.¹¹ Cabe mencionar que desde sus inicios, el IMSS procuró establecer las bases de su sano financiamiento. Es por ello, que se determinó, en principio, a limitar el servicio a aquellas personas que se encontraban

⁷ *Idem.*

⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social, “IMSS, 50 años cumpliendo”, en *Revista Mexicana de Seguridad Social*, 19 de enero de 1993, pp. 1-12.

⁹ *Idem.*

¹⁰ Ruiz, *op. cit.*

¹¹ *Idem.*

sujetas a una relación laboral, lo que permitía constituir un universo humano razonable; determinación que permitió que se desarrollaran los procedimientos para el cumplimiento de las obligaciones laborales y la retención de las aportaciones de los trabajadores.¹²

Otro gran acierto para el fortalecimiento del Instituto, fue el decreto presidencial del 24 de noviembre de 1944, por el cual se modificó el artículo 131 de la Ley de Seguro Social, el cual le dio el carácter de obligación fiscal a los pagos de las cuotas de los tres sectores que integran el seguro social. Se logró que el cobro de las cuotas, se dieran a través de la vía económico coactiva de las oficinas federales de la Secretaría de Hacienda.¹³

En esta dinámica, fue una constante el esfuerzo por ensanchar las coberturas por parte del IMSS mediante regímenes progresivos, por lo que se efectuaron reformas adicionales, para incorporar a más sectores de la población. Así, en 1955 se hizo obligatorio el aseguramiento de los empleados de las instituciones de crédito, organizaciones auxiliares de seguros y fianzas de la República Mexicana; en 1973, el Congreso de la Unión aprobó reformas que ampliaron los beneficios del régimen obligatorio, al extender la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados, además de incorporar el servicio de guarderías a nivel nacional (1 de abril de 1973); reforma que estuvo encaminada a facilitar el acceso a la mujer al mundo laboral en igualdad de circunstancias.

Igualmente, el IMSS extendió su cobertura a poblaciones marginadas a través del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria que se convirtió en el Programa IMSS-Coplamar en 1979, luego en IMSS-Solidaridad, posteriormente en IMSS-Oportunidades

¹² *Idem.*

¹³ Debe destacarse que en los inicios del Seguro Social, existió una resistencia por parte de los patrones de sufragar las cuotas correspondientes al seguro social lo que, naturalmente, dificultaba obtener los ingresos suficientes para sufragar los gastos del Instituto. Por tal motivo, el que se haya dado la naturaleza fiscal de las cuotas del IMSS y que se haya establecido la vía coactiva, originalmente, a través de la Secretaría de Hacienda, permitió que se utilizaran las instituciones y vías contenciosas existentes para exigir a los patrones el cobro correspondiente de las citadas cuotas de seguridad social. *Revista Mexicana de Seguridad Social*. La idea referida en este párrafo está contenida en Ruiz, *op. cit.*

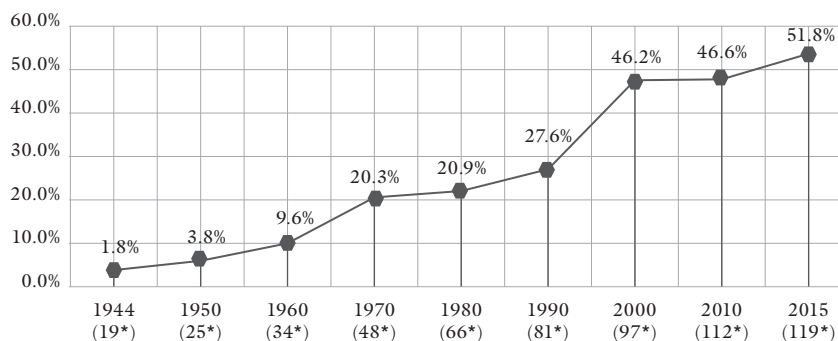
y actualmente es el Programa IMSS-Prospera. Debe mencionarse que, aunque este programa incluye únicamente acciones relacionadas con la atención a la salud (salud reproductiva y materno-infantil, atención integral a la salud ginecológica, nutrición), el mismo es un ejemplo más de la búsqueda que se ha tenido en la institución, por tratar de alcanzar un sistema tendiente hacia la universalidad de los derechos de seguridad y salud en nuestro país.

Ese esfuerzo constante por consolidar y extender los servicios impartidos es lo que ha permitido al Instituto constituirse como el eje de los servicios de seguridad social y de salud en nuestro país.

Actualmente, el nivel de cobertura del Instituto es superior a los 62 millones de habitantes, lo cual cubre más de 50 por ciento de la población total de nuestro país, tal y como se refleja en la gráfica de derechohabientes del IMSS de la Figura 1.

FIGURA 1.

DERECHOHABIENTES DEL IMSS



Fuentes:

<http://www.inegi.org.mx>

<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015>

*Población total aproximada en millones de personas a nivel nacional.

Finalmente, cabe subrayar que el concepto de seguridad social también ha cambiado considerablemente. En términos jurídicos, en principio se le identifica como un derecho laboral, protector de los grupos desfavorecidos, sin embargo, actualmente, la seguridad social es conce-

bida en el derecho nacional e internacional como un derecho humano interdependiente del derecho a la salud.¹⁴

LA CONSTITUCIONALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DEL IMSS

El derecho a la salud, al igual que el derecho a la seguridad social, surge conceptualmente a finales del siglo XIX, con la aparición de los derechos sociales y a partir de la necesidad de regular la salubridad, especialmente en los centros urbanos.

El primer antecedente en nuestro país data de 1891 cuando el Ejecutivo Federal, en uso de sus facultades extraordinarias, expidió el primer Código Sanitario del México independiente. Después, en 1908 se modificó la Constitución de 1857 para facultar por primera vez al Congreso de la Unión a expedir las leyes que garantizaran una apropiada actividad sanitaria en todo el país.¹⁵

Posteriormente, el Congreso Constituyente de 1917 habría de preparar la fracción XVI del artículo 73, en la cual se disponía de un Consejo de Salubridad General dependiente del Ejecutivo Federal y encargado de emitir las disposiciones generales en materia de salud. En ese mismo año, se creó el Departamento de Salubridad Pública y, en 1938, la Secretaría de Asistencia Pública (en 1943 ambas secretarías se fusionarían para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública).¹⁶ Sin embargo, la verdadera consolidación del derecho a la salud se da con su incorporación en la Constitución Federal en 1983, cuando se adicionó el artículo 4o., incorporándose un párrafo, por medio del

¹⁴ García, *op. cit.*

¹⁵ Con la citada modificación constitucional se dio al legislativo federal la facultad para legislar a nivel nacional en el área de salud, misma que años anteriores había empezado a ser regulada por el poder ejecutivo, sin contar con las facultades para ello. Olga Sánchez Cordero, participación en el “Simposio Internacional. Por la Calidad de los Servicios Médicos y la Mejoría de la Relación Médico Paciente”, auditorio “Jaime Torres Bodet”, Museo Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México, 9 de octubre de 2000.

¹⁶ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Antecedentes”, en *Seguridad Social*, 17 de febrero de 2006, pp. 1-10.

cual se otorgó un reconocimiento explícito al derecho a la protección de la salud. Tal determinación estuvo en plena concordancia con diversos tratados internacionales suscritos por nuestro país, tal como la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Así, en el artículo 4o. de nuestra Constitución se dispuso lo siguiente: “Artículo 4o. [...] Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

La incorporación de este derecho en la Constitución ha sido esencial en el funcionamiento de las instituciones de salud, ya que las autoridades jurisdiccionales han empezado a vigilar los actos de aplicación de las leyes en la materia y la actuación de las propias instituciones de salud, destacando que aún y cuando el derecho fundamental a la protección de la salud se desarrolle en la ley, lo establecido en nuestra Carta Magna permanece como parámetro de constitucionalidad.¹⁷ Este fenómeno de injerencia de las autoridades jurisdiccionales, en los últimos años ha propiciado la “judicialización de la salud”, facilitando que los juzgadores adquieran un papel creciente en el desarrollo de las políticas públicas de salubridad. Es decir, cuando el legislador decide crear una ley para ampliar el contenido del derecho a la protección de la salud, se obliga a salvaguardar la dimensión esencial de dicho derecho. De no hacerlo así, el particular afectado podrá válidamente reclamar, vía el juicio de amparo, la inconstitucionalidad de la misma.¹⁸

De esta manera, se concluye que, una vez llevado a nivel constitucional el derecho a la salud, no puede desconocerse, sino que el legislador se obliga a regularlo, afianzando el derecho del individuo a combatir situaciones que violenten derechos garantizados por la Constitución.¹⁹

¹⁷ Sánchez, *op. cit.*

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Idem.*

JUDICIALIZACIÓN DE LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

En épocas recientes, debemos mencionar que el poder legislativo y las propias instituciones de salud, se han visto influenciados por el proceso que el Banco Mundial ha denominado “judicialización de la salud”; mecanismo de utilización creciente en la resolución de controversias entre usuarios de los servicios de salud y las instituciones públicas y privadas que los prestan. Las sentencias resultantes suelen producir impactos en los sistemas de salud e, incluso, pueden influir en el diseño de políticas públicas en la materia.²⁰

Es decir, mediante la promoción de juicios ante tribunales, por parte de los usuarios de los servicios de salud, que reclaman medicamentos, tratamientos o, simplemente, ejercitar su derecho a la protección social, se va creando participación creciente de los jueces en la definición de las políticas públicas.

Cabe hacer mención que no debemos confundir el “proceso de judicialización” con las reparaciones integrales de los daños causados por malas praxis, pues tales procesos, generalmente, tienen efectos que restringen a las partes involucradas.

En este sentido, el Banco Mundial ha desarrollado seis puntos específicos que enmarcan de manera concreta el concepto de “judicialización de la salud”, al señalar que el mismo:

1. No es un fenómeno resultante de la organización de un sistema de salud.
2. Refleja una evolución social en diferentes áreas como democratización, acceso a la justicia, toma y seguimiento a las decisiones, incluyendo la demanda de participación ciudadana.

²⁰ Mery Bolivar, *et al.*, “Diálogos construyendo futuro en los derechos fundamentales. Una experiencia latinoamericana sobre procesos de cambio en derechos a la Salud y Políticas Públicas”, en *NORAD-SaluDerecho*, Instituto del Banco Mundial, 2014, pp. 21-41.

3. Es un medio que desnuda oportunidades de mejora en el diseño y la implementación de diferentes políticas sanitarias, comenzando por el acceso a los servicios.
4. Es un signo de encuentro entre el derecho a la salud y los servicios de salud.
5. La conceptualización y el ejercicio del derecho a la salud son procesos tan inacabados como la conceptualización y puesta en marcha de los mismos servicios de salud.
6. Existen importantes sinergias entre el derecho a la salud y los sistemas de salud.²¹

Por tales motivos la “judicialización de la salud” no implica un sistema defectuoso de servicios, simplemente, representa un mecanismo adicional en el ejercicio de derechos que favorece el entendimiento entre diversas personas e instituciones involucradas en la materia, a favor del respeto a conceptos jurídicos y al diseño de nuevas políticas; este mecanismo surge de la propia evolución social en diferentes áreas como la democratización y el acceso a la justicia en materia de protección a la salud, con rango constitucional.

Judicialización de la salud en el mundo

El avance real en la cobertura y vigencia de los derechos sociales proviene de la interacción entre la ampliación de sus alcances, determinados políticamente por el Estado, y las demandas ciudadanas para hacerlos valer y ensancharlos.

En los hechos, el riguroso cumplimiento de un derecho sin la facultad de demandarlo, es un derecho imperfecto que sólo se completa al hacerlo exigible ante los tribunales. Ese juego de dialéctica jurídica entre política y posibilidades económicas reales, explican en el caso de México la abundante incorporación de derechos sociales a nivel cons-

²¹ Leonardo Cubillos Turriago, presentación “La judicialización del derecho a la salud: un encuentro de dos mundos”, conferencia ISPOR, Buenos Aires, 2013, especialista Senior en Salud del Instituto del Banco Mundial.

titucional y su rezago atribuible al más lento proceso de votar leyes secundarias que los hagan jurídica y económicamente exigibles.²²

En este contexto, la judicialización de la salud es un fenómeno positivo a nivel internacional con vigencia ascendente en cada vez más países. Entre las zonas que presentan posibilidades de desarrollo significativo se encuentra América Latina, por ser una de las regiones con más grandes oportunidades de crecimiento.

Para Siri Gloppen, “la accesibilidad a los tribunales” determina el grado de dificultad que enfrentan individuos y organizaciones para interponer demandas vinculadas con los derechos a la salud. Esa dificultad está en función del costo, así como de las barreras jurídicas, incluidas las reglas de legitimación procesal (por ejemplo, si la posibilidad de entablar una demanda en nombre del interés público o si sólo pueden iniciarla los interesados directos), los procedimientos de apelación y las posibilidades de acceso directo a tribunales superiores.²³

Costa Rica cuenta con tribunales bastante accesibles. Los ciudadanos pueden interponer recursos ante la Sala Constitucional, sin necesidad de contratar a un abogado o abonar honorarios.

El acceso a los medios de defensa judicial es más difícil en Sudáfrica, donde el procedimiento jurídico es rígido y la asistencia legal escasa. Brasil se sitúa en un punto intermedio. Respecto de los países con sistemas priorizados de salud, el acceso a la justicia es por lo general sencillo: en Colombia, el mecanismo de tutela permite a los ciudadanos entablar demandas ante cualquier tribunal local, sin necesidad de contratar a un abogado y recibir una rápida decisión judicial. El acceso es algo más difícil en Argentina e India, que requieren de asistencia legal.²⁴

²² Esto ya que las normas constitucionales eran vistas como aspiraciones y no verdaderas normas jurídicas exigibles.

²³ En Estados Unidos los derechos sociales exigibles (*mandatory*) jurídicamente representan una fracción importante del presupuesto federal (más de 40 por ciento).

²⁴ Siri Gloppen, “La lucha por los derechos de la salud. Marco de análisis”, en Alicia Ely Yamin y Siri Gloppen, *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2013, pp. 34-35.

Judicialización de la salud en México

La judicialización de la salud suele ocurrir cuando se presentan tres factores concurrentes: el reconocimiento constitucional y/o la incorporación al derecho interno de normas internacionales con carácter vinculante; la presencia de mecanismos procesales efectivos de protección de los derechos fundamentales; y, la existencia de cierto desarrollo económico, institucional y social que permite aspirar a la satisfacción de los derechos a la protección de la salud. En nuestro país dichos factores se encuentran cada vez más presentes y generan nuevas demandas para satisfacerles.

Tal como se describió, un logro importante es que los derechos a la seguridad social y a la protección de la salud, están establecidos en el texto de nuestra Carta Magna, factor que obliga a todas las instituciones, a darles vigencia y a apresurar la expedición de las leyes secundarias. La constitucionalización de los accesos a la seguridad social y a la protección de la salud no sólo ha fortalecido dichos derechos, sino que ha facilitado que las instituciones jurídicas a nivel central vigilen tanto el cumplimiento del mandato constitucional como la conducta de los organismos de salud, esto, debido al cambio de enfoque de las normas constitucionales, pues ya no son simples aspiraciones, sino que se conciben como verdaderas normas jurídicas. En ese mismo sentido, quedando mucho por hacer, el desarrollo institucional de nuestro país, donde el IMSS es piedra angular, ha permitido acrecentar progresivamente los servicios de salud; y, al propio tiempo, garantizar a los ciudadanos el goce de derechos más amplios.

La “judicialización del derecho a la salud” se ha visto favorecida por dos modificaciones jurídicas trascendentes: la reforma constitucional en materia de derechos humanos de 2011 y la nueva Ley de Amparo de 2013. En efecto, la citada reforma constitucional de 2011 hizo una modificación de grandes dimensiones (primer y segundo párrafo del artículo 1o. constitucional) al otorgar la misma jerarquía a los derechos consagrados en la Constitución Federal y a los derivados de los tratados internacionales ratificados por México.

De la misma forma, se dispuso el principio de interpretación “pro persona”. Ambas modificaciones incorporaron a nuestro sistema jurí-

dico a las normas internacionales sobre derechos humanos.²⁵ En términos prácticos se ha logrado, no sólo que los jueces, organizaciones y ciudadanos cuenten con un rico arsenal normativo para proteger los ordenamientos fundamentales, sino que ha otorgado a los criterios de los organismos internacionales de derechos humanos un elevado valor interpretativo. Con ese avance y al ampliarse la procedencia del juicio de amparo, ha crecido el número de juicios en los cuales se exige del gobierno o de las institucionales privadas, la satisfacción de los derechos de protección a la salud.

En particular, la nueva Ley de Amparo ha ampliado las posibilidades de utilizar dicho mecanismo de protección constitucional, al dejar de establecer que el mismo únicamente puede invocarse ante la presencia de un interés jurídico, sino que ahora es procedente al interés legítimo; cuestión que permite promover acciones de amparo a favor de demandas colectivas. El IMSS ha jugado un papel importante en este campo, pues además de discutir y sensibilizar a los tribunales sobre los nuevos problemas que enfrentan las instituciones de salud, también ha sido promotor activo de los derechos humanos en el país.

En este contexto a continuación se analizan algunos precedentes emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), respecto a la “judicialización de la salud” en nuestro país.

PRINCIPALES CASOS DE JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

La inclusión de medicamentos contra el VIH-SIDA en el cuadro básico de medicamentos

Uno de los primeros precedentes del derecho a la protección de la salud, emanó del Pleno de la SCJN al resolver el amparo en revisión 2231/97.²⁶ El litigio se originó por una persona infectada por el virus del VIH/SIDA

²⁵ Miguel Carbonell, “Derechos humanos en la Constitución Mexicana”, en Eduardo Ferrer Mac-Gregor, José Luis Caballero Ochoa y Christian Steiner (coord.), *Derechos humanos en la Constitución. Comentarios de la jurisprudencia constitucional e interamericana*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, pp. 21-45.

²⁶ Amparo en revisión 2231/97, radicado en el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ministro ponente Mariano Azuela Güitrón, secretaria Lourdes Ferrer Mac-Gregor Poisot, resuelto en sesión del 25 de octubre de 1999.

que solicitó amparo contra actos de autoridades del Sector Salud, reclamando la inclusión de una serie de medicamentos básicos para su tratamiento que no se le suministraban, en razón de no encontrarse incluidos en el cuadro básico y Catálogo de Medicamentos 1996 del Sector Salud, aun cuando se encontraban disponibles en el mercado y contaban con registro sanitario de la Secretaría de Salud.

El juzgado en primera instancia determinó, por una parte, sobreseer el juicio y, por otra, negar el amparo bajo el argumento de que no existía una norma de derecho que obligara a las autoridades a suministrarle el medicamento que pretendía el quejoso y que si bien era cierto que conforme al artículo 4o. constitucional, toda persona tiene derecho a la protección de la salud y el acceso a los servicios, ello no se traducía en un derecho subjetivo a recibir los medicamentos recientemente descubiertos que se reclamaban, pues también prevalecían el interés público por otras enfermedades en la población que merecían la mayor prelación médica.²⁷

La sentencia fue recurrida por el quejoso, correspondiendo al Pleno de la SCJN su resolución. Así, el 25 de octubre de 1999, por unanimidad de votos, los ministros determinaron modificar la sentencia de primera instancia por considerar incorrecta su interpretación al artículo 4o. de la Carta Magna y, entonces, determinaron que el derecho a la protección de la salud comprende tanto el servicio básico a la atención médica, como en su fase curativa, incluyendo medicinas esenciales que correspondan al tratamiento.

Igualmente, el Pleno de la SCJN desestimó el argumento de que los medicamentos solicitados por el quejoso fuesen recientemente descubiertos y que existían otras enfermedades que merecían igual o mayor prelación médica. La Corte destacó que tales planteamientos atienden cuestiones ajenas al derecho del individuo a recibir los medicamentos apropiados como parte integrante del derecho a la protección individual consagrada en el artículo 4o. de la Carta Magna.²⁸

Como conclusión, debe subrayarse que en el citado amparo nuestro Máximo Tribunal explícitamente aclaró que el derecho constitucional

²⁷ Sánchez, *op. cit.*

²⁸ *Idem.*

a la protección de la salud comprende el derecho a la recepción de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades, tal como se encuentra establecido en la Ley General de Salud, constituyendo una cuestión de legalidad la determinación relativa a cuáles son los medicamentos que deben considerarse como básicos para el tratamiento de enfermedades.

*Suministro del medicamento
para hemoglobinuria*

Por otro lado, tenemos la resolución dictada por la Segunda Sala de la SCJN, el 17 de septiembre de 2014, en la cual, un paciente con una enfermedad poco frecuente: hemoglobinuria paroxística nocturna,²⁹ demandó del IMSS el suministro de un medicamento no incluido en el cuadro básico para el tratamiento paliativo de su enfermedad. Después de un estudio minucioso por parte de los ministros, llegaron a la conclusión de no conceder el amparo de la justicia federal al quejoso por no estar comprobada la seguridad, eficiencia y eficacia terapéutica del medicamento aludido.³⁰ La importancia del citado asunto radica en que el Máximo Tribunal precisó la trascendencia del procedimiento de inclusión de medicamentos en dicho cuadro básico en la protección y bienestar de la población.

Es este sentido la Corte señaló que:

[...] cuando el Estado decide la inclusión de un medicamento en el Cuadro Básico, por conducto de la Comisión Interinstitucional, no sólo garantiza que se ha probado su eficiencia, seguridad y eficacia terapéutica, sino, además, a partir de esa determinación, se cumple con una de las obligaciones que involucran el derecho a la salud, esto es, la disponibilidad del medicamento que cure y alivie la enfermedad en cuestión. Esto, porque se explicó

²⁹ Es una enfermedad rara en la cual los glóbulos rojos se descomponen antes de lo normal, algunos de los síntomas son: dolor abdominal, dolor de espalda, en algunas personas se pueden formar coágulos sanguíneos, orina oscura intermitente, tendencia al sangrado y a la formación de hematomas, dolor de cabeza y dificultad para respirar. Su incidencia se estima en promedio de 0.2 a 13 habitantes por cada cien mil habitantes.

³⁰ Amparo en revisión 350/2014, radicado bajo la ponencia del ministro Luis María Aguilar Morales, resuelto en sesión del 17 de septiembre de 2014.

con anterioridad que la salud constituye un derecho humano amplio e integral, es decir, que debe asegurarse la disponibilidad de la medicina y de otros insumos esenciales.

Cuestión que en el caso específico no satisfizo y que el medicamento no contaba con pruebas contundentes que avalaran la eficiencia y seguridad del mismo.

De la resolución anterior, los ministros no sólo analizaron una cuestión meramente jurídica, sino ponderaron la integridad de la salud de las personas y el riesgo de suministrar un medicamento carente de los estándares establecidos por las autoridades sanitarias del país.

*Construcción y equipamiento
de un pabellón de servicio
clínico para pacientes con VIH/SIDA
y co-infección por enfermedades
de transmisión aérea*

Siguiendo con los precedentes relevantes emitidos en la materia por el Máximo Tribunal del país, tenemos una resolución dictada por la Segunda Sala de la SCJN, en la cual un grupo de personas demandaron de distintas autoridades del gobierno federal, la “Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para Pacientes con VIH/SIDA y Co-infección por Enfermedades de Transmisión Aérea”, proyecto que se había cancelado por cuestiones presupuestarias.

Al respecto, los ministros de la Segunda Sala de la SCJN,³¹ hicieron alusión a pronunciamientos anteriores acerca del derecho a la salud tutelado por el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los cuales se considera oportuno enunciar literalmente, dada su relevancia:

- El derecho a la salud no se limita a prevenir y tratar una enfermedad, sino que, atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen

³¹ Amparo en revisión 378/2014, radicado bajo la ponencia del ministro Alberto Pérez Dayán, resuelto en sesión del 14 de octubre de 2014.

estado mental y emocional del individuo; es decir, se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

- Del artículo 4o. de la Constitución Federal, que establece que toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización.
- Si bien para la “justiciabilidad del derecho a la salud” en el juicio de amparo es menester constatar que se invoque la violación de un derecho fundamental que incorpora pretensiones jurídicas subjetivas y que la invasión al derecho que se denuncia represente un tipo de vulneración remediable por dicha vía lo cierto es que, ello, no permite descartar que, en ciertas ocasiones, dar efectividad al amparo cuando implique adoptar medidas que colateral y fácticamente tengan efectos para más personas que las que actuaron como partes en el caso concreto, siempre y cuando tales efectos tengan una relación fáctica o funcional con los de las partes.

Tomando en consideración lo anterior y, llevando a cabo un estudio minucioso de lo que es el derecho al nivel más alto posible de salud, dicha Sala determinó conceder el amparo a los quejosos para el efecto de que las autoridades responsables tomen las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano a la salud de los quejosos, considerando que son portadores del VIH; motivo por el cual deben recibir tratamiento médico en instalaciones separadas

del resto de los pacientes, a efecto de evitar el contagio de alguna enfermedad.

Razón por la cual, el cumplimiento a dicha sentencia implica que las autoridades responsables consideren qué medida resulta más adecuada para poder brindar a los quejosos un tratamiento médico apropiado a su padecimiento, ya sea mediante remodelación del Servicio Clínico 4, en donde actualmente son tratados; o bien mediante la construcción de un nuevo pabellón hospitalario. Así, en caso de que se acredite que ninguna de las opciones antes mencionadas resulte compatible con las políticas públicas en materia de salud implementadas por las autoridades responsables, deberán realizar las gestiones que estimen pertinentes para que los quejosos sean atendidos en algún otro hospital o clínicas del sector salud en el que puedan recibir su tratamiento en las condiciones adecuadas e idóneas a su enfermedad, a efecto de garantizarles el ya referido derecho a obtener el nivel más alto posible de salud.

Como se puede ver, la protección al derecho a la salud que hacen las autoridades judiciales va en aumento pues, incluso, el presente caso llevó al Máximo Tribunal a efectuar un profundo escrutinio, no exento de debates, en el diseño de las políticas públicas en la materia con la intención de obtener el nivel más alto posible de salud.

*Consentimiento informado
y sus alcances*

Otro criterio trascendente que ha modificado la relación entre los médicos con sus pacientes, tanto de instituciones públicas como privadas, es el precedente sentado por la Primera Sala de la SCJN en materia del consentimiento informado y sus alcances, en los amparos directos 42/2012, 43/2012, 44/2012 y 45/2012, resueltos en sesión del 5 de agosto de 2015 (siendo la ponencia del señor Ministro José Ramón Cossío Díaz); amparos en los que, si bien el IMSS no formó parte, las orientaciones resultantes fueron de vital importancia para todas las instituciones de salud.

El tema aludido se originó en la cirugía de una institución de salud pública, que lesionó el nervio ciático de una paciente, ocasionándole

una cierta incapacidad. Como consecuencia, se demandó la revisión de la responsabilidad civil subjetiva por daño corporal y moral, al considerar que no se informó correctamente de los alcances y consecuencias sobre el proceso médico al que se le sometió.

Al respecto, la SCJN, ejerció su facultad de atracción, a fin de determinar los elementos constitutivos, los alcances y las consecuencias del consentimiento informado del paciente, el cual fue definido como “un proceso de comunicación en el ámbito médico, dirigido a facilitar a los pacientes la toma de decisiones y a hacerse responsable de éstas”. El Máximo Tribunal determinó que se siguió una conducta antijurídica, toda vez que el personal médico del hospital conocía de la situación física del paciente y los riesgos de la intervención, por lo que debieron justificar que no existía otra opción para su mejoría excepto la cirugía, además de exponer los riesgos o explicar que la lesión se produjo de manera fortuita.

Asimismo, la SCJN al resolver el mencionado asunto, también estableció que la responsabilidad por daño moral puede generarse por la falta de “consentimiento informado”, pues tal hecho limita la autonomía de decisión de los pacientes, destacando que una plática grupal o de sensibilización, si bien puede llegar a ser complemento que fortalezca los nexos entre el paciente y el médico, no puede sustituir la carta de consentimiento informado. Así, el máximo tribunal señaló que entre los requisitos que deben incluirse en la carta de consentimiento informado están: la autorización del acto y el señalamiento tanto de los riesgos como de los beneficios esperados del procedimiento médico. De la misma forma, se mencionó que entre los eventos que requieren de la carta en cuestión, están el ingreso hospitalario, los procedimientos de cirugía mayor y los de anestesia general.

En este sentido, la SCJN destacó que uno de los requisitos del consentimiento informado es que sea claro y expreso (por “claro” la Corte determinó que el paciente, al consentir reciba información comprensible, relevante, estructurada y adaptada a su caso particular), a fin de que tenga la posibilidad de tomar una decisión adecuada, de lo contrario, no se conjugaría la información y la voluntariedad. La Primera Sala de la SCJN, señaló que la intención de la NOM-168-SSA1-1998, relativa al consentimiento informado, no es exponer exhaustivamente todos

los riesgos del acto médico, sino que se ofrezca información suficiente para que el paciente pueda tomar la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento que se le propone.

Finalmente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, indicó que el consentimiento informado debe constituir “un diálogo permanente entre el médico y el paciente, para imprimir seguridad jurídica a ambos”, frente a resultados difíciles de pronosticar con exactitud.

EL IMSS Y SU COMPROMISO
EN LA UNIVERSALIZACIÓN
Y MEJORA EN LOS DERECHOS
DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
HACIA EL SIGLO XXI

Los desafíos

Debe mencionarse que, pese a lo mucho que se ha avanzado en ensanchar los derechos a la salud y a la protección social, el camino hacia adelante requiere enfrentar muy diversos desafíos. Hoy, el Instituto, tal como diversas instituciones de salud a nivel mundial, debe enfrentar fenómenos que ejercen una considerable presión sobre sus finanzas, como lo son: la transición demográfica, la transición epidemiológica y una situación económica no exenta de dificultades.

En efecto, el número relativo de adultos mayores es hoy superior que en épocas anteriores; cuestión que acrecienta el gasto de las instituciones de salud, en circunstancias en que deben financiar la atención médica con un menor porcentaje de personas en edad de trabajar. Debe mencionarse que de 1970 a 2010 la población mayor de 60 años en México pasó de 2.7 millones a 10.2 millones; cifra que representa un incremento superior al 400 por ciento. De la misma forma en 1973 había 14 trabajadores por cada pensionado, en 2012 esta cifra bajó a cinco.

Igualmente, el cambio demográfico va acompañado de una evolución en que el envejecimiento de la población requiere de servicios médicos de alto costo, relacionados con padecimientos crónico-degenerativos, como diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, hipertensión y distintos tipos de cáncer (Figura 2 y Figura 3).

FIGURA 2.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO
 (MILLONES DE PERSONAS)

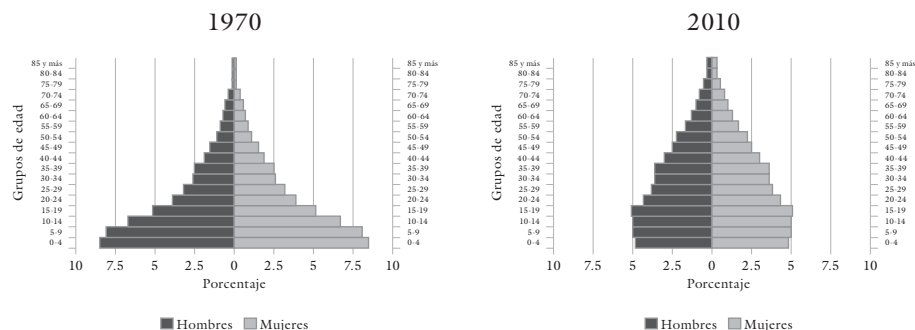
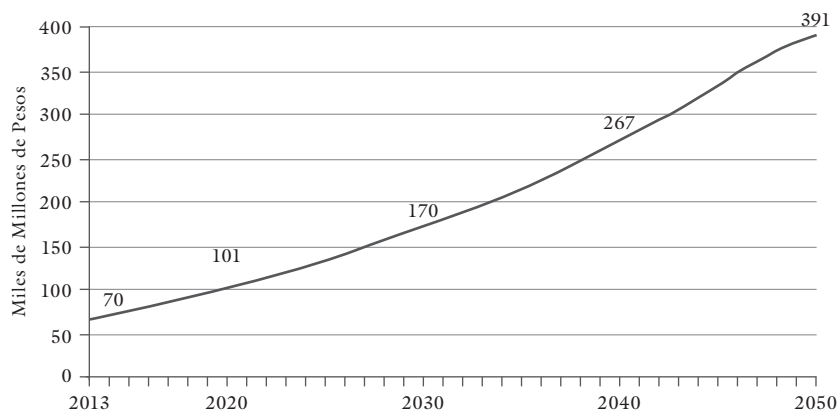


FIGURA 3.

CRECIMIENTO DEL GASTO MÉDICO EN LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES
 CRÓNICAS DEGENERATIVAS 2013-2050 ¹
 (MILES DE MILLONES DE PESOS DE 2013)



Fuente: Programa Institucional del Intituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018.
¹ Se refiere a diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA.

Por último, el lento crecimiento de la economía mundial, los problemas propios en torno al financiamiento de la balanza de pagos y las presiones financieras vinculadas al pago de pensiones y jubilaciones, que tan solo este año representan un monto estimado de 68,054 mi-

llones de pesos, auguran un panorama financiero difícil para la institución;³² hecho que nos obliga a hacer más con menos.

Los ejes para el fortalecimiento del IMSS

A pesar de los referidos factores adversos, el IMSS y el gobierno federal refrendan su compromiso por avanzar en la universalización de los accesos a los servicios de salud en el país. En este sentido, al designarme Director General del IMSS, el Presidente de la República, Enrique Peña Nieto, me instruyó fortalecer tres ejes centrales rumbo a la universalización de la salud y el otorgamiento de mejores servicios en la materia: 1) el fortalecimiento financiero del Instituto; 2) el mantenimiento y aceleración de los procesos de simplificación de trámites, de modernización de infraestructura y equipamiento, y 3) mejorar la calidad y calidez de los servicios médicos.

En lo tocante al “fortalecimiento financiero del Instituto”, se han implementado una serie de medidas que han permitido eficientar sus gastos como son: compras consolidadas;³³ contratación de servicios integrales (hemodiálisis ambulatoria, servicios de laboratorio, banco de sangre y mínima invasión);³⁴ sustitución de parque vehicular por servicios integrales de arrendamiento;³⁵ el establecimiento de un programa de in-

³² Se estima que el pago de pensiones y jubilaciones a cargo del IMSS, representa una presión de gasto de más de dos billones de pesos durante los próximos 70 años.

³³ En 2016 se calculan ahorros en conjunto con las dependencias del sector, entidades federativas e institutos por 2,521 millones de pesos, de los cuales 1,602 millones de pesos corresponden al IMSS. En este sentido, en los últimos tres años el IMSS ha logrado alcanzar ahorros por 6,141 MDP y junto con todos los participantes de las compras se han acumulado 10,863 MDP en total.

³⁴ Los ahorros totales en terapias de sustitución renal son de 1,477 MDP anuales lo que permitirá, al final de los cuatro años de contrato, ahorros por 5,908 MDP. Por otra parte, durante la semana del 11 al 15 de abril concluyeron las licitaciones de los servicios de laboratorio, banco de sangre y mínima invasión, los cuales generarán ahorros de aproximadamente 1,492 MDP por año, respecto a las condiciones en las que se prestan hoy los servicios y casi 4,500 MDP en los 3 años de duración de los contratos. De esta forma, para los siguientes 3 años permitirá otorgar de manera oportuna y eficiente los servicios de: laboratorio clínico, mínima invasión y banco de sangre a los derechohabientes del IMSS en todo el país, con mejores condiciones de calidad y control por parte del IMSS.

³⁵ En 2016, se estiman ahorros por este tipo de contratos de alrededor de 101 MDP durante la duración del servicio; ahorro que ayudará a arrendar 312 vehículos operativos

centivos a la permanencia. Gracias a estas medidas se tiene pronosticado un ahorro estimado para 2016 de 5,610.5 millones de pesos (MDP).

Como complemento de las medidas de eficiencia en el gasto, el IMSS ha puesto especial énfasis en buscar mejores mecanismos en materia de recaudación, los cuales se encuentran orientados a establecer: un acelerado proceso de formalización del empleo; simplificación administrativa para el cumplimiento de obligaciones; un nuevo modelo de fiscalización; medidas que han incrementado los ingresos del IMSS al pasar de 191,827 MDP en 2012 a 242,356 MDP en el año 2015, lo que representa un crecimiento del 26 por ciento.

Respecto a la búsqueda por acelerar los procesos de simplificación de trámites emprendida por el Instituto debe destacarse que dicho compromiso es determinante en la universalización del derecho a la protección de la salud, pues de acuerdo con organismos internacionales de la talla del Comité de Derechos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas es esencial que los servicios de salud sean cada vez más accesibles a la población en términos de tiempo y distancia.³⁶

En este rubro debe hacerse hincapié que el Instituto diseñó el programa IMSS Digital, el cual, entre otras cuestiones, ha llevado a digitalizar 18 de los 25 trámites registrados en la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), vinculados con afiliación y recaudación, lo que ha favorecido a los usuarios en términos de gastos, desplazamientos y tiempo.³⁷ Igualmente, en esta dinámica de digitalización y simplificación administrativa, deben destacarse los programas de: mejora para la comprobación de supervivencia³⁸

más para delegaciones como y 380 ambulancias más para unidades médicas de alta especialización (UMAE).

³⁶ Omar Gómez Trejo, “Los derechos a la alimentación, al agua, la salud y la vivienda contenidos en el artículo 4o. constitucional a la luz de derecho internacional de los derechos humanos en México”, en *Derechos Humanos en la Constitución: Comentarios de la Jurisprudencia Constitucional e Interamericana*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, pp. 579-627.

³⁷ De 2013 a 2015, dejaron de realizar trámites presenciales en las oficinas del IMSS cerca de 60 millones de derechohabientes en comparación a 2012, cuando ningún trámite se realizaba de manera digital.

³⁸ Anteriormente, los pensionados del IMSS debían comprobar su supervivencia ante la institución para poder recibir su pensión. Esto obligaba a que los pensionados acudie-

y la simplificación de los trámites de pensiones³⁹ e incapacidad por maternidad.⁴⁰

Como ejemplo de los beneficios logrados, debe destacarse que con la simplificación del trámite de incapacidad por maternidad las futuras madres ahora pueden transferir desde una y hasta cuatro semanas del periodo de descanso prenatal al postnatal.

Además se redujo de cinco a una el número de visitas médicas que necesitan, para poder tramitar incapacidad por maternidad, aquellas mujeres que deciden atender su parto fuera del IMSS. Esta simplificación ha liberado consultas médicas que ahora pueden ser aprovechadas por otros derechohabientes, representando un uso eficiente de 284 millones de pesos que equivalen a la construcción de siete Unidades de Medicina Familiar (UMF) con 12 consultorios cada una.

Por último, en cuanto a “Mejorar la calidad y calidez de los servicios médicos”, es de resaltar programas como: la implementación de la “unifila”, que permite a los pacientes sin cita recibir atención médica en el primer consultorio disponible de su UMF;⁴¹ la “iniciativa Triage”, que crea un nuevo proceso para clasificar a todos los pacientes por nivel de urgencias antes de realizar cualquier trámite de tipo administrativo;⁴² la implementación de la iniciativa “Código Infarto”, en la que se capacita a vigilantes, asistentes médicos y enfermeras para reconocer los sín-

ran dos veces por año al instituto. No obstante desde julio de 2015 inició el programa de mejora para la comprobación de supervivencia, con el cual los pensionados ya no acuden a las ventanillas del IMSS; medida que logra una reducción del 100 por ciento en visitas al IMSS beneficiando a un total de 3.2 millones de pensionados.

³⁹ La simplificación del trámite de pensión tiene el objetivo de facilitar a los solicitantes el acceso oportuno y seguimiento del trámite, reduciendo el número de visitas a las ventanillas del IMSS. Ahora gracias al citado programa el asegurado iniciará el trámite de pensión a través de medio electrónico y realizará solamente una visita a ventanilla para identificación y entrega de la resolución de pensión. De esta forma, se alcanza a un total de 440 mil personas al año, mismas que actualmente realizan entre dos y cuatro visitas por año para realizar este trámite.

⁴⁰ Anualmente, 75 mil mujeres derechohabientes deciden atender su parto fuera del IMSS. Antes estas mujeres estaban obligadas a acudir entre 4 y 5 revisiones médicas durante el embarazo para poder tramitar su incapacidad por maternidad y el pago de subsidio. Ahora, estas mujeres sólo tendrán que acudir a una revisión médica durante la semana 34 de su embarazo; estrategia que permitirá evitar 350 mil visitas innecesarias a unidades médicas.

⁴¹ Se ha implementado en 245 unidades, estimándose alcanzar 291 UMF.

⁴² Se ha implementado en 104 hospitales, estimándose alcanzar 154.

tomas de un evento cardíaco, con el objetivo de canalizar rápidamente al paciente para así proporcionar en forma urgente la atención médica especializada, reduciendo las fatalidades;⁴³ así como el programa de trasplantes.⁴⁴

El Comité de Derechos Humanos

Finalmente, en adición a lo anterior el IMSS, en su esfuerzo por lograr el pleno respeto a los derechos humanos, recientemente integró el primer Comité de Derechos Humanos e Igualdad con el acompañamiento de la Secretaría de Gobernación y la Comisión Nacional de Derechos Humanos; el Comité será la punta de lanza para capacitar a los funcionarios del Instituto en la materia y canal de diálogo con diversas instituciones nacionales en el diseño de políticas públicas orientadas a crear conciencia y abatir las violaciones a los derechos humanos.⁴⁵

Con la finalidad de robustecer los esquemas de capacitación del Seguro Social se han instrumentado diversos programas en derechos humanos, igualdad, género, no discriminación y buen trato, tales como: “SER IMSS”, “Capacitación conjunta sobre la Reforma Constitucional IMSS-Segob-CNDH”, “Capacitación en materia de igualdad, género y no

⁴³ Se ha implementado en 12 redes de atención especializada.

⁴⁴ Durante el periodo enero-diciembre 2016, el número de trasplantes creció 7 por ciento en comparación con el mismo periodo del año anterior, las donaciones crecieron 20 por ciento durante el mismo periodo.

⁴⁵ Cabe destacar que el 9 de agosto de 2016 el IMSS dio a conocer la política institucional en materia de derechos humanos e igualdad del Seguro Social, teniendo como principales objetivos: 1) Alinear el actuar institucional con la Política de Derechos Humanos, Género, Igualdad y No Discriminación del gobierno federal y del Sector Salud; 2) Asegurar el involucramiento de todas las áreas normativas institucionales, coordinar acciones con dependencias, organismo nacionales e internacionales, así como instituciones rectoras o referentes de derechos humanos, género, igualdad y no discriminación, etc.; 3) Prevenir las violaciones de derechos humanos y actos de discriminación; 4) Detectar las incidencias de las violaciones de derechos humanos y actos discriminatorios en el IMSS; 5) desarrollar un programa de abatimiento de quejas médicas, quejas por discriminación y recomendaciones en materia de derechos humanos; 6) Implementar un modelo de atención a casos especiales, entre otros; 7) Impulsar una cultura de respeto a los derechos humanos, género, igualdad y no discriminación además de consolidar el programa SER-IMSS, mediante al cual se diseñarán campañas de comunicación social internas y externas, etc., y 8) Posicionar al IMSS ante la Administración Pública Federal y la sociedad, en materia de derechos humanos, género, igualdad y no discriminación.

discriminación” y “Actívate por los derechos humanos”; programas que registran un avance mayor a 50 por ciento, con más de 45 mil trabajadores en adiestramiento.

CONCLUSIÓN

Con base en lo anteriormente expuesto, debo resaltar que gracias a la constitucionalización y posterior judicialización de los derechos a la salud y seguridad social, como al constante esfuerzo de los funcionarios que integramos esta gran institución, podemos concluir que en el IMSS los derechos humanos contenidos en la Constitución Federal de 1917 podrán perfeccionarse y crecer, pero nunca negarse.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- CARBONELL, Miguel, “Derechos humanos en la Constitución Mexicana”, en Ferrer Mac-Gregor, Eduardo; Caballero Ochoa, José Luis, y Steiner, Christian (coord.), *Derechos humanos en la Constitución. Comentarios de la jurisprudencia constitucional e interamericana*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- GLOPPEN, Siri, “La lucha por los derechos de la salud. Marco de análisis”, en Yamin, Alicia Ely y Gloppen, Siri, *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2013.
- GÓMEZ TREJO, Omar, “Los derechos a la alimentación, al agua, la salud y la vivienda contenidos en el artículo 4o. constitucional a la luz de derecho internacional de los derechos humanos en México”, en *Derechos Humanos en la Constitución. Comentarios de la Jurisprudencia Constitucional e Interamericana*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- RUIZ MORENO, Ángel Guillermo, *Nuevo derecho a la seguridad social*, 14a. ed., México, Porrúa, 2015.

Hemerográficas

- BOLIVAR, Mery, *et al.*, “Diálogos construyendo futuro en los derechos fundamentales. Una experiencia latinoamericana sobre procesos de cambio en

482 • SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN

derechos a la Salud y Políticas Públicas”, en *NORAD-SaluDerecho*, Instituto del Banco Mundial, 2014.

GARCÍA GUZMÁN, Maximiliano, “La seguridad social en México”, en *Estudios Políticos*, 9a. época, núm. 32, UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, mayo-agosto, 2014.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, “IMSS, 50 años cumpliendo”, en *Revista Mexicana de Seguridad Social*, 19 de enero de 1993.

Electrónicas

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE OPINIÓN PÚBLICA, “Antecedentes”, en *Seguridad Social*, 17 de febrero de 2006, en www.diputados.gob.mx/cesop/

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *Seguridad social, hechos concretos sobre la seguridad social*, 6 de junio de 2003, en línea. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf

Presentaciones y conferencias

CUBILLOS TURRIAGO, Leonardo, presentación “La judicialización del derecho a la salud: un encuentro de dos mundos”, conferencia ISPOR, Buenos Aires, 2013, Especialista Senior en Salud del Instituto del Banco Mundial.

SÁNCHEZ CORDERO, Olga, participación en el “Simposio Internacional. Por la Calidad de los Servicios Médicos y la Mejoría de la Relación Médico Paciente”, auditorio “Jaime Torres Bodet”, Museo Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México, 9 de octubre de 2000.

