



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

**“Sobrevivir para contarlo: hemodiálisis,
mercantilización y vulneración del derecho a la
salud”**

T E S I S

para obtener el grado de

MAESTRA EN DERECHOS HUMANOS

presenta

**María de Lourdes
Olguín Martínez**

**Director de tesis
Dr. Azael Rangel López**



San Luis Potosí, S.L.P., a 29 de noviembre de 2019

DEDICATORIA

A todas las personas que han dejado este mundo en la esperanza de recibir de manera pronta y oportuna atención en el servicio de hemodiálisis.

A todas las personas que siguen en la lucha, sobreviviendo día a día a la Enfermedad Renal Crónica.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que me han acompañado en este andar durante la maestría: a mi familia dis-funcional, amigas y amigos, compañeras y compañeros de trabajo, de la maestría, de los viajes y de la vida; en especial, gracias a mi canhija Philomena. Este es un esfuerzo colectivo que sin ustedes no hubiera sido posible.

Doy gracias a todas las personas que laboran y hacen posible la Maestría en Derechos Humanos. Gracias por el aprendizaje brindado y por todos y cada uno de los momentos vividos en sus instalaciones; a mi subcomité de tesis, gracias por su apoyo, su disposición y sus enseñanzas, pero sobre todo, gracias por acompañarme durante este pequeño trayecto de la vida.

Por último, agradezco a las personas que me dieron la oportunidad de dialogar con ellas. Gracias por abrirme las puertas de su casa y de su vida, y por compartir conmigo de manera amable y respetuosa todas las cosas por las que han pasado y con las que han tropezado durante su tratamiento.

Gracias a todas y a todos por acompañarme en ésta montaña rusa. Esta tesis es por y para ustedes.

Tenías razón amiga al decirme que esta maestría me iba a cambiar la vida... lo ha hecho para bien.

LISTA DE ABREVIATURAS MÁS UTILIZADAS

AFORE	Administradoras de Fondos para el Retiro.
ASF	Auditoría Superior de la Federación.
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud.
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
CIRC	Censo de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
COEPRIS	Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
CURP	Clave Única de Registro de Población.
ENSA	Encuesta Nacional de Salud.
ENT	Enfermedades No Transmisibles.
EPS	Empresas Promotoras de Salud.
ERC	Enfermedad renal Crónica.
HGZ	Hospital General de Zona.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
LGS	Ley General de Salud.
NOM	Norma Oficial Mexicana.
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
PDESC	Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
PEMEX	Petróleos Mexicanos.
PIB	Producto Interno Bruto.
PNT	Plataforma Nacional de Transparencia.

SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional.
SEMAR	Secretaría de Marina.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SSA	Secretaría de Salud.
UMAЕ	Unidad Médica de Alta Especialidad.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO PRIMERO	
SALUD COMO DERECHO HUMANO Y SU GARANTÍA EN MÉXICO.....	6
1.1. Salud: el concepto hegemónico.....	6
1.1.1. Salud social, cultural y política.....	6
1.2. El derecho a la salud.....	9
1.2.1. Declaración Universal de Derechos Humanos y Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	11
1.2.2. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.....	12
1.2.3. Resoluciones 64/265 y 65/238.....	15
1.3. Derecho a la salud en México.....	17
1.3.1. Sistema de salud en México.....	18
1.3.1.1. Subsector salud público.....	19
1.3.1.2. Subsector salud privado.....	22
1.3.1.3 Seguridad social.....	23
A. Principios de la seguridad social.....	25
B. Instituto Mexicano del Seguro Social.....	27
CAPITULO SEGUNDO	
ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU TRATAMIENTO EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.....	29
2.1. ¿Qué es la Enfermedad Renal Crónica?.....	29
2.1.1. Signos y síntomas.....	30
2.1.2. Terapia de Sustitución Renal.....	32
2.1.3. Estrategias para la Enfermedad Renal Crónica en México.....	33
2.1.4. Norma Oficial Mexicana 003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis.....	35
2.2. Hemodiálisis subrogada: licitación y procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico en el Instituto Mexicano del Seguro Social.....	37
2.2.1. Licitación para el servicio de hemodiálisis subrogada.....	39
2.2.2. Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico.....	42
2.2.2.1. Etapa I.....	45
2.2.2.2. Etapa II.....	47

CAPÍTULO TERCERO

MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD: EL ESTADO, LA INICIATIVA PRIVADA Y EL EJERCICIO DE PODER EN LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS	50
3.1. El antes de la medicina social: individualización y disciplina	50
3.2. Plan Beveridge y Estado de Bienestar: Biopolítica, Biopoder y seguridad social	52
3.3. Consenso de Washington: transferencia de poder y privatización de la salud.....	55
3.3.1. Invertir en Salud: un informe del Banco Mundial	58
3.3.2. Pluralismo Estructurado.....	62
3.3.3. Biopoder y políticas mercantilistas en salud.....	65
3.3.3.1. Colombia	65
3.3.3.2. México.....	69
A. Problemáticas derivadas de políticas mercantilistas en salud	71
B. Consecuencias directas de la mercantilización en el servicio de hemodiálisis	74
CAPÍTULO CUARTO	
LA HEMODIÁLISIS EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	81
¿GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD?	81
4.1. Metodología	81
4.2. Resultados	83
4.2.1. Terapia de hemodiálisis en el Instituto Mexicano del Seguro Social	83
4.2.2. Derecho a la salud: perspectiva de las personas con Enfermedad Renal Crónica ...	85
4.3. Discusión.....	100
CONCLUSIONES	113
RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA.....	116

INTRODUCCIÓN

En el quehacer diario de la práctica de enfermería van y vienen un sinnúmero de personas. Unas personas sanan y regresan a sus hogares a cumplir su periodo de recuperación y otras simplemente ya no regresan; es como cuando dicen “iba por una gripa al hospital y ya no volví”: eso le sucedió a Moisés. Ni siquiera puedo recordar exactamente la madrugada de su fallecimiento, sólo recuerdo que fue una guardia de un sábado de abril de 2017, que él era una persona más o menos de mi edad, que padecía Enfermedad Renal Crónica y era subrogado a una clínica particular; que un día, al parecer, no le realizaron su sesión de hemodiálisis, sino que lo enviaron al IMSS a tratar una complicación y ya no volvió a su casa.

Durante la estancia de Moisés en el IMSS, no se le realizó ninguna sesión de hemodiálisis hasta que un día se complicó más su estado de salud; presentó uno o dos paros cardiorrespiratorios de los cuales salió, intubado y con la salud mermada, pero vivo. Ya intubado, entonces sí se pidió que se le realizara la hemodiálisis, subrogada, en su cubículo; al final de la vida de Moisés, su esposa nos agradeció la atención brindada durante su estancia y yo me preguntaba ¿Por qué nos agradece si al final la atención no se le brindó en su momento y terminó falleciendo porque no había una máquina de hemodiálisis en el lugar y el momento indicado?

Estas acciones se repitieron una y otra vez con diferentes personas que padecían la misma enfermedad: hemodiálisis subrogada, complicaciones, envío al IMSS, aumento de las complicaciones, muerte. Fue entonces que surgió mi interés por estudiar el tema de la subrogación de la hemodiálisis y mercantilización de la salud. Sin embargo, con el paso del tiempo y adentrándome más al tema me di cuenta que no es posible defender lo indefendible y que la mercantilización y vulneración del derecho a la salud no se vive solamente en la subrogación de servicios, sino que se vive también dentro de las instalaciones del IMSS.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo de investigación es identificar si los procesos para brindar hemodiálisis interna y subrogada vulneran el derecho a la salud y satisfacen lógicas mercantilistas dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. Lo anterior parte del hecho de que los procesos para brindar hemodiálisis de manera interna y subrogada satisfacen los intereses de la iniciativa privada mediante la modulación y regulación por parte del Estado a través del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo cual vulnera el derecho a la salud de las

personas, pues éstos procesos burocráticos son desgastantes para las personas con Enfermedad Renal Crónica en terapia de hemodiálisis, además que generan un costo extra para el instituto.

Cabe mencionar que la Enfermedad Renal Crónica es la 10ª causa de muerte a nivel nacional y la 9ª causa de muerte en mujeres; en 2017 se registraron 13 167 muertes a causa de ésta enfermedad¹. De acuerdo a la Fundación Mexicana del Riñón, A.C. existen en México 150 000 personas que padecen Enfermedad Renal Crónica y solamente la mitad de ellas tiene acceso a la salud pública, calculándose el costo mensual del tratamiento de diálisis en alrededor de \$1 600 al mes². Para el mes de julio de 2015, el IMSS registró a nivel nacional 59 146 personas bajo terapia de sustitución renal, destinando \$6 500 millones de pesos a ambas terapias. Se atendieron a 11 142 (19%) personas en hemodiálisis interna y a 13 674 (23%) en unidades externas o subrogados³.

Lo anterior llama la atención ya que poco menos de la mitad de las personas en terapia de sustitución renal son atendidas en hemodiálisis y poco se conoce de su percepción acerca del derecho a la salud, los procesos por los cuáles estas personas son seleccionadas para dicha terapia y los costos que representa para el instituto, pues la proyección de crecimiento general anual para el año 2014 fue de 5.4% para las personas en hemodiálisis: 1.7% para hemodiálisis interna y 3.7% hemodiálisis subrogada; ésta última modalidad representó un gasto de \$3 086 290 064.00, en donde se calcula el costo anual por hemodiálisis por persona en \$234 949 respecto de \$61 482 en la hemodiálisis interna⁴.

Es así que surge la pregunta ¿Los procesos para brindar hemodiálisis interna y subrogada vulneran el derecho a la salud y satisfacen lógicas mercantilistas dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social? Esta pregunta pretende ser respondida a través de la identificación de ventajas y desventajas que representan los procesos para brindar hemodiálisis interna y subrogada desde el punto de vista de las y los derechohabientes y prestadores de servicios de salud, comparación del proceso administrativo en el servicio de hemodiálisis subrogada y

¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Comunicado de prensa núm. 525/18”, 2018, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>, consultado el 26 de abril de 2019.

² Fundación Mexicana del Riñón A.C., 2019, <http://fundacionrenal.org/>, consultado el 26 de abril de 2019.

³ MÉNDEZ DURÁN, Antonio, “Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2016, núm. 5, pp. 588-593.

⁴ MÉNDEZ DURÁN, A. *op. cit.*, pp. 588-593.

hemodiálisis interna, análisis de costos de hemodiálisis subrogada y hemodiálisis interna, su relación con el sistema de salud en México y medidas económicas mundiales en el campo de la salud e identificación del cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de derecho a la salud a partir de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales referente al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

La pertinencia de este trabajo de investigación radica en que existen trabajos como el de Méndez Durán⁵ o el de Durán Arenas⁶ en donde plantean el estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal y el costo directo que representa la hemodiálisis, respectivamente; también se encuentran trabajos respecto a la subrogación del servicio de guarderías, como es el realizado por Leal⁷ acerca del estado de la subrogación en guarderías como la guardería ABC o el trabajo realizado por Pomar Fernández⁸, que versa sobre el cambio organizacional en el sistema de guarderías por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social y las consecuencias que esto ha tenido.

De igual manera se encuentran investigaciones acerca del daño renal de causas desconocidas, como la realizada por Almaguer⁹ o acerca de la evaluación de características, procesos y resultados de las unidades de hemodiálisis¹⁰ y también se encuentra una compilación acerca de las voces que viven y escuchan el padecimiento¹¹. Sin embargo, no se encuentran investigaciones referentes a la hemodiálisis, mercantilización y vulneración del derecho a la salud, por lo que este trabajo adquiere importancia al visibilizar los procesos que son llevados a cabo en el IMSS para la asignación de terapia de sustitución renal, los costos que representa la

⁵ MÉNDEZ DURÁN, Antonio, “Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2016, núm. 5, pp. 588-593.

⁶ DURÁN ARENAS, Luis, *et. al.*, “Costos directos de la hemodiálisis en unidades públicas y privadas”, *Salud Pública de México*, 2011, núm. 53, pp. S516-S524.

⁷ LEAL, Gustavo, “Subrogación de guarderías: ¿por qué estamos donde estamos? Cinco apuntes”, *Estudios políticos*, 2010, núm. 20, pp. 145-154.

⁸ POMAR FERNÁNDEZ, Silvia, “La guardería subrogada: una estrategia de cambio en la forma de organización”, *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 2004, núm. 56, pp. 193-215.

⁹ ALMAGUER, Miguel, *et. al.*, “Enfermedad renal crónica de causa de causa desconocida en comunidades agrícolas”, *MEDICC Review*, 2014, núm. 2, pp. 9-15.

¹⁰ TIRADO GÓMEZ, Laura, *et. al.*, “Las unidades de hemodiálisis en México: una evaluación de sus características, procesos y resultados”, *Salud Pública de México*, 2011, núm. 53, pp. S491-S498.

¹¹ MERCADO MARTÍNEZ, Francisco y HERNÁNDEZ IBARRA, Eduardo, *Crónica de la enfermedad renal. Voces que viven y escuchan el padecimiento*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 2016.

hemodiálisis y la percepción que las personas en terapia de hemodiálisis tienen acerca de la garantía del derecho a la salud dentro del instituto.

Con base en lo anterior es que se desarrolla un estudio de caso cualitativo con enfoque crítico para conocer cómo se lleva a cabo el procedimiento para brindar el tratamiento de hemodiálisis interna y subrogada y si esto vulnera el derecho a la salud, propiciando prácticas mercantilistas dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para el marco teórico se optó por el análisis del discurso sobre el ejercicio de poder, mercantilización de la salud y la participación del Estado y la iniciativa privada en la terapia de hemodiálisis; se analizó información solicitada a la Plataforma Nacional de Transparencia así como la percepción que las personas en terapia de hemodiálisis tienen acerca de la garantía del derecho a la salud a través de entrevistas semiestructuradas con base en la Observación General No. 14, referente al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que contempla las siguientes dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Es así que el desarrollo de la investigación se despliega en cuatro capítulos. Dentro del primer capítulo se revisan antecedentes que se refieren a la salud como derecho humano y su garantía en México; se habla acerca de las diferentes perspectivas que se tienen del concepto salud, así como del derecho a la salud y sus principales características a nivel nacional e internacional. En una segunda parte de éste capítulo se trata el tema de la garantía del derecho a la salud a través del sistema de salud en México y la seguridad social dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el segundo capítulo se aborda el tema de la Enfermedad Renal Crónica y su tratamiento dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social: terapia de sustitución renal, estrategias para combatir el padecimiento a nivel nacional así como el proceso de licitación para el servicio de hemodiálisis subrogada y el procedimiento que debe seguir una persona con Enfermedad Renal Crónica dentro del instituto para recibir el tratamiento dialítico.

Dentro del tercer capítulo se tratan temas acerca de la seguridad social, su fundamento y la participación del Estado y la iniciativa privada en la garantía del derecho a la salud, así como las lógicas mercantilistas y políticas neoliberales que envuelven éste derecho a nivel nacional e internacional y las consecuencias directas de éstas en el servicio de hemodiálisis dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este capítulo se analizará desde la teoría del poder de Michel Foucault, y la medicalización de la vida expuesta por este mismo autor e Iván Illich.

En el cuarto capítulo se analizan las entrevistas realizadas a personas en terapia de hemodiálisis que acuden tanto a servicio interno como subrogado, a partir de ventajas y desventajas que representa ambos servicios en cuanto a la garantía del derecho a la salud, con base en cuatro dimensiones desprendidas de los elementos esenciales del más alto nivel posible de salud de la Observación general No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En este capítulo se analiza también información solicitada a la Plataforma Nacional de Transparencia como son contratos celebrados entre el IMSS y la iniciativa privada para la subrogación del servicio de hemodiálisis, visitas realizadas por la Comisión Estatal para la Prevención contra Riesgos Sanitarios al área donde es prestado el servicio de hemodiálisis tanto de manera interna como subrogada y costos de ambas modalidades.

Para finalizar, se presentan las conclusiones a las que se llegaron con esta investigación, así como recomendaciones que buscan la mejoría en la garantía del derecho a la salud dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CAPÍTULO PRIMERO

SALUD COMO DERECHO HUMANO Y SU GARANTÍA EN MÉXICO

1.1. Salud: el concepto hegemónico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud se define como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”¹².

Aunque el concepto que prima es el concebido por la OMS, existen otras maneras de conceptualizar la salud, puesto que en ésta intervienen otros elementos no contemplados en la medicina biomédica hegemónica como son los factores políticos, históricos, geográficos, culturales, entre otros; la salud no es un proceso que se limite solo a la práctica hospitalaria, es decir, no es un proceso que se encuentre aislado ni independiente sino que obedece a la interacción de los factores ya antes citados.

1.1.1. Salud social, cultural y política

La salud también se puede conceptualizar como una palabra cotidiana usada para designar la intensidad con que las personas hacen frente a sus estados internos y a las condiciones ambientales¹³. Gozar de buena salud, como menciona Illich, no es solo enfrentar la realidad con éxito, sino disfrutar del éxito mismo; es ser capaz de sentirse vivo tanto en el gozo como en el dolor, es amar la sobrevivencia, pero también arriesgarla, pues tanto el goce de buena salud como el sufrimiento, son fenómenos que viven directamente las personas y las distinguen de los demás seres vivos¹⁴. Como consecuencia de lo anterior, un mundo de salud óptima, sería un

¹² Organización Mundial de la Salud, “Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Principios”, 2014, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>, consultado el 5 de octubre de 2017.

¹³ ILLICH, Iván, “Némesis médica”, en *Obras reunidas*, trad. J. Tovar, México, FCE, 2006, vol. I, p. 538.

¹⁴ *Ibid.*, p. 636.

mundo con una intervención médica mínima y excepcional, con intervenciones burocráticas mínimas para amarse, dar a luz, compartir la condición humana y morir¹⁵.

La salud designa un proceso de adaptación. No es el resultado del instinto sino de una reacción autónoma moldeada culturalmente ante la realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a ambientes cambiantes, de crecer, madurar y envejecer, de curarse cuando está uno lesionado, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. La salud abarca también lo futuro y por tanto comprende la angustia y los recursos internos para vivir con ella¹⁶.

Cultura y salud confluyen, pues cada cultura da una connotación única a la salud y a las actitudes que las personas toman hacia el dolor y la enfermedad, la invalidez y la muerte; es pues que la Salud Culturada, como la llama Illich, está limitada por el estilo de cada sociedad en el arte de vivir, celebrar, sufrir y morir¹⁷. En la época prehispánica, los aztecas tenían reglas para mantener la salud, existiendo una dualidad entre el bien y el mal, salud y enfermedad; quienes no cumplían con las reglas eran castigados por los dioses y entonces enfermaban. Contaban con dos niveles en el modelo de atención a la salud: el preventivo y el curativo. En el primero se aplicaban modelos sanitarios como la colocación de piedras en el piso para prevenir la humedad, aseo y ventilación de habitaciones, y agua llevada a la ciudad por dos canales, uno con agua potable para consumo humano y otro con agua para la limpieza en general; en el segundo, se contaba con el hospital, en la ciudad de Tenochtitlán, el cuál recibía heridos de guerra y era atendido únicamente por enfermeros¹⁸.

Illich menciona que podemos encontrar dos aspectos de la salud, que son la libertad y los derechos. “[...] la salud designa el radio de autonomía dentro del cual una persona ejerce control sobre sus propios estados biológicos y sobre las condiciones de su ambiente inmediato¹⁹”, es decir, la salud es equivalente a la intensidad de libertad que se vive, por lo que la ley debería

¹⁵ ILLICH, I., *op. cit.*, p. 759.

¹⁶ *Ibid.*, p. 758.

¹⁷ *Ibid.*, p. 638.

¹⁸ CUEVAS GUAJARDO, Leticia y GUILLÉN CADENA, Dulce María, “Breve historia de la enfermería en México”, *Cuidarte: “El arte del cuidado”*, 2012, núm. 1, pp. 71-80.

¹⁹ ILLICH, I., *op. cit.*, p. 731.

garantizar la distribución equitativa de atención en salud para que las personas tengan posibilidades iguales en la obtención de ciertos bienes o servicios.

La salud, como cuestión social, es definida de acuerdo a las prioridades e ideología de cada sociedad. En el caso del sistema de salud zapatista²⁰, concurren diferentes puntos de vista al momento de tratar con la vida de una persona, puesto que ésta no se ve como una mercancía; no existen distinciones sobre nadie, solamente existe la condición de que en caso de que la persona atendida no sea zapatista, tiene que comprar el medicamento a un precio justo, situación que no ocurre en el subsistema de salud público a población abierta en donde, independientemente de los ingresos de las personas, el medicamento se cobra al mismo precio y el médico juega un papel muy importante en la imposición del conocimiento. Respecto a lo anterior, De Souza Minayo, señala que:

[...] el concepto sociológico de salud retiene al mismo tiempo sus dimensiones estructurales y políticas, y contiene los aspectos histórico-culturales y simbólicos de su realización. En primer lugar, como cuestión humana y existencial, salud es un bien complejo, compartido indistintamente por todos los segmentos y diversidades sociales. Esto implica que, para todos los grupos, aunque de forma específica y peculiar, salud y enfermedad expresan, ahora y siempre, en el cuerpo o en la mente, particularidades biológicas, sociales y ambientales vividas subjetivamente, en la totalidad existencial peculiar del individuo o de los grupos²¹.

De acuerdo a lo anteriormente señalado respecto a la salud, esta no es un concepto que deba imponerse, sino que va más allá; construirse a partir del contexto y las necesidades de salud de la población, considerando también la historia que cada pueblo ha recorrido respecto de cómo han resuelto sus problemas de salud pues, en la actualidad, nos estamos enfrentando ante un sistema mercantilizante tanto de enfermedad como de salud, en donde esta última constituye un deseo para los que desean mantener la salud o combatir las enfermedades y carecen de

²⁰ RANGEL LÓPEZ, Azael, *Ejército Zapatista de Liberación Nacional “La Construcción de la Política desde abajo”*. *Democracia y Autonomía en Chiapas*, tesis, Sevilla, Universidad Pablo de Olavide, 2012, pp. 200-219.

²¹ DE SOUZA MINAYO, María Cecilia, *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 9ª ed., 2015, p. 17.

posibilidades económicas, y un lucro para otros, como lo es la iniciativa privada que, a merced del Estado, mueve los hilos de la vida de la población. De esta manera

La salud es política porque sus propios determinantes sociales son sensibles a las intervenciones políticas y son dependientes de ellas. La salud es un derecho humano y de ciudadanía e, igual que ellos, está sometida a la discriminación y a la desigualdad; asimismo, está estrechamente relacionada con la calidad de vida y hace parte de los derechos sociales. En tal sentido, la ideología, el poder y lo político influyen sobre la salud de las gentes²².

1.2. El derecho a la salud

El derecho a la salud puede ser definido como “[...] el conjunto de normas jurídicas que tienen por objeto regular los mecanismos para lograr la protección de la salud y establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Dentro de ésta definición, quedan comprendidas todas las leyes incluida nuestra ley fundamental o Constitución, los tratados internacionales, reglamentos y demás normatividad jurídica relacionada con la salud”²³; “[...] hay eficacia de las disposiciones si los beneficiarios tienen la posibilidad real de acceder a las prestaciones. [...] La *posibilidad real* es la capacidad de acceder de modo directo a estas prestaciones, sin la necesidad de recurrir a la vía judicial”²⁴.

Del mismo modo el derecho a la salud se define como “[...] el goce máximo del derecho de acceso a la atención en salud, a las citas médicas, a los tratamientos, a las cirugías, a los procedimientos, a los medicamentos, a los exámenes, a los cuidados y a las terapias, en condiciones de calidad, oportunidad, sensibilidad con el sufrimiento y de disponibilidad de la información”²⁵. La Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que la salud es

²²FRANCO GIRALDO, Álvaro, *Salud global. Política pública, derechos sociales y globalidad*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2010, p. 53.

²³DE LA TORRE RANGEL, Jesús Antonio, *Derecho a la salud*, Guadalajara Jalisco, ITESO, 2006, p. 17.

²⁴QUINTERO MOSQUERA, Diana Patricia, *La salud como derecho. Estudio comparado sobre grupos vulnerables*, Bogotá, Siglo del hombre editores, 2011, p. 40.

²⁵*Ibid.*, p. 79.

[...] un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos²⁶.

De acuerdo a lo anterior, el derecho a la salud tiene que ver con todas las actividades que realiza la persona y en su protección, en la cual y deben participar el gobierno y la sociedad; tiene que ver con todas y cada una de las etapas de la vida, desde la niñez hasta la vejez, en todos los contextos tanto social, cultural, ambiental, espiritual, psicológico y se considera colmadamente cumplido cuando “el doliente no se encuentra desolado, se siente guiado para confrontar su padecimiento, su palabra es escuchada y su enfermedad combatida”²⁷.

El derecho a la salud se clasifica como un derecho social, un derecho de segunda generación, ligado a la satisfacción de condiciones básicas como la vivienda y la educación, lo que significa que es considerado un derecho que vendrá después de que los derechos civiles y políticos sean satisfechos, lo que justifica de alguna manera su protección desvalorizada²⁸, es decir, “[...] el reconocimiento positivo de los derechos sociales está lejos de haberlos convertido en expectativas plenamente exigibles o en instrumentos aptos para satisfacer las necesidades básicas de sus destinatarios²⁹”.

La clasificación de los derechos humanos no debería influir en su garantía y efectivación, pues un derecho no es más importante que otro, y no se llega a la cima de los derechos humanos escalando por los de tercera y segunda generación, hasta llegar a los de primera generación; el derecho a la salud debe trascender más allá de la jerarquización de los derechos humanos y ser una posibilidad real de materializar el discurso. Sin embargo, en la práctica la situación es

²⁶ Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, p. 1.

²⁷ DE LA TORRE RANGEL, J. A., *op. cit.*, p. 14.

²⁸ GUERRERO VERANO, Martha Guadalupe, “La protección de los derechos humanos en el Estado de Derecho Internacional”, en Manuel Becerra Ramírez y Nuria González Martín, *Estado de Derecho Internacional*, México, UNAM, 2012, p. 261-265.

²⁹ PISARELLO, Gerardo, *Los derechos sociales y sus garantías: Elementos para una reconstrucción*, Madrid, Editorial Trotta, 2007, p. 12.

diferente pues mientras en el anverso el derecho es garantizado para la minoría que tiene solvencia económica, en el reverso el derecho a la salud se ve como algo lejano para las personas que no tienen encima más que enfermedades y pobreza³⁰.

El derecho a la salud no significa estar completamente sano, sino que entraña libertades y derechos. Libertad de controlar su salud y su cuerpo y derecho a no padecer injerencias; entre los derechos figura lo relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a todas las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud³¹.

1.2.1. Declaración Universal de Derechos Humanos y Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

La Declaración Universal de Derechos Humanos, en adelante la Declaración, que fue aprobada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, constituye los fundamentos de un futuro justo y digno para todos y brinda a las personas de todo el mundo un poderoso instrumento en la lucha contra la opresión, la impunidad y las afrentas a la dignidad humana³². La Declaración alude a que todos los seres humanos nacen libres en dignidad y derechos además, promete a todas las personas derechos que permitan llevar una vida sin miseria y sin temor, no siendo específicos de algún país, cultura, estrato social, género, religión, etnia o edad.

En el artículo 25, la Declaración señala que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad³³”.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC), otro instrumento de derechos humanos que reconoce el derecho a la salud, fue adoptado y abierto a

³⁰ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, menciona que “[...] es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto”. (Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, p. 2).

³¹ Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, p. 3.

³² BAN, Ki-moon, “Prólogo”, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, ONU, 2015.

³³ *Ibid.*, art. 25.

la firma en diciembre de 1966 y entró en vigor a partir de enero de 1976. En su artículo 12 establece que los Estados Partes del Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, además de la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad³⁴.

El PDESC cuenta con un Protocolo Facultativo que se encarga de vigilar el cumplimiento del Pacto mediante el establecimiento de mecanismos de denuncia e investigación. Las partes se comprometen a reconocer la competencia del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en adelante Comité, para examinar denuncias presentadas en virtud de que los derechos contenidos en el PDESC han sido violados. Sin embargo, el Comité no recibe ninguna comunicación que concierne a un Estado Parte en el Pacto que no sea parte del Protocolo³⁵, asimismo, no se examina ninguna comunicación sin haberse cerciorado antes de que se han agotado todos los recursos en la jurisdicción interna. Tras haber examinado la comunicación, el Comité hace llegar a las partes interesadas su dictamen junto con las recomendaciones³⁶.

1.2.2. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

Con la finalidad de ayudar a los Estados Partes a aplicar el PDESC y cumplir sus obligaciones en materia de presentación de informes, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptó en el año 2000 la Observación General No. 14, que se centra en el contenido del artículo 12 del PDESC, referente al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

De acuerdo a la Observación, el derecho a la salud impone tres tipos de obligaciones por parte de los Estados que es la **Obligación de Respetar**, en donde el Estado debe abstenerse de

³⁴ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.

³⁵ Es importante señalar que el Estado Mexicano es parte del PDESC, pero no ha signado su Protocolo Facultativo desde su entrada en vigor en 2013. (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, “Ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, 2018, <http://indicators.ohchr.org/>, consultado el 8 de febrero de 2019). Sin embargo, México, al ser parte firmante del PDESC se obliga a cumplir con las observaciones (Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XXV, Octubre de 2013, Pág. 1759).

³⁶ Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud, de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas y de aplicar tratamientos médicos coercitivos; la **Obligación de Proteger**, implica que los Estados deben adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12 del PDESC, además que deben velar por que la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud. Los Estados deben asegurar que los profesionales de la salud reúnan condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología³⁷.

La **Obligación de Cumplir** requiere que los Estados adopten medidas legislativas, administrativas y presupuestarias para dar efectividad al derecho a la salud, y el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible para todas las personas. También implica la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud y el apoyo a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.³⁸.

En la Observación, se hace hincapié en que el Comité ha interpretado el derecho a la salud como un derecho inclusivo que no sólo contempla la atención de salud oportuna, sino también factores determinantes como el acceso al agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, acceso a la educación e información en cuestiones relacionadas con la salud y la participación de la población en las decisiones relacionadas con la salud en el plano comunitario, nacional e internacional. También se señala que el derecho a la salud abarca elementos esenciales, cuya aplicación depende de las condiciones prevalientes en un determinado Estado Parte: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad³⁹.

La Disponibilidad se refiere a que cada Estado Parte debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención y programas que fomenten la salud; la naturaleza de los establecimientos dependerá del nivel de desarrollo del Estado. Los servicios deben incluir factores determinantes básicos, hospitales,

³⁷ Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, p. 9

³⁸ *Ibid.*, p. 10.

³⁹ *Ibid.*, p. 3 y 4.

clínicas, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, además de medicamentos esenciales.

La Accesibilidad es cuando los establecimientos, bienes y servicios deben encontrarse al alcance de todas las personas sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones a saber (a) no discriminación, (b) accesibilidad física, en donde los establecimientos deben estar al alcance geográfico de todos y cada uno de los sectores de la población en especial los grupos vulnerables o marginados, (c) accesibilidad económica en la cual los pagos por servicios de atención de la salud deben basarse en el principio de equidad, lo que exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada; por último (d) acceso a la información, que comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud.

La Aceptabilidad significa que todos los establecimientos, bienes y servicios deberán ser respetuosos de la ética médica, y culturalmente apropiados y respetuosos de la cultura de las personas, pueblos y comunidades, además de ser sensibles con los requisitos de género y ciclo de vida. Establecimientos, bienes y servicios deben ser concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.

Para finalizar, **la Calidad** especifica que, además de que los establecimientos, bienes y servicios deben ser aceptables, también deben ser apropiados desde el punto de vista médico y científico, contando con personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario apropiados y en buen estado, además de contar con agua limpia y potable y condiciones sanitarias adecuadas.

En cuanto al derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud, se menciona que deben existir condiciones que aseguren la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad física y mental, incluyendo el acceso igual y oportuno a servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación; además de tratamiento apropiado de las enfermedades preferiblemente en la propia comunidad. Otro aspecto es la participación de la población en la organización del sector de la salud y en decisiones políticas relativas al derecho a la salud, pues la asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a la discriminación, por ejemplo, “[...] las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la

población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población”⁴⁰.

1.2.3. Resoluciones 64/265 y 65/238

En mayo de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en adelante la Asamblea, aprobó la Resolución 64/265 referente a Prevención y control de enfermedades no transmisibles (ENT), en la que se hace referencia a la importancia que tienen las condiciones y el estilo de vida de las personas, lo que influye en la salud y calidad de vida además que factores de riesgo como el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, una dieta malsana y la inactividad física son determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales por lo que se destaca la necesidad de dar una respuesta para luchar contra las enfermedades no transmisibles⁴¹.

Menciona que es preocupante la situación de millones de personas a nivel mundial respecto al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental y el acceso a medicamentos y reafirma la importancia de reforzar la cooperación internacional en el ámbito de la salud pública y de fortalecer los sistemas de salud nacionales a fin de ofrecer resultados equitativos, prestando atención a la financiación de la sanidad. En diciembre de 2010 se aprobó la Resolución 65/238 que se refiere al Alcance, modalidades, formato y organización de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles⁴².

Producto de ésta Resolución, en septiembre de 2011 la Asamblea aprobó la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, en adelante la Declaración , en donde se reconoce que estas constituyen una carga y un amenaza a nivel mundial y pueden aumentar las desigualdades entre países y poblaciones además que, recae en los gobiernos el papel y la responsabilidad de

⁴⁰ Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, p. 6.

⁴¹ Resolución 64/265 Prevención y control de enfermedades no transmisibles, p. 1.

⁴² *Ibid.*, p. 2 y 3.

responder al reto que implica este tipo de enfermedades y que la participación de todos los sectores de la sociedad es esencial para el combate de las ENT⁴³.

Se reafirma el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y se rescata que la OMS informó que las condiciones en que viven las personas y su estilo de vida influyen en su salud y calidad de vida. La pobreza, la distribución desigual de la riqueza, la falta de educación, la rápida urbanización y el envejecimiento de la población, así como determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales, son factores que contribuyen a la creciente incidencia y prevalencia de las ENT⁴⁴.

Se reconoce que las enfermedades renales, constituyen una carga para el sector salud de muchos países, y destaca la importancia de fortalecer la infraestructura de los servicios de salud y los recursos humanos de los sistemas sanitarios y de protección social. Existe preocupación por que las ENT y sus factores de riesgo contribuyen a una mayor carga económica para las familias y las comunidades llegando al empobrecimiento debido a largos tratamientos, altos costos en la atención y pérdida del trabajo lo que convierte a las ENT en factores que contribuyen a la pobreza⁴⁵.

Ante este panorama, la Declaración, destaca que es importante promover intervenciones intersectoriales para reducir los efectos de factores de riesgo, lo cual se pretende combatir mediante acuerdos y estrategias internacionales, en conjunto con medidas educativas y legislativas para establecer políticas que impliquen a la sociedad civil y comunidades correspondientes; las políticas deben crear entornos equitativos de promoción de la salud y de prevención de ENT a fin de empoderar a las personas y que estas, en conjunto con sus familias y comunidades adopten decisiones que lleven a vidas saludables⁴⁶.

Se subraya que es importante dar prioridad a la vigilancia, detección, diagnóstico y tratamiento de ENT y a las actividades de prevención y control; el acceso a los medicamentos y tecnologías seguras, asequibles, eficaces y de calidad deben mejorar para garantizar el tratamiento de las enfermedades. Se destaca la importancia de la participación de personas no

⁴³ Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, p. 1.

⁴⁴ *Ibid.*, p. 4.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 5.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 6 y 7.

relacionadas con la salud y otros interesados como el sector privado y la sociedad civil, para promover la salud y reducir los factores de riesgo en las ENT⁴⁷.

1.3. Derecho a la salud en México

En México la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en adelante la Constitución, en su artículo 1º establece que “[...] todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece”⁴⁸.

Después de señalar que todas las personas gozaran de los derechos humanos, el artículo 4º garantiza, pero a la vez restringe, el derecho a la salud pues a la letra dice: “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...”⁴⁹. Del artículo 4º se desprende el brazo operativo que es la Ley General de Salud, en adelante LGS, la cual se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984; esta Ley reglamenta el derecho a la protección en salud que tiene toda persona en los términos establecidos en el artículo 4º.

El artículo 2º de la LGS, establece que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad el bienestar físico y mental de la persona para contribuir al pleno ejercicio de sus capacidades, la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida, la protección de valores que coadyuven a la conservación y disfrute de condiciones de salud, que contribuyan al desarrollo social y la extensión de actitudes solidarias de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud⁵⁰.

De la mano del artículo 2º, viene el artículo 23 que se refiere a la prestación de los servicios de salud, los cuales se definen como las “[...] acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de

⁴⁷ Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, p. 13.

⁴⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 1º.

⁴⁹ *Ibid.*, art. 4º.

⁵⁰ Ley General de Salud, art. 2º.

la colectividad⁵¹, que se otorgaran de acuerdo a criterios de distribución de universos de usuarios, regionalización, escalonamiento de los servicios y universalización de cobertura⁵²; aunado a éstos artículos, el artículo 32 habla de la atención médica, que se define como “[...] el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud”⁵³, con actividades preventivas, curativas –diagnóstico temprano y tratamiento oportuno-, de rehabilitación y paliativas.

El artículo 8º contrasta el derecho a la protección de la salud, pues se señala que “Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios”⁵⁴, es decir, que las instituciones públicas de salud, podrán realizar convenios con particulares o con servicios públicos a fin de satisfacer la demanda de atención en salud que, por falta de material y recursos, la institución no puede hacer. Lo anterior, da cabida a la participación de las empresas particulares de manera abierta.

1.3.1. Sistema de salud en México

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, menciona en su Informe final de 2008 que “Los sistemas sanitarios donde las prestaciones son parciales o no son equitativas no permiten instaurar sistemas de salud universal en nombre de la justicia social [...] en muchos países los sistemas de atención de salud son sumamente insuficientes y hay grandes desigualdades en la prestación y el acceso a los servicios, y el uso que de estos hacen los ricos y los pobres”⁵⁵. Lo anterior va muy encaminado, de acuerdo a la Comisión sobre Determinantes Sociales, hacia un producto de políticas que priorizan los intereses de las personas ricas sobre las personas pobres, éstas últimas con poca capacidad de acción y decisión.

⁵¹ Ley General de Salud, art. 23.

⁵² *Ibid.*, art. 26.

⁵³ *Ibid.*, art. 32.

⁵⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 8º.

⁵⁵ Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, “Informe final. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, 2009, p. 8, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/, consultado el 1 de septiembre de 2018.

En dicho informe⁵⁶, se habla de que México ha establecido una importante reforma para instaurar un sistema de protección en salud denominado Seguro Popular el cual, a través de los años, se ha convertido en un programa desigual en el que las personas no cuentan con los mismos beneficios con los que cuentan las personas que acuden a instituciones de seguridad social, como se verá más adelante. La Comisión señaló una serie de recomendaciones hacia todos los países, que se refieren a promover la equidad sanitaria entre los entornos rurales y urbanos combatiendo políticas de exclusión, velar porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo, responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria logrando políticas que contribuyan a este fin, así como reforzar el papel del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud y la reglamentación de bienes y servicios que tienen consecuencias importantes para la salud⁵⁷.

Con la finalidad de garantizar el derecho a la salud y a pesar de las recomendaciones, en México disponemos de un sistema de salud fragmentado, que se divide en dos sectores, el público y el privado, y tres subsistemas, el dirigido a la población abierta, el seguro social laboral y el privado⁵⁸, los cuales se describen a continuación:

1.3.1.1. Subsector salud público

El subsistema público concierne al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que cuentan con contribuciones tripartitas, es decir, contribución gubernamental, de los trabajadores y de los empleadores. El subsistema dirigido a población abierta corresponde a Secretaría de Salud (SSA), con contribuciones tripartitas por parte del Estado, la entidad federativa y prima familiar, en donde la ley prevé la cuota moderadora, la cual se determina con base en su nivel de ingreso y su capacidad de pago⁵⁹.

⁵⁶ Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, *op. cit.*, p. 185 y 186.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 44-46.

⁵⁸ LAURELL, Asa Cristina, *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*, Buenos Aires, CLACSO, 2013, p. 32

⁵⁹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, “Informes programático-presupuestarios”, 2004, <http://www.seguropopularbc.gob.mx/Anexos/MANUAL%20DE%20AFILIACION%20Y%20OPERACION%202016.pdf>, consultado el 25 de enero de 2019.

Es así que las instituciones de salud pública en México cuentan con dos grupos de beneficiarios que son (1) los trabajadores asalariados, jubilados y familiares de estos y (2) autoempleados, trabajadores pertenecientes al sector informal, desempleados y familiares. Los primeros son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que son llamados derechohabientes para el caso del IMSS y el ISSSTE y asegurados para el caso de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR); para el año 2015, el IMSS atendía al 39.2% de la población, el ISSSTE al 7.7%, PEMEX, SEDENA y SEMAR 1.2%, otras instituciones 4.8% y Seguro Popular 49.9%⁶⁰.

Cabe destacar que dicha fuente no menciona el porcentaje de población que no cuenta con beneficios. Sin embargo, otras fuentes reportan que, para el año 2015, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) detectó que el 3.8% de la población no contaba con acceso a algún servicio de salud⁶¹. A lo anterior, cabe añadir que esta entidad tiene detectado que uno de cada cuatro usuarios del Seguro Popular, también se encuentra afiliado a otras instituciones de salud pública, existiendo un índice de colisión del 24.7% de los cuáles el 12.5% es derechohabiente de IMSS⁶².

Es importante mencionar que, aunque el Seguro Popular se creó en el año 2003 con la finalidad de preservar la salud de la población más necesitada, existe discrepancia entre las personas que son derechohabientes de instituciones de seguridad social y Seguro Popular puesto que, mediante el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) cubre solo las enfermedades más frecuentes mediante 294 intervenciones. Estas están divididas en 5 conglomerados: prevención y promoción en salud, medicina general y de especialidad, urgencias, cirugía general y obstetricia⁶³, sumándose a éstas 65 intervenciones de alta

⁶⁰ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Población total según condición de derechohabiencia”, 2015, <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>, consultado el 25 de enero de 2019.

⁶¹ Auditoría Superior de la Federación, “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública”, 2013, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_0215_a.pdf, consultado el 21 de febrero de 2015.

⁶² Comisión Nacional de Protección Social en Salud, “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública”, 2013, http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_0215_a.pdf, consultado el 11 de septiembre de 2018.

⁶³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, “Catálogo Universal de Servicios de Salud”, 2018, <http://causes.cnps.gov.mx/#/app/inicio>, consultado el 1 de septiembre de 2018.

especialidad. Además existen 151 intervenciones del Seguro Médico Siglo XXI⁶⁴ para personas de entre 0 y 5 años de edad, dentro de las cuales se encuentra incluida la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Sin embargo, las intervenciones para este padecimiento se encuentran dentro del rubro “Pago por facturación”, lo cual significa que previo a la intervención se desembolsa la cantidad requerida, la cual será reembolsada previa validación del caso⁶⁵.

De acuerdo a lo señalado, los beneficios garantizados por Seguro Popular son los del paquete de servicios y medicamentos especificados en el CAUSES, y los incluidos dentro de las intervenciones de alta especialidad. Todos los demás servicios tienen que ser pagados por la persona; la prestación de servicios se lleva a cabo mediante hospitales autónomos y centros de salud de los servicios estatales de salud. En contraste con lo anterior, el IMSS brinda toda la asistencia médico-quirúrgica y obstétrica, farmacéutica y hospitalaria, atención en medicina preventiva y rehabilitación, licencias por enfermedad y por maternidad para el asegurado de manera directa, así como mediante convenio de subrogación del servicio con instituciones prestadoras de servicios públicos o privados o servicios médicos propios del patrón con reversión de cuotas⁶⁶.

Cabe mencionar en este punto que la diferencia entre Seguro Popular y el IMSS, siendo estos dos subsistemas los que mayor población tiene asegurada, es que en el Seguro Popular los criterios de inclusión son: no tener seguridad social, solicitar la inscripción, pagar una cuota familiar la cual debe ser renovada anualmente tanto inscripción como pago de acuerdo con su nivel de ingresos. Este seguro es voluntario. En el IMSS la afiliación es obligatoria y el criterio de inclusión es ser persona asalariada o familiar directo de la persona asalariada y menor de edad o persona pensionada del IMSS o familiar directo de la persona. Como criterios de exclusión en el Seguro Popular es no reinscribirse o no pagar la cuota familiar, adquirir seguridad social laboral o mediante una cláusula de exclusión definitiva, mientras que en el IMSS los criterios de exclusión son perder el empleo antes de los 60 años o haber cotizado

⁶⁴ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, “Intervenciones del Seguro Médico Siglo XXI”, 2018, <http://causes.cnpss.gob.mx/anexos/intervenciones-del-siglo-xxi.pdf>, consultado el 1 de septiembre de 2018.

⁶⁵ Secretaría de Salud, “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI”, 2018, [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/287727/Reglas de Operaci n SXXI 2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/287727/Reglas_de_Operaci_n_SXXI_2018.pdf), consultado el 1 de septiembre de 2018.

⁶⁶ LAURELL, A., *op. cit.*, p. 34.

menos de 750 semanas; existe continuidad voluntaria en el Seguro Social en tanto se pague una cuota⁶⁷.

1.3.1.2. Subsector salud privado

El subsistema de salud privado comprende las compañías de seguros, consultorios, clínicas y hospitales privados y tiene como beneficiarios a la población que cuenta con capacidad de pago, la población minoritaria que hace uso de los servicios de salud privados que pagan de sus bolsillos o bien, mediante el uso de compañías aseguradoras⁶⁸.

De acuerdo a Zurita y Ramírez, antes del surgimiento de las instituciones públicas de salud, el cuidado de la salud de los mexicanos estaba a cargo de los profesionales que se dedicaban a la práctica privada; el dominio del Estado sobre las instituciones de salud que amparan a los distintos sectores de la población, dejó de lado al sector privado y como consecuencia, éste se ha visto afectado en sus ingresos por lo que debe y puede participar con el sector público⁶⁹.

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) realizada en el año 2000 a una muestra de 190 214 personas, reflejó que 27.4% prefería los servicios de salud privados, frente a 24.2% que asistían al IMSS y 33.8% que preferían los servicios de SSA⁷⁰; la preferencia por el subsector privado se basaba en que los servicios de salud públicos eran deficientes, los usuarios no se encontraban satisfechos con la atención prestada y existían problemas en la disponibilidad de medicamentos. La misma encuesta mostró que los principales factores poblacionales asociados a la utilización de los servicios de la SSA fueron la población rural, condición de jornalero, ingresos económicos que van de \$1 101 a \$2 383 pesos, instrucción básica y analfabetismo⁷¹. La preferencia por los servicios privados prevaecía en personas con educación superior e

⁶⁷ LAURELL, A., *op. cit.*, p. 34.

⁶⁸ GÓMEZ DANTÉS, Octavio, *et. al.*, “Sistema de Salud en México”, *Salud Pública de México*, 2010, núm. 2, p. 224.

⁶⁹ ZURITA, Beatriz y RAMÍREZ, Teresita, “Desempeño del sector privado de la salud en México”, *Caleidoscopio de la Salud*, 2003, p.153.

⁷⁰ Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud”, 2000, http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf, p. 106, consultado el 12 de septiembre de 2017.

⁷¹ Instituto Nacional de salud Pública, *op. cit.*, p. 122.

ingresos económicos alto y la gente acudía a los servicios de salud públicos debido a sus bajos ingresos.

Lo anterior da cuenta de un Estado magro ante la garantía del derecho a la salud: 3 082 hospitales de iniciativa privada de un total de 4 203⁷². En el actual sistema de salud en México, la salud ya no es “[...] un don innato que se supone en posesión de todo ser humano mientras no se demuestre que está enfermo, y se ha convertido en una meta cada vez más distante a la que uno tiene derecho en virtud de la justicia social”⁷³.

1.3.1.3 Seguridad social

La seguridad social en México está a cargo del IMSS y el ISSSTE; en este trabajo de investigación se hablará del primero, el cual fue creado en 1943. La seguridad social se plantea como “[...] la liberación de la necesidad, cimentada en el extraordinario principio de la universalidad, vinculado éste a la protección de la persona física, abandonando así el sistema tradicional de protección exclusiva del trabajador para dar paso a una disciplina de protección generalizadora y no excluyente”⁷⁴.

El nacimiento de la seguridad social se vio permeado por diversas circunstancias en cuanto a los riesgos de trabajo, pues en un principio el empleador no tenía una racional apreciación de los riesgos que sufría el obrero durante la jornada laboral; la “[...] responsabilidad estaba sometida a las reglas de derecho civil, endilgando la carga de la prueba al trabajador, en razón a la teoría de la culpa. Prácticamente el radio de acción ante la fatalidad se circunscribía a manifestaciones paternalistas o filantrópicas”⁷⁵. Es entonces que se crean estatutos para proteger a los trabajadores. En el desarrollo de la seguridad social Alemania promovió una legislación de seguro social en 1883 establecida por Otto von Bismarck; este modelo de seguro social comprendía tres sistemas que son el seguro de enfermedad creado en 1883, el seguro de accidentes de trabajo creado en 1884 y el seguro de vejez e invalidez creado en 1889. Los tres

⁷² Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, 2007, http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf, consultado el 6 de octubre de 2017.

⁷³ ILLICH, I., *op. cit.*, p. 634.

⁷⁴ ÁVILA SALCEDO, Luis Fernando, *La seguridad social y el Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, Editorial Porrúa, 2007, p. 6.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 1.

sistemas se reflejaron en los seguros sociales de países de América Latina, como es el caso de México⁷⁶.

El seguro social debe garantizar un mínimo de bienestar económico además de que es un sistema basado en la solidaridad pues busca un punto de equilibrio, “[...] unos dan más por los que aportan menos, los nuevos afiliados y jóvenes permitirán que se pueda atender a los ancianos, los ocupados dan su aporte para atender a los desocupados involuntarios, los solteros dan su aporte a la maternidad, etcétera: es lo que se ha llamado sistema de distribución y compensación”⁷⁷. Es importante subrayar que el seguro social es el instrumento de realización de la seguridad social creado por el Estado con carácter obligatorio y que se presta como un servicio público dirigido a sectores débiles de la sociedad para combatir las incidencias ya sean de carácter laboral o general⁷⁸.

Como estrategias en el desarrollo de la seguridad social en América Latina se destacan la confianza en la solidaridad, en la contribución obligatoria, autosuficiencia financiera, inversión de fondos del seguro social en la infraestructura de salud para suministrar atención de manera directa a través de hospitales, dispensarios, servicios médicos, ejecución gradual de programas y ampliación de la cobertura geográfica y expansión a otros grupos de personas como trabajadores del campo⁷⁹.

La seguridad social constituye un conjunto de medidas que van encaminadas hacia la protección de la salud y del bienestar social, las cuales el Estado debe garantizar a las y los ciudadanos por tanto, debe responder por (a) una asistencia médica adecuada para atender enfermedades laborales y generales, (b) protección de los medios de subsistencia y servicios para el bienestar individual y colectivo, particularmente por desempleo y (c) otorgamiento de pensión en casos de invalidez, cesantía, vejez y muerte⁸⁰. De igual manera, la seguridad social se encuentra cimentada en principios que sirven de soporte para su sustentación jurídica pues “[...] son útiles como criterios de aplicación e interpretación de las normas que se crean para el sistema, criterios de aplicación absoluto para evitar que el sistema se desnaturalice y altere”⁸¹.

⁷⁶ ÁVILA SALCEDO, L. F. *op. cit.*, p. 2.

⁷⁷ *Ibid.*, pp. 4 y 5.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 17.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 23.

⁸⁰ ALEMÁN DÍAZ, Germán y MORALES ORTEGA, Raymundo, “Principios y fundamentos de la seguridad social”, *AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura*, 2009, núm. 1, p. 52.

⁸¹ *Ibid.*, p. 54.

A. Principios de la seguridad social

El principio de **Universalidad** se encuentra enfocado en que, en medida de lo posible, el sistema cubra a toda la población, es decir, que aunque la seguridad social tiene como destinatarios a los trabajadores dependientes, se debe expandir a otros sectores o grupos no considerados como beneficiarios como es el caso del cónyuge, compañero o compañera, permanente e hijos del trabajador; en la esfera internacional, se encuentra plasmado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos e indica que toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social⁸².

El principio de **Integridad** se basa en el supuesto “Con el mínimo de recursos el máximo de los beneficios”⁸³; lo anterior obedece a que los recursos deben ser suficientes para atender riesgos o contingencias que se derivan de la cesantía, enfermedad, invalidez, vejez o muerte. El financiamiento de la seguridad social es tripartita y por tanto, la participación del Estado indica que hay un servicio público brindado a la sociedad y que sin su injerencia no podría existir un esquema de seguridad social.

La Integridad implica que el marco jurídico debe tener normas que permitan que la persona esté cubierta íntegramente ante todos los riesgos o contingencias de la vida, en cuestiones como (a) salud, que comprende normas preventivas, medidas curativas, de recuperación y rehabilitación, (b) ayuda familiar, con asignaciones en las que se incluya a menores y mayores de edad y (c) prestaciones económicas por vejez, invalidez, supervivencia e incorporación como beneficiarios no sólo a la viuda o viudo e hijos, sino también a otros familiares a su cargo⁸⁴.

El principio de **Unidad** se refiere a que aspectos jurídicos, administrativos, legislativos y financieros deben ser congruentes y coordinados para la aplicación y eficacia de la seguridad social. El Estado debe orientar la rectoría de la seguridad social y los particulares pueden participar en la prestación de servicios de acuerdo a los criterios que marque el Estado; “Se debe evitar la duplicidad de entidades, que aseguren una misma contingencia para evitar la pluralidad en la gestión y procurar la inmediatez en el servicio. No es justificable por parte de quienes

⁸² ÁVILA SALCEDO, L. F., *op. cit.*, p. 28.

⁸³ ALEMÁN DÍAZ, G. y MORALES ORTEGA, R., *art. cit.*, p. 55.

⁸⁴ ÁVILA SALCEDO, L. F., *op. cit.*, p. 29.

tienen la obligación de orientar profesionalmente al afiliado someterlo al laberinto de la desinformación, que hoy repercute negativamente en las instituciones de seguridad social”⁸⁵.

El principio de **Solidaridad** enuncia que la carga económica del sistema debe ser soportada por toda la comunidad, distribuyéndose así los costos de las contingencias entre un mayor número de personas; a mayor salario de una persona, mayor aporte, sin que esto implique la posibilidad de obtener un mayor beneficio. “[...] la solidaridad comprende, además de garantizar un ingreso pecuniario seguro, el servicio médico integrado brindado por la medicina institucional, con una cobertura de riesgos o contingencias sociales”⁸⁶.

El principio de **Subsidiariedad** señala que la seguridad social no viene a reemplazar lo que a cada persona corresponde hacer, por el contrario, tiene por objetivo ayudar, facilitar, orientar, estimular, integrar y coordinar de acuerdo a sus necesidades; la persona es sujeto activo de su porvenir y su responsabilidad no debe desaparecer por la existencia de la seguridad social. Este principio responde a dos perspectivas: la preventiva y la curativa⁸⁷.

El principio de **Internacionalidad** se refiere a que tanto personas nacionales como extranjeras deben gozar de los mismos beneficios en cuanto a seguridad social. “El campo de internacionalidad hoy más que nunca resulta de mayor interés, cuando a la par de la apertura de fronteras en razón de un proceso denominado de globalización, hay desplazamiento de personas, que deben ser protegidas como consecuencia de esta tendencia”⁸⁸.

Por último, el principio de **Informalidad** hace alusión a evitar el burocratismo que prevalece en las instituciones de seguridad social mexicanas; lo anterior se refiere a evitar la saturación de documentos en trámites administrativos que de alguna u otra manera retardan la prestación de los servicios. “El objetivo específico consiste entonces en reducir al máximo los procedimientos muchas veces absurdos de carácter interno que obstaculizan el otorgamiento de una prestación”⁸⁹.

⁸⁵ ÁVILA SALCEDO, L. F., *op. cit.*, p. 30.

⁸⁶ ALEMÁN DÍAZ, G. y MORALES ORTEGA, R., art. cit., p. 55.

⁸⁷ ÁVILA SALCEDO, L. F., *op. cit.*, p. 33.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 34.

⁸⁹ ÁVILA SALCEDO, L. F., *op. cit.*, p. 36.

B. Instituto Mexicano del Seguro Social

Durante el gobierno del General Lázaro Cárdenas, en el año de 1939, se le encomendó al Lic. Ignacio García Téllez la labor de generar un proyecto de seguridad social. Este proyecto funcionaría con aportación tripartita, y cubriría los seguros de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria. El documento fue enviado a la cámara de diputados en 1938, pero consideraron que debía estar fundamentado en estudios respecto al tema.⁹⁰

En el gobierno de Manuel Ávila Camacho, se anunció la creación de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; a finales de 1942 se envió a las cámaras de diputados y de senadores la iniciativa de Ley del Seguro Social con la justificación de: “Proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales”⁹¹.

La iniciativa se aprobó el 19 de enero de 1943 con la finalidad de garantizar el derecho a la salud y los servicios sociales elementales para el bienestar individual y colectivo. Como brazo operativo se estableció el IMSS, siendo este un organismo público descentralizado, con patrimonio propio⁹². En los primeros años del instituto, tanto obreros como patrones presentaban demandas de amparo con la finalidad de no pagar la cuota obrero-patronal que correspondía a seguridad social. El 24 de noviembre de 1944, el presidente Ávila Camacho reforma el artículo 135 de la Ley del Seguro Social para que éste se convierta en un organismo fiscal autónomo y por lo tanto las aportaciones tuvieran carácter de fiscal y obligatorio, llevando al embargo de los bienes a quien incurriera en falta de pago espontáneo y oportuno de las cuotas⁹³.

En la década de 1980, se vive un periodo denominado *crisis de la seguridad social*, que tuvo como causas “[...] la permanencia de programas antiguos, calificados de obsoletos, no acordes con la exigencia ni el desarrollo social; la politización del sistema, que a cambio de

⁹⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social, *Los rostros del IMSS*, México, Agencia Promotora de Publicaciones, 2017, p. 15.

⁹¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, *Los rostros del IMSS*, México, Agencia Promotora de Publicaciones, 2017, p. 17.

⁹² *Ibid.*, p. 24.

⁹³ *Ibid.*, p. 39-41.

prebendas otorga beneficios generosos sin precisar estudios actuariales, amén de los escasos recursos que no sostenían el crecimiento económico del sistema”⁹⁴.

Durante el periodo de 1990 México signó, a través del director general del IMSS, el Código Iberoamericano de Seguridad Social, que reconoce a la seguridad social como un derecho inalienable del ser humano concebido como una garantía para la consecución del bienestar de la población, siendo una responsabilidad indeclinable de los Estados establecer programas de protección social que garanticen a la población su desarrollo armónico; la articulación de programas de servicios sociales deben facilitar el cumplimiento de los fines de la seguridad social, los cuales se orientan a la integración social de las personas marginadas y a la priorización de actuaciones dirigidas a los sectores más vulnerables de la población⁹⁵. Se destaca también la conveniencia de mejorar el conocimiento general acerca de la seguridad social y sus instituciones por parte de las y los usuarios en lo referente al derecho a las prestaciones y el destino asignado a los fondos recaudados⁹⁶.

Los Estados se comprometen a garantizar a las personas protegidas el acceso a prestaciones sanitarias de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación. Las prestaciones ofrecidas deben proteger contingencias que estén relacionadas con todo tipo de estado mórbido, cualquiera que sea la causa y estadio de evolución y comprenden la asistencia médica general o especializada en hospitales o fuera de ellos, el suministro de productos farmacéuticos y hospitalización⁹⁷. Cuando la gestión de las prestaciones se lleve a cabo por entidades privadas, se establecerán mecanismos y controles necesarios por autoridades públicas tendentes a asegurar los derechos de las personas interesadas⁹⁸.

⁹⁴ ÁVILA SALCEDO, L. F., *op. cit.*, p. 24.

⁹⁵ Código Iberoamericano de Seguridad Social, art. 1, 2 y 10.

⁹⁶ *Ibid.*, art. 13 y 17.

⁹⁷ *Ibid.*, art. 37, 38, 39, 40 y 45.

⁹⁸ *Ibid.*, art. 34.

CAPITULO SEGUNDO

ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU TRATAMIENTO EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2.1. ¿Qué es la Enfermedad Renal Crónica?

Para entender la ERC, es fundamental saber que los riñones tienen diversas funciones, como la de filtrar y eliminar los productos de desecho del metabolismo; juegan un papel esencial en la regulación de líquidos y electrolitos como el Sodio, Potasio, Cloruro, Bicarbonato, Calcio, lo cual influye en la hidratación del cuerpo además, producen y secretan sustancias que estimulan la formación de glóbulos rojos –eritropoyetina-, regulan la tensión arterial –renina-, regulan la coagulación de la sangre y la respuesta inflamatoria –prostaglandinas-. Dentro de los riñones existen unidades funcionales llamadas nefronas, cada una de ellas conformada por un glomérulo y un túbulo; es por el glomérulo que se filtra la sangre para evitar la acumulación de sustancias tóxicas⁹⁹.

La ERC es considerada como “[...] daño renal de una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular”¹⁰⁰; se consideran cinco estadios en la evolución de la enfermedad que van del I al V, los cuales se basan en la presencia de daño estructural y/o la disminución de la tasa de filtración glomerular. La ERC es un proceso irreversible que conduce a un estado terminal, en el cual se hace necesario la terapia de sustitución renal, como la diálisis, hemodiálisis y el trasplante. Se destaca el concepto de enfermedad y no de insuficiencia para evitar la condición que se tiene de riesgo refiriéndose a la insuficiencia, para así enfatizar la necesidad de acciones preventivas, de detección, evaluación y tratamiento que supone la enfermedad¹⁰¹.

Hasta hace varios años, la causa más común de ERC eran los cambios en el tejido renal. Sin embargo, hoy en día la evolución en la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica han permitido que se presenten complicaciones como la ERC; ambos padecimientos han

⁹⁹ LÓPEZ CERVANTES, Malaquías, *Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México*, México, UNAM, 2010, p. 20.

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 21.

¹⁰¹ DEHESA LÓPEZ, Edgar, “Enfermedad renal crónica: definición y clasificación”, *El Residente*, 2008, núm. 3, p. 74.

sustituido a la glomerulonefritis¹⁰² como causa frecuente de la enfermedad. México tiene una de las prevalencias más elevadas de diabetes mellitus a nivel mundial, y se estima que en los siguientes 30 años aumentará en un 250%, por lo que se alcanza a vislumbrar también el incremento de las personas con ERC¹⁰³.

No se puede determinar que las causas anteriores sean las únicas desencadenantes de ERC, ya que en los últimos cuarenta años, un número creciente de personas que viven en comunidades agrícolas de Centroamérica han presentado ERC de etiología incierta o también llamada Enfermedad Renal Crónica de Causas no Tradicionales, lo que ha provocado la devastación de las comunidades y saturación en los servicios de salud; este tipo de enfermedad se caracteriza por insuficiencia renal progresiva y diagnosticada en estado avanzado, ya que las personas que la padecen no presenta síntomas tempranos¹⁰⁴. También, se reportó mayor asociación con la ERC en personas que se encuentran en contacto con pesticidas y en constante deshidratación; los hombres dedicados a la minería de oro, tienen más riesgo de desarrollar la enfermedad¹⁰⁵.

2.1.1. Signos y síntomas

Sea cual fuere la causa, cuando el riñón se ve afectado, se ven afectadas sus funciones como es el conservar el balance de Sodio, que cuando se ve alterado se origina retención del mismo y de agua, que se aprecia en aumento de peso y edema. La retención de Sodio y agua, también da como resultado hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y acumulación de líquido en los pulmones, conocido como edema pulmonar; la hipertensión arterial o presión arterial alta, genera hipertrofia del ventrículo izquierdo, que se traduce en dilatación y engrosamiento de las paredes de la cámara de bombeo del corazón, por lo que pierde elasticidad y deja de bombear

¹⁰² La glomerulonefritis es la inflamación de los pequeños filtros del riñón llamados glomérulos. Puede aparecer de manera repentina o aguda o de manera gradual o crónica y puede ocurrir por causa de infecciones o como parte de otras enfermedades. Los signos y síntomas comprenden orina rosa o color marrón debido a la presencia de glóbulos rojos, orina espumosa debido al exceso de proteínas, hipertensión arterial y retención de líquidos, conocido como edema, en cara, manos y pies. (ARGOTE, Eduardo, *et. al.*, “Glomerulonefritis”, *Colombia Médica*, 2004, vol. 35, núm. 1, pp. 38-45).

¹⁰³ LÓPEZ CERVANTES, M., *op. cit.*, p. 21.

¹⁰⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Epidemia de Enfermedad Renal Crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica. Definición de casos, base metodológica y enfoques para la vigilancia de salud pública*, Washington DC, OPS, 2017, p. 2 y 3.

¹⁰⁵ ALMAGUER, Miguel, *et. al.*, “Enfermedad renal crónica de causa de causa desconocida en comunidades agrícolas”, *MEDICC Review*, 2014, núm. 2, p. 10-13.

con la fuerza que requiere. Las personas con ERC también cursan con anemia por la disminución de la síntesis de eritropoyetina, que estimula la formación de glóbulos rojos, esto conlleva a disminución del transporte de oxígeno en sangre y por lo tanto disminución de la concentración y agilidad mental¹⁰⁶.

Las personas con ERC presentan tendencia a sangrar y sufrir moretones con facilidad, por lo que puede cursar con sangrado intracraneal de manera espontánea y sangrado del tracto gastrointestinal. La acumulación de productos tóxicos en la sangre conocida como uremia, genera que las personas presenten aliento urémico debido al desdoblamiento de amonio en la saliva, lo cual se asocia a sabor metálico. Durante el estado urémico terminal ocurre la neuropatía periférica¹⁰⁷, siendo una de las manifestaciones más comunes el síndrome de las piernas inquietas en el que hay sensación de incomodidad en pies y piernas, por lo que se requiere mantenerlos en constante movimiento; también es común observar convulsiones y finalmente coma¹⁰⁸. Si la terapia de sustitución renal no se establece en cuanto aparecen las alteraciones sensitivas, progresa a anomalías motoras con pérdida de los reflejos, debilidad, pie caído y finalmente parálisis flácida¹⁰⁹.

Las manifestaciones dermatológicas de la uremia incluyen palidez, hematomas o moretones, mucosas deshidratadas, prurito o comezón constante y por tanto lesiones en la piel, conocidas como excoriaciones; comúnmente se observa una coloración amarillenta resultado de la anemia o pueden presentar también una coloración grisácea a broncea debido a la acumulación de hierro, secundaria a repetidas transfusiones. En estados avanzados la cantidad

¹⁰⁶ LÓPEZ CERVANTES, M., *op. cit.*, p. 23.

¹⁰⁷ La neuropatía periférica, como su nombre lo dice, es una afección del sistema nervioso periférico de naturaleza inflamatoria o degenerativa que se manifiesta por sensación de hormigueo, frialdad, adormecimiento, quemadura, dolor, hipersensibilidad debilidad, entre otros signos y síntomas. (CASTAÑEDA, Jorge y DEL CORRAL, Jahazael, “Neuropatías periféricas”, *MEDISAN*, 2003, núm. 4, pp. 35-41).

¹⁰⁸ DEHESA LÓPEZ, E., *art cit.*, p. 75.

¹⁰⁹ La parálisis flácida se caracteriza por debilidad muscular en las extremidades. En el caso de las personas con Enfermedad Renal Crónica, se presenta debido al aumento de potasio en la sangre el cual no se filtra adecuadamente por el riñón, lo que afecta la conducción neuromuscular, sin embargo, la debilidad muscular se reporta con menor frecuencia que las alteraciones en la conducción cardiaca, lo que deriva en arritmias cardiacas letales y paro cardiorrespiratorio. (LOZADA MOLINA, Ana, *et. al.*, “Parálisis ascendente asociada a hiperkalemia severa”, *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 2016, año 8, núm. 3, pp. 90-93).

de urea presente en el sudor es tan alta que se precipita en forma de un fino polvo blanquecino conocido como escarcha urémica¹¹⁰.

2.1.2. Terapia de Sustitución Renal

Como ya se mencionó, la ERC cursa con cinco estadios; el estadio I y II por lo regular no presentan sintomatología y el diagnóstico se realiza de manera incidental al buscar otras condiciones. El estadio III se acompaña de síntomas como fatiga, edema, dificultad para dormir, espuma en orina, además de coloración marrón que refleja sangre en la orina. Estadio IV progresa de manera rápida a estadio V, en donde hay complicaciones cardiovasculares, náusea, sabor a metal, aliento urémico, falta de apetito, dificultad para concentrarse y hormigueo en las extremidades; este último estadio es indicativo de inicio de terapia de sustitución renal¹¹¹.

El objetivo de la terapia dialítica es la extracción de toxinas y exceso de líquido de la sangre que normalmente se eliminarían por vía renal. “Para quienes alcanzan el estadio 5 de ERC la muerte por insuficiencia renal es inevitable, a menos que reciban tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis o trasplante). La diálisis es un recurso laborioso, costoso y escaso en los países en desarrollo. Puede prolongar la supervivencia, pero sin que su expectativa llegue a ser normal, pero la calidad de vida que proporciona varía desde marginal a desastrosa”¹¹².

La hemodiálisis consiste en utilizar un circuito que se instala fuera del cuerpo para eliminar las toxinas y el exceso de líquido que se encuentra en el cuerpo; en éste proceso, la sangre se pone en contacto con el líquido de gran concentración a través de una membrana semipermeable y el movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración. La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre, como la fístula arteriovenosa o conexión entre una arteria y una vena, y el catéter central también llamado Mahurkar, el cual se instala cuando se requiere de hemodiálisis con urgencia u ocurrió fracaso de la fístula arteriovenosa¹¹³.

El uso de catéter central no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, como las infecciones. La hipotensión y los calambres son las complicaciones más frecuentes de la

¹¹⁰ LÓPEZ CERVANTES, M., *op. cit.*, p. 25.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 26.

¹¹² Organización Panamericana de la Salud, *op. cit.*, p. 16.

¹¹³ LÓPEZ CERVANTES, M., *op. cit.*, p. 31.

hemodiálisis, presentándose también el síndrome de desequilibrio dialítico que consiste en náusea, vómito, cefalea, fatiga, inquietud e incluso convulsiones, coma y arritmias¹¹⁴.

Como parte de las terapias de sustitución renal, también se encuentra la diálisis peritoneal. Muchas personas con ERC cambian de la diálisis a la hemodiálisis debido a que hay episodios recurrentes de peritonitis¹¹⁵ y deterioro de la salud; en raros casos se cambia de hemodiálisis a diálisis. Se tienen buenos resultados con la diálisis durante los primeros tres años y es una buena opción para personas jóvenes que no padecen diabetes; también se deben considerar los factores socioeconómicos al momento de instaurar una terapia de sustitución renal¹¹⁶.

Por último, es menester mencionar que la hemodiálisis requiere por lo menos tres sesiones a la semana, con una duración aproximada de tres horas, por lo que a la semana se invierte aproximadamente nueve horas sin contar el tiempo de traslado a la institución de salud y el tiempo de espera, lo cual implica que las personas deben tener tiempo para acudir a las sesiones. Lo anterior conlleva a dificultades para laborar o estudiar, pues las personas encuentran obstáculos en cuanto a los permisos, teniendo que abandonar la escuela o el trabajo; esto repercute seriamente en la economía de las personas que padecen ERC y de sus familias, situación que se vuelve insostenible¹¹⁷.

2.1.3. Estrategias para la Enfermedad Renal Crónica en México

México no cuenta con un sistema de salud que permita un abordaje integral y universal a nivel nacional respecto a la ERC. La Academia Nacional de Medicina ha propuesto elementos para

¹¹⁴ LÓPEZ CERVANTES, M., *op. cit.*, p. 32.

¹¹⁵ El peritoneo o membrana peritoneal es una capa de tejido que cubre los órganos que se encuentran en la cavidad abdominal, como el estómago, hígado, intestinos y bazo. La diálisis peritoneal consiste en la introducción de líquido de diálisis de alta concentración hacia la cavidad abdominal, por medio de un catéter; el intercambio de solutos se hace a través de la membrana peritoneal por difusión. La peritonitis infecciosa se presenta con frecuencia en personas con terapia de sustitución renal de diálisis debido a una técnica inadecuada en la manipulación del catéter o a cuidados inadecuados del mismo lo que lleva al ingreso hospitalario y tiene un elevado riesgo de mortalidad en pacientes con episodios frecuentes y peritonitis severas. También, es el principal motivo de fracaso del tratamiento y cambio a otras terapias de sustitución renal, ya que la membrana peritoneal puede quedar alterada después de la infección. (Instituto Mexicano del Seguro Social, “Intervenciones de enfermería para la atención y prevención de peritonitis infecciosa en adultos con diálisis peritoneal ambulatoria”, 2016, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/797GER.pdf>, consultado el 6 de marzo de 2019).

¹¹⁶ LÓPEZ CERVANTES, M., *op. cit.*, pp. 36 y 37.

¹¹⁷ MERCADO MARTÍNEZ, F. y HERNÁNDEZ IBARRA, E., *op. cit.*, pp. 19-60.

una política pública en salud en donde se establezca un registro a nivel nacional al cual se pueda acceder en línea mediante la Clave Única de Registro de Población (CURP) y que contenga datos capturados por parte del cuerpo médico que detecte por primera vez a una persona con ERC; también establecer un registro de diálisis y trasplante con base en la CURP para determinar cuántas de las personas con ERC requieren diálisis y cuántas se logran trasplantar. Por último, se ha propuesto que la subrogación de servicios deberá estar sujeta a que las empresas prestadoras de servicios registren el 100% de las personas en tratamiento de reemplazo y las renovaciones de contrato deben obedecer a un estándar de calidad con base en resultados de sobrevida y bienestar de los enfermos, así como en el cumplimiento del registro de pacientes, y no sólo al costo bruto¹¹⁸.

Asimismo, se ha propuesto alertar sobre datos de alarma y realizarse campañas para que la población en general, especialmente la que padece diabetes mellitus e hipertensión, acuda a realizarse pruebas que ayuden a determinar a tiempo que existe una falla en el riñón¹¹⁹ además, se ha sugerido establecer un registro nacional para el seguimiento cada año de pacientes con ERC en etapa avanzada¹²⁰ y la elaboración de un diagrama de flujo para la atención inmediata de casos nuevos de ERC y su envío con el especialista en nefrología¹²¹.

Durante el sexenio del Lic. Peña Nieto, se estableció la Red Estratégica de Servicios de Salud contra La Enfermedad Renal Crónica en México, la cual busca la promoción de la salud renal en la comunidad y la reversión de la ERC en los primeros estadios mediante la elaboración de guías de práctica clínica, disponibilidad oportuna de medicamentos, plataforma electrónica en cada establecimiento de salud para el registro de personas con ERC, fortalecimiento de la normatividad, mejoramiento de la capacidad profesional, campañas de donación de órganos y certificación de centros de trasplante¹²².

Referente a las guías de práctica clínica, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, ha creado las

¹¹⁸ MORALES BUENROSTRO, Luis Eduardo y RAMOS GORDILLO, Jesús Manolo, “Etapas tempranas de la ERC: detección y manejo”, en Juan A. Tamayo y Orozco y H. Santiago Lastiri Quirós, *La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla*, México, Academia Nacional de Medicina de México, 2016, p. 34.

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 29.

¹²⁰ *Ibid.*, p. 33.

¹²¹ *Ibid.*, p. 35.

¹²² *Ibid.*, p. 37.

Guías de Práctica Clínica las cuales proporcionan información basada en evidencia científica y permiten brindar una mejor atención a los pacientes. Estas guías son diseñadas por personas profesionales de la salud de las áreas de medicina y enfermería, pacientes, cuidadores y cuidadores y ciudadanos en general, con el objetivo de ser un referente a nivel nacional de manera homologada, beneficiando a la comunidad y ayudando a profesionales de la salud en la toma de decisiones clínicas¹²³.

Respecto a las Guías de Práctica Clínica referentes a la ERC se encuentran la de Prevención, diagnóstico y referencia oportuna de enfermedad renal crónica en pacientes menores de 18 años, Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica, Intervención dietético-nutricional. Paciente con enfermedad renal crónica sin y con tratamiento sustitutivo en el 1o, 2o y 3er nivel de atención y la de Tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica segundo y tercer nivel de atención¹²⁴.

2.1.4. Norma Oficial Mexicana 003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis

La Norma Oficial Mexicana referente a la práctica de la hemodiálisis, NOM 003, no ha sufrido cambio alguno desde 2010. En ella, se menciona que médicos especialistas en nefrología deben prescribir el tratamiento de hemodiálisis, colocar el acceso vascular temporal y vigilar las vías de acceso temporal o permanente; también corresponde controlar, supervisar y evaluar el manejo integral de la persona enferma renal, facilitar estudios para incorporar a la persona en un programa de trasplante renal, detectar complicaciones del enfermo en hemodiálisis y actuar para corregirlas. Mantener a la persona y a sus familiares informados sobre la condiciones del enfermo, indicar si procede el reuso de los filtros y verificar sus condiciones y supervisar cursos de capacitación en hemodiálisis dirigidos a personal a su cargo¹²⁵.

Al personal profesional y técnico corresponde valor las condiciones de la persona previo al inicio de la hemodiálisis, punción, conexión y desconexión de fístulas o catéteres, registrar

¹²³ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, “¿Qué hacemos?”, 2019, <https://www.gob.mx/salud/cenetec>, consultado el 10 de octubre de 2019.

¹²⁴ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, “Guías de práctica clínica”, 2019, <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?cat=167>, consultado el 10 de octubre de 2019.

¹²⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, numeral 5.3.

en la hoja de seguimiento datos como peso, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca previo y posterior a la sesión, signos y síntomas de la persona antes, durante y al finalizar la sesión, cuidados del acceso vascular, mantener el equipo de reanimación cardiopulmonar en óptimas condiciones, participar en la visita médica, proporcionar los cuidados requeridos por cada paciente así como cumplir con la prescripción del especialista tratante y verificar calidad del agua y funcionamiento de equipos a su cargo reportando anomalías identificadas¹²⁶.

Personal de salud y establecimiento donde se lleve a cabo la hemodiálisis, serán responsables de aplicar medidas para la prevención de hepatitis B o C y del VIH, por lo que se debe investigar a cada persona de nuevo ingreso a la terapia de hemodiálisis; si resultaran seronegativos para dichas enfermedades, tanto ellas como el personal debe ser vacunado a la brevedad posible. Del mismo modo, se debe realizar determinación de Aspartato Aminotransferasa (TGO) cada mes, y cada cuatro meses antígeno y anticuerpo de superficie de la hepatitis B, anticuerpo de la hepatitis C y VIH para la detección de estas enfermedades respectivamente; estos exámenes se realizarán cada seis meses en personal de salud. También, se debe hacer, cada seis meses, un estudio de tamizaje para VIH en personas bajo tratamiento de hemodiálisis¹²⁷.

En cuanto a los procedimientos que se deben realizar dentro del área de hemodiálisis, la cama o el sillón reclinable debe ser sanitizado y cambiarse la ropa que ha sido usada para cubrirle, así como asear y desinfectar la máquina de hemodiálisis luego de cada procedimiento; se debe usar guantes desechables y careta de protección, remover inmediatamente salpicaduras de sangre en piso o superficies, realizar aseo exhaustivo del área al menos una vez por semana y fumigar al menos una vez al mes¹²⁸.

Los establecimientos deben contar con licencia sanitaria y contar con un médico nefrólogo responsable de la unidad, un área de por lo menos 1.5 x 2.0 metros para cada estación que debe dar cabida a la máquina de hemodiálisis y un sillón o cama para cada persona, área de recepción, consultorio, central de enfermeras, almacén, área de prelavado y tratamiento de agua, sanitarios individualizados por género, de uso exclusivo para personal y para personas en hemodiálisis y cuarto séptico. También se debe contar con toma o tanque portátil de oxígeno, aspirador de

¹²⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, numeral 5.4.

¹²⁷ *Ibid.*, numeral 5.5.

¹²⁸ *Ibid.*, numeral 5.5.

secreciones, sillones reclinables, báscula, carro rojo con monitor y desfibrilador, electrocardiógrafo, esfigmomanómetro y estetoscopio, carro de curaciones, silla de ruedas y material de curación¹²⁹.

Por último, en cuanto al reprocesamiento de filtros de diálisis, debe existir una carta de consentimiento informado para que la persona sea incluida en el plan de reprocesamiento; ésta deberá ser informada de las condiciones de los filtros de diálisis. El filtro debe ser etiquetado con nombre de la persona en hemodiálisis, fecha de primer uso y número de reprocesamientos; el filtro ya lavado y esterilizado debe ser guardado en un lugar fresco, seco y resguardado de la luz. Previo a la reutilización, el filtro debe ser enjuagado cerciorándose por medio de procedimientos específicos, que no queden residuos y reutilizándose un máximo de 12 veces mientras se compruebe la integridad del mismo, evitando ésta práctica en personas seropositivas al virus de la hepatitis B o al VIH¹³⁰.

2.2. Hemodiálisis subrogada: licitación y procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico en el Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS se implementó de primera intención sin la infraestructura necesaria, como consecuencia se comenzó a operar con servicio subrogado y se contaba con más de 40 clínicas y 110 consultorios particulares¹³¹ para el servicio de las personas más necesitadas, entendiéndose la Subrogación del Servicio como “La contratación de servicios de atención a la salud, ya sea con establecimientos externos a la Institución prestadora del sector público o privado, de aquellos servicios que deben ser proporcionados por la propia Institución a sus usuarios, pero que por alguna causa no pueden otorgarse en tiempo y forma”¹³².

Dentro del IMSS, la subrogación se encuentra regulada en la Norma que establece las disposiciones generales y criterios técnico médicos para la planeación, contratación, obtención

¹²⁹ Norma Oficial Mexicana, *op. cit.*, numeral 6.

¹³⁰ *Ibid.*, Apéndice Normativo “B”.

¹³¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, *Los rostros del IMSS*, p. 23.

¹³² Secretaría de Salud, “Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud”, 2014, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16884/MANUAL_DE_LINEAMIENTOS.pdf, consultado el 7 de octubre de 2017.

y control de los servicios subrogados de atención médica¹³³, en el Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social¹³⁴, en la Ley de Seguro Social¹³⁵ y en la Ley General de Salud¹³⁶. En dichos documentos se habla de que, con propósitos de complemento y apoyo, se delimitan los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo la subrogación de servicios, es decir, el IMSS prestará los servicios que le son encomendados de manera directa o indirecta a través de la subrogación, además que la dirección de prestaciones médicas es la encargada de planear, dirigir y normar las acciones relacionadas con la prestación de los servicios médicos. Previo a la autorización y contratación de servicio subrogado se deberá verificar que en la unidad médica solicitante no existan medios o recursos para resolver el problema a tratar mediante la subrogación del servicio; durante la vigencia del contrato, se podrán efectuar visitas por parte del área que solicitó el servicio subrogado cuantas veces lo considere necesario para asegurar la calidad del servicio.

La licitación del servicio de hemodiálisis subrogada dentro del IMSS, se encuentra normada en la Constitución¹³⁷, Tratados de comercio internacionales¹³⁸, la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público¹³⁹ así como en el Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social¹⁴⁰ que, de manera general, señalan que los recursos económicos de los cuales disponga la Federación y las entidades federativas se deben administrar con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez; las adquisiciones, arrendamientos y enajenaciones de todo tipo se deben llevar a cabo a través de licitaciones

¹³³ Instituto Mexicano del Seguro Social, “Norma que establece las disposiciones generales y criterios técnico médicos para la planeación, contratación, obtención y control de los servicios subrogados de atención médica”, 2010, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-006_1.pdf, consultado el 26 de octubre de 2017.

¹³⁴ Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, art. 82, frac. I y VI.

¹³⁵ Ley del Seguro Social, art. 89, frac. II.

¹³⁶ Ley General de Salud, art. 8.

¹³⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 134.

¹³⁸ Entre los tratados se encuentra el Tratado de Libre Comercio de América del Norte, y tratados signados con la República de Colombia, la República de Costa Rica, la República Nicaragua, el Estado de Israel, la Comunidad Europea y sus Estados Miembros, el Japón y la República de Chile. Los apartados relacionados con la Licitación Pública Electrónica Internacional del servicio de hemodiálisis subrogada, tienen que ver con la no discriminación, la liberalización de los precios y la disminución de barreras arancelarias. En la licitación únicamente pueden participar licitantes mexicanos o de cualquiera de los países miembros de los tratados citados con anterioridad.

¹³⁹ Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, artículos 25, 26 fracción I, 26 Bis fracción II, 26 Ter, 28 fracción II, 29, 30, 33, 33 Bis, 34, 35, 36, 36 Bis, 37, 37 Bis, y 47.

¹⁴⁰ Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, artículos 39, 42, 44, 45, 46, 47, 48, y 51.

públicas mediante convocatorias, para que así se presenten libremente proposiciones solventes que aseguren al Estado las mejores condiciones en cuanto a precio, calidad, financiamiento y oportunidad, siendo los servidores públicos responsables del cumplimiento de estas bases. También, se señala la participación de testigos sociales, que son seleccionados mediante convocatoria pública emitida por la Secretaría de la Función Pública

2.2.1. Licitación para el servicio de hemodiálisis subrogada

Para subrogar el servicio de hemodiálisis dentro del IMSS, se realiza una convocatoria para la contratación de dicho servicio. En el año 2015, se lanzó la Licitación Pública Electrónica Internacional bajo la Cobertura de Tratados para la Contratación Plurianual Abierta del Servicio de Hemodiálisis Subrogada, en donde se describe que el IMSS, a fin de atender las necesidades de sus derechohabientes con Insuficiencia Renal Crónica, requiere de la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, en donde el licitante participante deberá dar el debido cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos que se describen en los términos y condiciones establecidos en la convocatoria¹⁴¹.

De acuerdo a la licitación, la unidad de hemodiálisis subrogada debe cumplir los siguientes puntos¹⁴²: estar certificada por el Consejo de Salubridad General o en proceso de certificación¹⁴³, ubicarse en un radio de distancia terrestre máxima de 45 kilómetros de la unidad médica a la que pretenda prestarse el servicio, el área de tratamiento deberá ser considerada área semirestringida¹⁴⁴, la unidad de hemodiálisis subrogada deberá contar con servicio de traslado

¹⁴¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, “Licitación Pública Electrónica Internacional bajo la Cobertura de Tratados para la Contratación Plurianual Abierta del Servicio de Hemodiálisis Subrogada. LA-019GYR047-T40-2015”, 2015, <http://repositorio.imss.gob.mx/integrales/CABCS/2015/LicitPubInvi/LA-019GYR047-T40-2015/Convocatoria/Convocatoria%20para%20la%20Contrataci%C3%B3n%20del%20Servicio%20de%20Hemodi%C3%A1lisis%20Subrogada%20LPEIBCT.docx>, p. 11, consultado el 4 de abril de 2019.

¹⁴² Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, p. 11 y 12.

¹⁴³ En atención al Acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales.

¹⁴⁴ También denominada área gris, requiere condiciones de asepsia controlada para el ingreso, permanencia y circulación de personas autorizadas para ello; en todos los casos se deberá utilizar uniforme quirúrgico (Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características

en ambulancia, en caso de requerirse para pacientes graves o que presenten complicaciones antes, durante y posterior al tratamiento en el área de la unidad de hemodiálisis subrogada.

También debe contar con las siguientes áreas¹⁴⁵: central de enfermeras con visibilidad hacia los pacientes, área de aislamiento equipada destinada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas como VIH o hepatitis B o C; el área para cada estación de hemodiálisis deberá ser de por lo menos 1.5 x 2.0 metros, contar con toma o tanque portátil de oxígeno y aspirador de secreciones, área de lavado, desinfección y esterilización de material de curación y médico-quirúrgico, en caso de no contar con material desechable. Debe contar con disposición y clasificación de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos¹⁴⁶ y cisterna o tinacos para la disponibilidad de agua suficiente para los 365 días del año que permita la operación de la unidad.

Cada paciente deberá recibir las sesiones con duración de 3 a 4 horas por sesión de acuerdo a la prescripción del médico del IMSS además, el licitante deberá asegurar al menos 936 sesiones anuales por cada máquina, contando con los equipos médicos, y bienes de consumo que se requieren para llevar a cabo las sesiones de hemodiálisis para cubrir las necesidades de las unidades hospitalarias que se adjudiquen.

La unidad de hemodiálisis subrogada deberá ofrecer los siguientes servicios a la persona que acude a las sesiones de hemodiálisis¹⁴⁷: se le deberá colocar un acceso vascular permanente; la transición del acceso vascular temporal a un acceso vascular definitivo, no deberá ser mayor a los tres meses de haber ingresado a la unidad de hemodiálisis subrogada, siendo éste colocado por el proveedor del servicio, el cual deberá atender las complicaciones que se presenten. El prestador será responsable de mantener un acceso vascular funcional y libre de complicaciones médicas, deberá mantener los estudios actualizados para cada paciente¹⁴⁸, así como recibir a las

mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada).

¹⁴⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.

¹⁴⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, Salud ambiental, Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos. Clasificación y especificaciones de manejo.

¹⁴⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, p. 12.

¹⁴⁸ El prestador del servicio deberá presentar copia del contrato de prestación de servicio de laboratorio clínico debidamente firmado y vigente, o en caso de contar con laboratorio propio, copia de la licencia de funcionamiento del laboratorio clínico. También, la unidad de hemodiálisis subrogada debe realizar por cada paciente las siguientes pruebas de laboratorio: en forma mensual se realizan urea, biometría hemática completa, glucosa, creatinina, ácido úrico, electrolitos séricos, y TGO para personas seropositivas para hepatitis B o C; en forma trimestral se realizan cinética de hierro, albúmina y proteínas totales; en forma cuatrimestral se realiza determinación de antígeno y anticuerpo de superficie de la hepatitis B, anticuerpo de la hepatitis C y de manera semestral se realiza colesterol, triglicéridos y VIH.

personas en caso de hemodiálisis de urgencia, los cuales serán remitidos por el Instituto una vez estabilizados hemodinámicamente¹⁴⁹. A partir de su referencia a la unidad de hemodiálisis subrogada serán responsabilidad del prestador de servicio, el cuidado, el mantenimiento y/o recambio del acceso vascular temporal o definitivo y, la atención de las complicaciones que se presenten¹⁵⁰.

Por último, el o la responsable de la unidad de hemodiálisis deberá ser médico (a) especialista en nefrología, con certificado de especialización y cédula profesional, debiendo encontrarse en la unidad de hemodiálisis durante la práctica de la misma. El personal de enfermería con especialidad en nefrología o personal profesional y técnico con capacitación y adiestramiento en hemodiálisis debe demostrar documentalmente haber recibido la especialidad en nefrología o en su caso, haber recibido cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un período mínimo de seis meses, impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada. Además, el servicio deberá contar con al menos una enfermera por cada tres máquinas de hemodiálisis y deberá realizarse vacunación para hepatitis B, así como análisis de sangre para detectar hepatitis B cada seis meses¹⁵¹.

¹⁴⁹ Se debe presentar a la personas que se hemodializarán con los estudios clínicos biometría hemática completa, pruebas de coagulación, química sanguínea, glucosa, urea y creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, calcio, fósforo, TGO, Alanina Aminotransferasa (TGP), proteínas totales, albúmina y placa de tórax. También se solicita panel viral el cual es un estudio clínico que consiste en la detección de hepatitis B, C y VIH; los resultados de dicho estudio se envían en un plazo no mayor a quince días hábiles. (Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, p. 16).

¹⁵⁰ De acuerdo a la Licitación Pública Electrónica Internacional bajo la Cobertura de Tratados para la Contratación Plurianual Abierta del Servicio de Hemodiálisis Subrogada, la unidad de hemodiálisis subrogada debe atender de manera adecuada y oportuna las complicaciones o emergencias propias del procedimiento, utilizando todos los recursos humanos, materiales y equipo que se requiera, hasta conseguir la estabilización del paciente y su traslado a la unidad de adscripción. Se entiende por complicaciones, la hipotensión arterial severa, cardiopatía isquémica aguda, descompensación metabólica aguda, bacteriemia, arritmias cardíacas, enfermedad cerebral vascular en fase de instalación y cualquier otra eventualidad aguda que comprometa la integridad y estabilidad hemodinámica del paciente. También son consideradas las complicaciones del acceso vascular temporal o definitivo que se deriven de la manipulación del catéter, disfunción inherente del catéter y las generadas durante el proceso de hemodiálisis.

¹⁵¹ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, p. 19.

2.2.2. Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico

El proceso que debe seguir una persona con ERC para ser subrogada a una clínica particular es un tanto tedioso y lleno de trámites burocráticos, lo cual entorpece el inicio de la hemodiálisis. El manual de Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención, tiene como objetivo “Establecer las políticas, actividades, los elementos técnicos, médicos y administrativos necesarios para el adecuado desempeño del equipo multidisciplinario que interviene en la atención de los pacientes con insuficiencia renal crónica para su tratamiento que puede ser conservador, de diálisis y trasplante renal”¹⁵².

Como todo procedimiento, el proceso para otorgar el tratamiento dialítico se compone por un grupo de personas que desde el nivel delegacional en el IMSS, en este caso del estado de San Luis Potosí, se encarga de vigilar el cumplimiento del procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico, del análisis de resultados de las supervisiones que se realizan a las áreas que prestan atención en el tratamiento de diálisis, de difundir y vigilar el cumplimiento del manual del procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico, de las estadísticas e información en cuanto a personas que reciben tratamiento dialítico, de dar seguimiento a acciones de mejora de las desviaciones detectadas en las supervisiones, de vigilar la atención oportuna de las personas que requieren tratamiento, de vigilar el comité de terapias sustitutivas de cada unidad hospitalaria de segundo nivel, de vigilar el cumplimiento de contrato locales de servicios subrogados y coordinar las visitas necesarias a los prestadores de servicios subrogados¹⁵³.

En las unidades médicas de atención las áreas administrativas que se encargan de gestionar la atención intra o extramuros de las personas que recibirán tratamiento dialítico o trasplante renal, se conforma por (1) director de unidad médica, quien es el responsable de la difusión, aplicación y supervisión del procedimiento al equipo multidisciplinario e integra el comité de terapias sustitutivas con carácter de obligatorio y permanente para decidir con oportunidad la inclusión, cambios o salidas de las personas que requieren tratamiento, reportara al subdirector

¹⁵² Instituto Mexicano del Seguro Social, “Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención”, 2013, <http://repositopot.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2660-003-057.pdf>, p. 3, consultado el 2 de julio de 2019.

¹⁵³ *Ibid.*, pp. 4-6.

administrativo el incumplimiento de contrato por parte del proveedor del servicio subrogado y supervisará el número de sesiones otorgadas a las personas en la unidad de hemodiálisis subrogada; (2) subdirector médico, quien supervisa la atención brindada por el equipo multidisciplinario, la programación e instalación de accesos vasculares, la cobertura de plantilla y gestión de plazas para cubrir los programas de diálisis y trasplante, los recursos materiales, las decisiones del comité de terapias sustitutivas¹⁵⁴.

También dentro del equipo que se encarga de la gestión del tratamiento dialítico participa el (3) subdirector administrativo que organiza, dirige y evalúa los programas de diálisis y trasplante además que comunica al director de la unidad los resultados obtenidos, supervisa que las personas adscritas al programa de hemodiálisis estén vigentes en derechos para recibir atención médica, gestiona recursos humanos y materiales para la atención y es responsable de tener evidencia de contratos vigentes con proveedores; (4) jefe de servicio de nefrología o medicina interna quien se encarga planear, supervisar y evaluar aspectos médicos y administrativos del tratamiento de dialítico, es responsable del control y uso óptimo y eficiente de equipo y material, supervisa la vigencia de derechos de las personas con ERC, supervisa que personal a su cargo cumplan con las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con tratamiento dialítico y de trasplante, supervisa que la carta de consentimiento informado de ingreso al tratamiento este bien requisitada, coordina las sesiones del comité de terapias sustitutivas y realiza calendario de las sesiones con periodicidad de siete días con carácter de obligatorio y permanente¹⁵⁵ y elabora la minuta correspondiente a cada sesión, supervisará que se cumplan medidas de prevención y control de personas con hepatitis y VIH del programa de diálisis, reportará al subdirector administrativo el incumplimiento de contrato por parte del proveedor de hemodiálisis extramuros¹⁵⁶.

¹⁵⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, pp. 6 y 7.

¹⁵⁵ El comité de terapias dialíticas, se reúne todos los viernes y se encuentra integrado por el jefe de medicina interna, la jefa de enfermeras, trabajo social y médicos nefrólogos, junto con los internos de pregrado que se encuentran rotando por el servicio de nefrología del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1. El comité no siempre se reúne cada semana, y la decisión solo recae en una persona, que es el jefe del área de medicina interna, el cual debe firmar la aprobación de inclusión de la persona en la terapia de hemodiálisis; dicha aprobación puede llevar una o dos semanas, en tanto que la persona con ERC se mantiene a la espera de la decisión, muchas ocasiones internada en el hospital o en su domicilio (Entrevista con trabajador IMSS, 5 de abril de 2019).

¹⁵⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, pp. 8-11.

Dentro del equipo multidisciplinario en el área operativa que participa en la atención médica de las personas que requieren tratamiento dialítico o trasplante participan (1) médico nefrólogo o especialista quien, entre otras cosas, prescribe el tratamiento conservador, dietético y de diálisis, hemodiálisis o trasplante de acuerdo a lo establecido en el procedimiento, guías de práctica clínica y normas oficiales, integra el expediente clínico de la persona que a su juicio requiere tratamiento dialítico, presenta el caso al comité de terapias sustitutivas; (2) jefe de enfermeras, que vigila gestión y abasto de equipo y material, atiende disposiciones sanitarias y recomendaciones de práctica de enfermería y control de calidad de la hemodiálisis, planea supervisa y evalúa aspectos técnicos administrativos del cuidado de enfermería; (3) enfermera jefa de piso, quien se encarga de capacitación del personal de enfermería, solicita y controla insumos, asignan y supervisa enfermeras para que brinden atención a pacientes seropositivos (hepatitis y/o VIH), participa en las sesiones del comité de terapias sustitutivas, verificará que al personal de enfermería responsable de brindar atención en diálisis se le realice cada seis meses estudios de laboratorio para determinación de hepatitis y VIH¹⁵⁷.

Por último, dentro del equipo multidisciplinario participan (4) la enfermera general, que participa en la atención directa de las personas en tratamiento de diálisis o hemodiálisis, manteniendo comunicación estrecha con la jefa inmediata y con el médico tratante, además de mantener en condiciones óptimas el carro de reanimación cardiopulmonar; (5) departamento de nutrición y dietética quien dará seguimiento y supervisara las observaciones que realice el médico tratante respecto a la dieta de la persona con ERC, además de participar con el equipo multidisciplinario en las sesiones del comité de terapias sustitutivas; (6) trabajo social, que participa con el equipo multidisciplinario en la visita conjunta a personas hospitalizadas de los programas de diálisis y trasplante renal y en el comité de terapias sustitutivas, dando a conocer los resultados de su visita domiciliaria y factores de riesgo identificados, además de orientar y dar seguimiento a las personas para contribuir a su incorporación al programa de tratamiento dialítico¹⁵⁸.

¹⁵⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, pp. 12-16.

¹⁵⁸ *Ibid.*, pp. 16-21.

2.2.2.1. Etapa I

Cuando en una persona se sospecha de ERC, las actividades para otorgar el tratamiento dialítico empiezan con la cita de primera vez a medicina interna o a la especialidad de nefrología, en donde es recibido de primera intención por la asistente médica la cual recibe a las personas con respeto y amabilidad, escenario que dista mucho de la realidad; ésta recibe del paciente la cartilla de citas médicas y la solicitud de interconsulta/referencia contrarreferencia¹⁵⁹ que ha sido elaborada previamente por el especialista en medicina familiar, además de corroborar fecha y horario de la cita¹⁶⁰.

Posterior al arribo de la persona citada, la asistente médica le orienta a ella o a su familiar legalmente responsable acerca del consultorio donde se le otorgará la consulta médica; la asistente entrega a la auxiliar de enfermería que se encuentra en el consultorio de especialidades la cartilla de citas médicas, el expediente clínico y la solicitud de interconsulta/referencia contrarreferencia según sea el caso. Antes de ingresar a la consulta, en teoría, la auxiliar de enfermería recibe e identifica a la persona por lo menos con dos identificadores como son el nombre completo y el número de seguridad social, realiza la toma de signos vitales y somatometría para después registrar los datos obtenidos en la hoja de notas médicas¹⁶¹.

Ya en la consulta con él o la especialista, la auxiliar de enfermería debe llamar por su nombre a la persona así como proporcionar orientación y educación para la salud a la persona que asiste y a su familiar. Subsecuente a eso, él o la especialista recibe con amabilidad y respeto a la persona y revisa el expediente clínico así como la solicitud de interconsulta/referencia contrarreferencia. También, realiza interrogatorio y exploración física con valoración integral¹⁶²

¹⁵⁹ Cuando la persona es referida de la especialidad en medicina familiar hacia la especialidad en medicina interna, se utiliza la hoja de Referencia contrarreferencia 4-30-8/98. Cuando es el caso de referencia de la especialidad de medicina interna hacia la especialidad de nefrología, se utiliza la hoja de Solicitud de interconsulta 4-30-200.

¹⁶⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, p. 28.

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 29.

¹⁶² En la experiencia, el contexto a que se refiere el procedimiento difiere mucho de la realidad, pues las consultas son apenas de quince minutos, máximo 20, tiempo en que la enfermera realiza toma de signos vitales y somatometría, pero su papel es fungir como secretaria, ya que es ella quien requisita las solicitudes de laboratorio o de estudios de gabinete y recetas. Por su parte, él o la especialista se limita a revisar el expediente clínico y la solicitud de interconsulta/referencia contrarreferencia y a realizar el interrogatorio, dejando de lado la exploración física, siendo ésta parte importante en el diagnóstico de las enfermedades.

e interpreta los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, estableciendo el o los diagnósticos y el plan terapéutico a seguir y determinado si la persona requiere o no de hospitalización o atención médica de urgencias¹⁶³.

Si la persona no requiere de hospitalización ni atención médica de urgencias, y más bien requiere tratamiento conservador, entonces se elabora la referencia contrarreferencia, en donde se especifica que la persona no requiere integrarse a ningún programa de diálisis y debe continuar con tratamiento conservador. Caso contrario sucede cuando la persona requiere integrarse a programas de diálisis, en donde se elabora la nota médica especificando que la persona requiere integrarse a un programa de diálisis y/o trasplante renal. También, explica de manera clara y sencilla a la persona y a su familiar acerca del diagnóstico de presunción o certeza y el plan de tratamiento que será llevado a cabo, así como ventajas y desventajas de los programas de diálisis peritoneal y hemodiálisis intramuros y extramuros¹⁶⁴; requisita y entrega a la persona la solicitud de exámenes de laboratorio como son antígeno y anticuerpo de superficie de la hepatitis B, anticuerpo de la hepatitis C y VIH, así como estudios de gabinete pertinentes para continuar con el tratamiento¹⁶⁵.

Del mismo modo, cuando una persona requiere integrarse a cualquier programa de diálisis, él o la especialista requisita solicitud de interconsulta/referencia contrarreferencia para valoración social, valoración nutricional o interconsulta con otras especialidades, haciendo entrega a la persona o familiar entrega de dichas solicitudes así como el envío a medicina preventiva para inmunización contra hepatitis B. Todas las actividades y valoraciones del equipo multidisciplinario son simultáneas¹⁶⁶.

En la valoración social se recibe a la persona que va a recibir tratamiento dialítico y a su familiar y se hace hincapié en la importancia de la participación de la familia en el tratamiento y aclara dudas; igualmente, se realiza una visita domiciliaria para verificar condiciones del hogar e identificar la problemática familiar y las redes de apoyo. Se elabora el Estudio Social Médico y se programan visitas domiciliares en caso de ser necesario. La valoración social es realizada por él o la trabajadora social¹⁶⁷. En la valoración nutricional, él o la especialista en nutrición y

¹⁶³ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, p. 30.

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 31.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 32.

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 33.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 34.

dietética se encarga de realizar el procedimiento clínico para personas de consulta de especialidades¹⁶⁸.

De vuelta con él o la especialista, se reciben los resultados de laboratorio, gabinete, estudio social médico, nota de trabajo social, nota de control y notas médicas de otras especialidades y se verifica que la persona haya recibido esquema de inmunización contra hepatitis B. Subsiguiente a esos pasos, se realiza un resumen médico de la persona con ERC para presentarlo al comité de terapias sustitutivas, que a su juicio clínico y de acuerdo a criterios médicos establecerá si la persona es candidata a diálisis peritoneal, hemodiálisis, trasplante o cambio de diálisis a hemodiálisis¹⁶⁹.

2.2.2.2. Etapa II

El comité de terapias sustitutivas se encuentra presidido por la o el director de la unidad hospitalaria y coordinado por la o el jefe del servicio de nefrología o medicina interna, que se encarga de la presentación de los casos para la selección de la terapia de sustitución renal de cada persona. El o la especialista en nefrología o medicina interna, presenta al comité un resumen médico de la persona para su análisis y asignación de tratamiento para los casos de ingreso o cambios de modalidad en tanto que el equipo multidisciplinario se encarga de participar e informar aspectos específicos de cada área para ayudar en la toma de decisiones médicas del comité; el comité emite dictamen de la terapia seleccionada para la persona y elabora una minuta de trabajo¹⁷⁰.

Se transcribe la decisión emitida en la nota médica y se integra en el expediente clínico. Por último, se informa a la persona acerca del resultado del dictamen¹⁷¹ y se envía con la asistente médica de la consulta de especialidades para orden de hospitalización, para la colocación del acceso vascular en el caso de la hemodiálisis¹⁷². Para la hemodiálisis intramuros

¹⁶⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, p. 35.

¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 38.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 39.

¹⁷¹ Cuando se ha aprobado la inclusión de la persona en la hemodiálisis se les solicita, como requisito para ingreso al programa, copias de las carátula de la tarjeta de citas del IMSS, CURP, de credencial de elector tanto de la persona que ingresa al programa como del cuidador o cuidadora, de comprobante de domicilio y acta de nacimiento, registro del beneficiario y documento que avale la afiliación del asegurado y fotografías tamaño infantil (Entrevista con trabajador IMSS, 5 de abril de 2019).

¹⁷² Instituto Mexicano del Seguro Social, *op., cit.*, p. 40.

y para la hemodiálisis extramuros¹⁷³, las actividades son diferentes y se describen a continuación (Cuadro 1).

Cuadro 1
Descripción de actividades del procedimiento para otorgar la terapia de hemodiálisis

Hemodiálisis intramuros¹⁷⁴	Hemodiálisis extramuros¹⁷⁵
La hemodiálisis procede conforme al tratamiento dictaminado por el comité de terapias sustitutivas.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. El o la especialista explica en qué consiste la colocación del acceso vascular y requisita y recaba firmas de la persona con ERC o de su familiar en la carta de consentimiento informado. Luego solicita exámenes de laboratorio. 2. Valora la colocación de acceso vascular temporal o definitivo que se requiera colocar. 3. Si el acceso vascular es temporal, el o la especialista revisa los estudios de laboratorio que solicitó previamente al paciente y realiza la colocación del acceso vascular. Solicita estudios de gabinete para verificar la adecuada colocación e indicar el inicio del tratamiento de hemodiálisis. El acceso temporal tiene un tiempo máximo de permanencia de tres meses. 4. si el acceso vascular es definitivo, el o la especialista en nefrología envía a la persona con ERC a la especialidad de angiología para la colocación quirúrgica del acceso vascular, en donde se recibe a la persona con solicitud de interconsulta, se revisan laboratorios y se informa de manera clara y sencilla acerca de riesgos y beneficios de la cirugía que se va a realizar. Se programa la cirugía, la cual se realizará en la fecha indicada. Ya colocado el acceso vascular definitivo se envía con la o el médico tratante para programar el inicio de la hemodiálisis intra o extramuros. 	
5. La o el médico especialista elabora la nota médica de ingreso al programa de hemodiálisis, se le asigna lugar de hemodiálisis de acuerdo a los resultados de laboratorio y programa semanal de sesiones.	5. La o el médico tratante elabora un resumen médico para trámite de la subrogación de hemodiálisis extramuros y envía y turna al jefe del servicio de medicina interna o nefrología la solicitud ya elaborada para la subrogación de servicios.

¹⁷³ Para el servicio de hemodiálisis extramuros, en este caso IGSA Medical Services SA de CV (IGSA), se requiere la hoja de subrogación, hoja de vigencia de seguro social sellada, laboratorios, panel viral para virus de hepatitis B, C y VIH con no más de tres meses de haberse realizado, electrocardiograma, radiografía de tórax y hoja de indicaciones médicas, así como documentos personales de la persona que va a ser sometida a tratamiento de hemodiálisis. Las personas de los municipios de Matehuala y Rio Verde, San Luis Potosí, que van a ser sometidas a hemodiálisis y se subrogan tienen que realizar el mismo procedimiento, aquí en San Luis Potosí, lo que se traduce en gastos realizados al menos en transporte, pues la distancia en autobús de dichos municipios a la capital del estado es de dos a tres horas. Cuando las personas ya son aceptadas en la clínica IGSA para su sesión de hemodiálisis, deben realizar un trámite extra para poder continuar con el tratamiento, el cual consiste en reunir cinco sellos de aprobación por parte del servicio de nefrología, jefatura de medicina interna, administración y dirección del hospital, así como el sello de vigencia de seguridad social. Dicho trámite se debe realizar dentro de los primeros cinco días de cada mes, puesto que si no se realiza dicho procedimiento, entonces la persona no tiene derecho a recibir la sesión de hemodiálisis (Entrevista con trabajador IMSS, 5 de abril de 2019).

¹⁷⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op., cit.*, pp. 53-61

¹⁷⁵ *Ibid.*, pp. 62-65.

	<p>6. El jefe del servicio de medicina interna o nefrología recibe la solicitud y continúa el trámite de la subrogación para la hemodiálisis.</p> <p>7. Se notifica y entrega a la persona o a su familiar la solicitud de subrogación de servicios de la unidad subrogada que le proporcionará el servicio.</p>
--	--

Como criterios de inclusión al programa de hemodiálisis se encuentran la aceptación del tratamiento mediante carta de consentimiento informado con firma autógrafa por el paciente, familiar o persona legalmente responsable y dos testigos, función renal disminuida de acuerdo a resultados de depuración de creatinina, acceso vascular funcional, personas con contraindicaciones para la diálisis peritoneal¹⁷⁶, pérdida de cavidad abdominal, peritonitis en tratamiento, trastornos de la columna dorso-lumbar no corregibles y personas en espera de trasplante renal que cuente con donador vivo en protocolo de estudio vigente. Si la persona se encuentra en algún programa de diálisis peritoneal y en estado de salud adecuado es recomendable no cambiar de modalidad¹⁷⁷.

¹⁷⁶ Se consideran contraindicaciones para la diálisis peritoneal los procesos infecciosos extensos de la pared abdominal, problemas de coagulación transitorios, cirugía abdominal reciente, desnutrición clínica grave (Instituto Mexicano del Seguro Social, “Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención”, 2013, <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2660-003-057.pdf>, p. 93, consultado el 2 de julio de 2019).

¹⁷⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social, *op. cit.*, p. 93.

CAPÍTULO TERCERO

MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD: EL ESTADO, LA INICIATIVA PRIVADA Y EL EJERCICIO DE PODER EN LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

3.1. El antes de la medicina social: individualización y disciplina

El modelo económico neoliberal, ha constituido el camino del sistema de salud en México y la manera en cómo se garantiza y se efectiviza el derecho a la salud. Dentro de éste modelo la persona, sana y enferma, se ha convertido en un cliente que satisface la acumulación de capital lo cual se ve favorecido por el Estado, que se mantiene como regulador en los inicios del neoliberalismo y después como modulador en el caso particular del Pluralismo Estructurado; éstas prácticas neoliberales reivindican el individualismo, el mercado y la expansión de la propiedad privada, dejando en el camino los intereses colectivos.

Estos modos individualizantes se han venido ejerciendo con anterioridad, y son el semillero de condiciones en salud que se viven en la actualidad, es decir, no es una cuestión dada de una vez y por todas, sino que son prácticas que se han dado de a poco desde el siglo XVII. El soberano, esa figura individual, poderosa, era quien tenía el poder de **hacer morir y dejar vivir**: el monarca tenía derecho sobre la vida y la muerte de las personas y, dadas las circunstancias, ambas cuestiones no eran ya fenómenos naturales, sino técnicas de poder centradas en el cuerpo, en la individualidad; sucesos perpetrados por individuos sobre individuos¹⁷⁸. El hospital no era un lugar para tratar las enfermedades o para preservar la salud, sino que era un lugar para ir a morir, un instrumento de exclusión del que se encontraba ausente la función médica; la medicina era individualista ya que el médico no ejercía propiamente en la sociedad, en el hospital¹⁷⁹.

Ya en el siglo XVIII, la medicina deja de situarse en la enfermedad, dejando el campo clínico para convertirse en social, por lo que el médico es una autoridad que puede tomar decisiones dentro de la sociedad, convirtiéndose todo el entorno en objeto de estudio de la medicina y definiéndose la Medicina de Estado, siendo su máxima expresión la introducción

¹⁷⁸ FOUCAULT, Michel, *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France 1975-1976*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2000, p. 219.

¹⁷⁹ FOUCAULT, Michel, “Incorporación del hospital en la tecnología moderna”, *Educación médica y salud*, 1978, núm. 1, p. 23.

del hospital, como aparato de medicalización colectiva, y la introducción de dispositivos de administración médica, que dieron origen a algo nuevo: la Disciplina¹⁸⁰.

La garantía en salud se realizaba con la finalidad de mantener sano al ejército; a los soldados no se les podía dejar morir, entonces la función del hospital era evitar la deserción, ya que su entrenamiento había implicado un valor monetario por lo cual había que curarlos para que no fallecieran por las enfermedades adquiridas. Además, había que evitar que una vez restablecidos fingieran estar todavía enfermos para permanecer en cama¹⁸¹. Aparece la figura del médico y la Disciplina, que se encarga de colocar a cada quien en su lugar, es decir, aparecen técnicas de distribución espacial de los cuerpos individuales: los separan, los alinean, los alienan, se colocan en serie y bajo vigilancia¹⁸². Ésta figura, la de la Disciplina, no desaparece, sino que se complementa con la figura del Biopoder que nace en el siglo XIX.

Las visitas del médico se limitaban a una vez por día, luego se crearon reglamentos que especificaban una visita más por la noche, y por último se estableció que un médico debía residir en el hospital a fin de que pudiera acudir ante el llamado, a cualquier hora en caso de ser necesario. La misma situación cursaron las enfermeras, los alumnos, los ayudantes; la enfermera durante la visita del médico debía estar en la puerta con un cuaderno en la mano y el paciente debía portar en su muñeca una pulsera de identificación y una ficha en su cabecera donde se encuentra escrito su nombre, su afección, el médico tratante, la especialidad que trata su padecimiento¹⁸³.

El panorama no ha cambiado mucho ahora, más bien se han disciplinado más campos: los procedimientos médicos ahora forman parte de algoritmos, el horario de visita familiar y la posición del mismo a un costado de la cama del enfermo cuando se encuentra cuidándolo; el familiar se ha convertido en una parte más de la Disciplina hospitalaria.

¹⁸⁰ FOUCAULT, Michel, “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, *Educación médica y salud*, 1976, núm. 2, p. 162.

¹⁸¹ FOUCAULT, Michel, “Incorporación del hospital en la tecnología moderna”, *Educación médica y salud*, 1978, núm. 1, p. 26.

¹⁸² FOUCAULT, Michel, *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France 1975-1976*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2000, p. 219.

¹⁸³ FOUCAULT, Michel, “Incorporación del hospital en la tecnología moderna”, *Educación médica y salud*, 1978, núm. 1, p. 32.

3.2. Plan Beveridge y Estado de Bienestar: Biopolítica, Biopoder y seguridad social

La medicina de la segunda mitad del siglo XVIII transcurrió de la Disciplina a la Biopolítica, pero este cambio no sustituye la figura de la Disciplina, sino que se va configurando, como se menciona previamente, hasta llegar a la figura del Biopoder. El trayecto hacia la Biopolítica se da cuando el ejercicio de poder ya no se da en el cuerpo, sino que es masificado, tiene un asidero colectivo. La función del Estado sigue siendo garantizar la salud física de la ciudadanía a fin de asegurar la capacidad de trabajo; “La medicina que se forma en el Siglo XVIII es una medicina tanto del individuo como de la población¹⁸⁴”.

Durante esta centuria, el interés se centra en mediciones estadísticas, las previsiones, la vigilancia epidemiológica y se interviene en mecanismos globales para obtener resultados globales, por lo que se hace preciso disminuir la morbilidad y permitir **hacer vivir antes que dejar morir**, asegurando la Regularización en la población y continuando la Disciplina en los cuerpos¹⁸⁵. La Regularización da paso a la Medicina Laboral, que es el cimiento del Plan Beveridge del cual Foucault refiere que fue creado después de la Segunda Guerra Mundial con la finalidad de que el Estado se hiciera cargo de la salud, del buen estado de salud de la población, es así que en el siglo XIX se invierten los términos, pasando del “[...] individuo en buena salud para el Estado” por el del “Estado para el individuo en buena salud”¹⁸⁶.

Ya en el siglo XIX, la ciudadanía tenía la responsabilidad individual de cuidar de su salud, para que este proceso fuera repetido por su descendencia y así continuar garantizando la sobrevivencia, el trabajo y la producción pero sobre todo, para garantizar la salud de la población más privilegiada, pues si las clases necesitadas no enfermaban, la posibilidad de que se suscitara una epidemia era menor¹⁸⁷; no desapareció el Estado en cuanto a disciplinar los cuerpos dentro del hospital, sino que la disciplina se torna más sutil, al tiempo que se distribuye en otros ámbitos

¹⁸⁴ FOUCAULT, Michel, “Incorporación del hospital en la tecnología moderna”, *Educación médica y salud*, 1978, núm. 1, p. 33.

¹⁸⁵ FOUCAULT, Michel, *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France 1975-1976*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2000, p. 219.

¹⁸⁶ FOUCAULT, Michel, “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, *Educación médica y salud*, 1976, núm. 2, p. 153.

¹⁸⁷ FOUCAULT, Michel, “Historia de la medicalización”, *Educación médica y salud*, 1977, núm. 1, p. 21.

donde el cuerpo requiere ser sometido, como la creación de ahorros individuales y colectivos, de seguridad, entre otros.

La Medicina Laboral permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos que son: la medicina asistencial dirigida a los más pobres, la medicina administrativa encargada de los problemas generales como la cuestión de la vacunación y la medicina privada que beneficia a las personas que tienen medios para pagarla¹⁸⁸; todo controlado de manera global para satisfacer el hacer vivir y convertir el dejar morir en una “descalificación progresiva de la muerte”¹⁸⁹. El papel que daba poder al soberano al momento de **hacer morir**, ahora ya no existe, pues ese poder es del Estado que **hace vivir**, mediante la implementación de prácticas que disminuyen la morbilidad. Ese poder del **hacer vivir** sobre la población se llama Biopoder¹⁹⁰.

Hacia el siglo XX y con asidero en el control de la vida por parte del Estado, William Beveridge propuso en 1942 un modelo de Estado de Bienestar en donde, como su nombre lo dice, el Estado se responsabiliza de la seguridad social de los miembros de la sociedad a través de un plan íntegro denominado *desde la cuna hasta la tumba*, el cual posee ciertas particularidades como lo son (1) el descansar sobre recursos procedentes de los Presupuestos Generales del Estado, (2) cotizaciones uniformes de los asegurados para prestaciones económicas uniformes, (3) seguridad social voluntaria, concibiéndola obligatoria, como nivel de subsistencia, (4) universalización de la cobertura, de forma que cubre a toda la población con derecho protegible en virtud del simple título de ciudadano, (5) tendencia de que una única cotización cubra en unidad de acto todos los riesgos y (6) administración y gestión unificada y pública del sistema¹⁹¹.

El Plan Beveridge, contemplaba la prestación a todos los ciudadanos de tratamiento médico completo, con todo lo que se requiriera, así como tratamiento postmédico de convalecencia y restablecimiento en la aptitud para el trabajo a fin de conservar la salud y

¹⁸⁸ FOUCAULT, Michel, “Historia de la medicalización”, *Educación médica y salud*, 1977, núm. 1, p. 23.

¹⁸⁹ FOUCAULT, Michel, *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France 1975-1976*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2000, p. 224.

¹⁹⁰ Foucault considera que un fenómeno fundamental del siglo XIX es la “consideración de la vida por parte del poder”, o lo que él llama Biopolítica, que es un “ejercicio del poder sobre el hombre en cuanto ser viviente, una especie de estatización de lo biológico” (FOUCAULT, Michel, *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France 1975-1976*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2000, p. 217).

¹⁹¹ ALEMÁN DÍAZ, G. y MORALES ORTEGA, R., *op. cit.*, p. 54.

preservar la vida. Sin embargo, la prestación no es gratuita sino que, como se mencionó con anterioridad, el trabajador se encuentra obligado a comprar este derecho con la venta de su fuerza de trabajo y el Estado se configura como administrador de la seguridad social que se encarga de mantener el buen nivel de salud; no se puede, hasta la actualidad, prescindir del Estado en la obra de prestar asistencia directa a las personas necesitadas¹⁹², con la finalidad de perpetuar la vida para satisfacer la producción y garantizar la subsistencia de la población privilegiada.

Ahora bien, el hecho de que el Estado debiera prestar asistencia directa a las personas, no significaba que las personas no pudieran pagar un servicio privado, antes bien, si se deseaba y se tenían los medios posibles para pagar por la medicina privada, se podía hacer, ya que eso también ayudaba a mantener el ejercicio libre de la medicina¹⁹³, pues el plan ideal de seguridad social es aquel que comprende un servicio de salubridad que asegure todos los tratamientos preventivos y curativos para toda la ciudadanía sin distinción alguna, sin barreras económicas que entorpezcan la forma de recibir atención¹⁹⁴.

Es así que con la implementación del Plan Beveridge, la salud entra en la economía pues ya no es el Estado solamente el que se encarga de cubrir esos gastos sino que se ha convertido en un desembolso por parte de las y los trabajadores, convirtiéndose en una especie de cooperación entre Estado y trabajador, no olvidando que si se pagan las cuotas es como se reciben los beneficios. Empero, finalmente es la clase trabajadora, la colectividad, la que entra de manera directa en la economía de la salud, pues el Estado hace sus aportaciones a partir de los impuestos que el trabajador le paga y el patrón aporta a partir de las ganancias que le genera el trabajo del obrero; el cuerpo se convierte “[...] en uno de los principales objetivos de la intervención del Estado, uno de los grandes objetos de los que el propio Estado debe hacerse cargo”¹⁹⁵, y en uno de los objetos de los cuales la clase privilegiada se satisface.

¹⁹² BEVERIDGE, William, *El seguro social y sus servicios conexos*, trads. C. Palomar y P. Zuluaga, México, Jus, 1946, p. 21.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 88.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 91.

¹⁹⁵ FOUCAULT, Michel, “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, *Educación médica y salud*, 1976, núm. 2, p. 154.

3.3. Consenso de Washington: transferencia de poder y privatización de la salud

El Estado administrador de la vida requería, además de las contribuciones obreras productos de la mano de obra, asirse de un sostén económico para poder sustentar la seguridad social en un periodo posguerra; este sostén consistía en la creación de un banco mundial que ofreciese créditos amplios a los países que lo necesitaran, para así mantener la salud y seguir garantizando el trabajo y la producción. Es así que surgen los Acuerdos Bretton Woods en la década de 1940, los cuales parten de tres condiciones: desarrollo, estabilidad financiera internacional y liberalización del comercio¹⁹⁶.

Se propuso, por parte del bloque británico, la creación de un banco internacional pero con un toque estadounidense, es decir, que el banco internacional debía tener ciertas restricciones en sus préstamos, estableciéndose el dólar estadounidense como patrón de cambio debido a la fuerza política y económica que Estados Unidos había adquirido al término de la Segunda Guerra Mundial¹⁹⁷. Es entonces que los Estados, si bien ya iban perdiendo espacio en su propio terreno respecto a la administración de sus instituciones establecidas estas como dispositivos de control y disciplina, reducen su papel de intervención y dan paso a ajustes macroeconómicos que garantizan el libre mercado y la intervención de las empresas con mayor enjundia.

De los Acuerdos de Bretton Woods, nació el Banco Mundial, en 1944, con el propósito de apoyar en la reconstrucción de los países afectados por la guerra y ayudar al desarrollo de países subdesarrollados; el Fondo Monetario Internacional, estableció las normas del sistema monetario internacional, siempre en relación con el oro o con el dólar estadounidense¹⁹⁸. A principios de 1950 se iniciaron negociaciones arancelarias con la finalidad de reducir las barreras existentes en las exportaciones; a estas negociaciones se adhirieron algunos países latinoamericanos con la creencia de que la apertura hacia el exterior traería grandes beneficios¹⁹⁹ y así fue, pero por corto tiempo. Como solución a la situación de crisis que se estaba viviendo, en 1989 se formuló el Consenso de Washington, para remediar los problemas generados por la

¹⁹⁶ MARTÍNEZ RANGEL, Rubí y SOTO REYES-GARMENDIA, Ernesto, “El Consenso de Washington: la instauración de políticas neoliberales en América Latina”, *Política y Cultura*, 2012, núm 37, p. 36.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 37.

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 60.

¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 38.

crisis de la deuda en América Latina. Las reformas políticas económicas del Consenso²⁰⁰, se basan en la apertura del mercado entre países desarrollados y países en vías de desarrollo, acompañado de disciplina macroeconómica que proporciona una utópica estabilidad económica; el sector privado juega un papel esencial en el crecimiento económico, puesto que los recursos para fortalecer la economía de los Estados iban a provenir tanto de ese sector, como de organismos internacionales²⁰¹.

En los albores de la década de 1990, como parte de las medidas adoptadas a partir del Consenso, los países latinoamericanos abrieron el comercio al exterior y vendieron empresas del Estado. Entonces empezó a darse el crecimiento económico y la instauración del neoliberalismo a partir de las reformas de política económica, que ayudarían a equilibrar el presupuesto del Estado, a lograr la apertura económica mediante políticas orientadas al exterior, a sanear las finanzas públicas, a abolir regulaciones que impedían la entrada de empresas nuevas y restringían la competencia y a la creación de un sistema legal eficiente para el sector privado, reduciendo así la intervención del Estado a la provisión de servicios públicos básicos²⁰².

Para el Consenso de Washington, el sector privado es quien mejor gestiona los recursos, por lo que los países deben reducir la participación del Estado al mínimo, dejando en manos de la iniciativa privada “[...] la mayor parte de su gestión aun cuando se trate de servicios universales (como el acceso al agua potable o a la electricidad). El Estado debe ser un mero facilitador de los negocios del sector privado (estabilidad), un regulador ocasional de los excesos del mercado (programas de alivio de la pobreza y protección del medio ambiente) y un garante

²⁰⁰ Dentro de las reformas de política económica se encuentran (1) la disciplina fiscal, mediante la ordenación de prioridades en el gasto público, (2) la reordenación de prioridades de gasto público para disminuir subsidios del Estado y permitir inversión privada en rubros como el de la salud, (3) la reforma fiscal para ampliar la recaudación tributaria y disminuir el gasto público, (4) privatización de las empresas estatales para aliviar el presupuesto del gobierno, (5) liberalización del comercio con flexibilidad arancelaria, (6) liberalización de inversión extranjera con disminución de barreras arancelarias y legales, (7) liberalización financiera con intereses determinados por el mercado para aumentar la inversión extranjera, (8) desregulación, vinculada a la privatización de paraestatales mediante la modificación de leyes, (9) tipo de cambio competitivo que brinde seguridad de inversión y (10) seguridad jurídica en derechos de propiedad como requisito para la operación eficiente del capital extranjero (MARTÍNEZ RANGEL, Rubí y SOTO REYES-GARMENDIA, Ernesto, “El Consenso de Washington: la instauración de políticas neoliberales en América Latina”, *Política y Cultura*, 2012, núm. 37, pp. 51 y 52).

²⁰¹ MARTÍNEZ RANGEL, R. y SOTO REYES-GARMENDIA, E., art. cit., p. 43.

²⁰² *Ibid.*, p. 46.

de la paz social (gobernanza)”²⁰³. En la lógica del Consenso, si la economía de un país subdesarrollado se abre al extranjero, entonces el país escala hacia la tecnología que le ha estado vedada; las negociaciones entre países desarrollados y subdesarrollados desencadenarían “cascadas de riqueza”²⁰⁴ hacia los países menos favorecidos.

Si seguimos en la lógica de la Biopolítica y el Biopoder, pero a partir del modelo neoliberal, tenemos que en un nivel local (Biopolítica) es el Estado quien se encarga de la serie cuerpo-organismo-disciplina-instituciones y la iniciativa privada, con las reformas propuestas por el Consenso, se encarga a nivel global de la serie población-procesos biológicos-mecanismos regularizadores-Estado²⁰⁵, es decir, ya no es el Estado el que **hace vivir y deja morir** sino que el poder se ha transferido y el Estado e instituciones reguladoras alinean, alienan, separan y vigilan los cuerpos pero a partir de la instauración y fortalecimiento del modelo neoliberal en salud, condenando, de alguna manera, ciertas enfermedades como la ERC ya que se impone un modelo de tratamiento hegemónico en donde las personas no tienen poder de elección sobre su tratamiento y este es impuesto a partir de lógicas mercantilistas que implican ahorro para el Estado y mayor intervención de la iniciativa privada; este tema se verá más adelante.

Ahora bien, con el poder transferido hacia la iniciativa privada y con una menor intervención del Estado, las reformas del Consenso afectaron a ultranza al sector salud en México puesto que, por ejemplo, la Reforma fiscal redujo la inversión en gasto social; los Programas Nacionales de Salud de los sexenios de 1982 al 2000, destacaban la necesidad de ampliar la cobertura en salud, dando prioridad a los sectores rurales más desprotegidos, poniendo énfasis en acciones preventivas, a partir de la responsabilidad individual en sujetos singularizados, brindando servicios oportunos y equitativos en la prestación de atención en salud. Disminuyó el Producto Interno Bruto (PIB) asignado a salud, de un 2.5% a un 1.3% en el periodo de 1980 a 1988; en el sexenio de Salinas de Gortari aumentó un 0.4%²⁰⁶, lo cual continúa propiciando la inversión de la iniciativa privada. Disciplina sobre los cuerpos, Regularización y ejercicio de poder de la iniciativa privada sobre la población.

²⁰³ MARTÍNEZ RANGEL, R. y SOTO REYES-GARMENDIA, E., art. cit., p. 46.

²⁰⁴ *Ibid.*, p. 49.

²⁰⁵ FOUCAULT, Michel, *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France 1975-1976*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2000, p. 225.

²⁰⁶ LÓPEZ ARELLANO, O. y BLANCO GIL, J., art. cit., p. 50.

Para el año 2014, en el mundo el PIB destinado a salud se encontraba en un promedio de 6.0%, en América Latina y en el Caribe se encontraba en un promedio de 3.8%; México destinaba 3.3% de su PIB para este rubro, mientras que Cuba lo hacía en un 10.6%, siendo el 5° país que más invierte en salud, por arriba de países como Suecia, Países Bajos, Dinamarca y Estados Unidos²⁰⁷; países como Colombia y México, siguen recurriendo a la prestación de servicios privados para asegurar la salud. Si bien las reformas del Consenso solo se trataban de meras recomendaciones, que ningún país estaba obligado a seguir, hoy en día se puede ver que aunque fue un éxito para la inversión de empresas extranjeras, países como México no lograron el auge económico que prometían dichas reformas.

3.3.1. Invertir en Salud: un informe del Banco Mundial

Si bien el Consenso de Washington surgió como una mera recomendación, y no como una ley que debían ser acatada, se convirtió en un hecho pues, en 1993, el Banco Mundial emitió un Informe sobre el Desarrollo Mundial titulado *Invertir en Salud*, en el cual se examinó la relación entre salud, políticas sanitarias y desarrollo económico y se propuso un enfoque triple en las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de salud de los países en desarrollo: primero, el gobierno debía fomentar un entorno económico que permitiera a las familias mejorar su nivel de salud; segundo, el gasto social en salud debía orientarse hacia reformas que contribuyeran a ayudar a las y los pobres, es decir, reorientar los esfuerzos hacia el primer nivel de atención, situándose en el autocuidado y la responsabilidad individual; tercero, los gobiernos debían facilitar la competencia en el financiamiento y la prestación en los servicios de salud, por medio de la privatización²⁰⁸.

Si el gobierno disminuía el gasto social en segundo y tercer nivel de atención y se orientaba a primer nivel, entonces debía favorecer el ingreso de las empresas para que estas compensaran las necesidades de atención en salud por medio de financiamiento privado a través de los seguros; lo anterior redujo la participación del Estado a mero regulador del mercado, en

²⁰⁷ Banco Mundial, “Gasto en salud, sector público. % del PIB”, 2014, https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS?end=2014&start=1995&year_high_desc=true, consultado el 28 de abril de 2019.

²⁰⁸ Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*, Washington D.C., Banco Mundial, 1993, Prefacio.

otras palabras, “La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios...”²⁰⁹. Con lo anterior, se buscaba como resultado contener costos y aumentar el grado de satisfacción de las y los consumidores.

El informe *Invertir en Salud* de 1993, detalla que los sistemas de salud en el mundo tienen problemas que no ayudan al desarrollo de un nivel de salud más alto, entre los que se encuentran (1) la asignación equivocada de recursos, en donde se gastan fondos públicos en intervenciones de salud con poca eficacia, como son las cirugías en casos de cáncer, (2) desigualdad en función de que los pobres tienen un acceso limitado a servicios básicos de salud y por tanto el gasto social en salud beneficia a personas con mejor situación económica, en hospitales estatales de tercer nivel, (3) ineficiencia, pues el dinero que se gasta en salud se despilfarra en productos farmacéuticos de marcas registradas, en camas que no se utilizan y en auxiliares de salud mal distribuidos y mal supervisados y (4) explosión de los costos, ya que los gastos en asistencia sanitaria aumentan con rapidez; el aumento del costo es producto del aumento en médicos especialistas, nuevas tecnologías médicas y seguros médicos con el sistema de pago de honorarios²¹⁰.

En conjunto, el informe encontró que en la socialización de los cuerpos como parte de la medicina, también existe daño individual; las lesiones a la salud de las personas se deben a transformaciones socioeconómicas o lo que se llama *Iatrogenesis Social*, que se presenta cuando el cuidado de la salud se ha convertido en un ejercicio estandarizado y en un artículo de consumo en donde el sufrimiento de las personas se ha hospitalizado y los hogares se han vuelto inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte. Se informó también que en países de ingreso bajo, los hospitales y clínicas del Estado, eran “[...] ineficientes y adolecen de procesos decisivos sumamente centralizados”²¹¹, y que los servicios privados a cargo de organizaciones no gubernamentales resultaban ser más eficientes; la población pobre se veía afectada en cuestiones de salud, pues el gasto público, como se había mencionado, era destinado hacia

²⁰⁹ Banco Mundial, *op. cit.*, prefacio.

²¹⁰ *Ibid.*, pp. 3 y 4.

²¹¹ *Ibid.*, p. 4.

servicios hospitalarios de alto costo beneficiando a grupos urbanos en mejor situación económica²¹²; dicho de otra manera, la medicina encontró la economía en la salud la cual se convirtió en el deseo de muchas personas y en un beneficio económico para una minoría. Se encontró pues, que la salud se ha transformado en objeto de consumo producido por los laboratorios, farmacéuticas e instituciones de salud privadas, se ha introducido en el mercado y ha llegado para quedarse pues las personas no tienen un asidero que no haya sido medicalizado y mercantilizado. Entonces “[...] el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico en cuanto es susceptible a las enfermedades y a la salud”²¹³, pero el consumo médico no garantiza el nivel de salud.

También se enunció que en los países de ingreso mediano, como los pertenecientes a América Latina, el gobierno solo subvencionaba seguros para la fuerza laboral, como es el caso de los seguros sociales, que dependen de la fuerza de trabajo de los obreros y sus aportaciones, mientras las personas pobres dependían de pago de su propio bolsillo y de servicios públicos inaccesibles para ellas; la calidad del servicio era deficiente, los medicamentos y equipos escaseaban, el tiempo de espera de las y los pacientes era largo, y las consultas breves, eran comunes los diagnósticos equivocados y los tratamientos inadecuados²¹⁴.

Por lo encontrado en el informe anterior, las reformas en salud que los países debían implementar incluían tres principios: (1) el gobierno debía alentar acciones que beneficiaran a la población, como son las campañas de inmunización o el combate al dengue, (2) financiamiento por parte del sector público a servicios clínicos esenciales²¹⁵, para aliviar la pobreza mediante la prestación de servicios de salud públicos de forma gratuita, (3) el gobierno debía desempeñar su función en la reglamentación de los seguros médicos ofrecidos por el sector privado o en la disposición de alternativas en los seguros sociales a fin de asegurar una cobertura amplia en la población, a un bajo costo²¹⁶.

²¹² Banco Mundial, *op. cit.*, p. 4

²¹³ FOUCAULT, Michel, “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, *Educación médica y salud*, 1976, núm. 2, p. 166.

²¹⁴ Banco Mundial, *op. cit.*, p. 4.

²¹⁵ Los servicios clínicos esenciales deben incluir cinco grupos de intervenciones: (1) servicios para garantizar la asistencia en relación con el embarazo, desde el periodo prenatal hasta el posparto, (2) servicios de planificación familiar, (3) lucha contra la tuberculosis, (4) lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y (5) tratamiento de las enfermedades comunes graves en niños pequeños como son las diarreas, infecciones respiratorias agudas y malnutrición. (Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*, Washington D.C., Banco Mundial, 1993, p. 10).

²¹⁶ Banco Mundial, *op. cit.*, p. 5.

Ahora, la propuesta acerca de que el Estado debe desempeñar la función de reglamentación, también incluye que deben fomentar la competencia y la diversidad de empresas privadas a fin de reducir los costos y mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, como es el caso de los medicamentos, materiales y equipos. En los casos de que fuera factible, la competencia y la diversidad empresarial podrían incluir la prestación de servicios de salud por parte del sector privado financiado con recursos públicos o mediante los seguros sociales, también llamado subcontratación de servicios o subrogación, con la debida reglamentación oficial²¹⁷.

Esta propuesta circunscribía también la erradicación de obstáculos legales que enfrentaba el sector privado, así como la tendencia a recetar demasiados medicamentos, solicitar pruebas de diagnóstico y procedimientos excesivos, para disminuir gastos en el sector salud público. La solución a esta problemática era pasar del sistema de honorarios a un sistema de cobertura por anticipado, en donde el gobierno debía vigilar la acreditación de hospitales, laboratorios y clínicas y fijar normas para los medicamentos²¹⁸. De acuerdo al informe la adopción por parte de los gobiernos de países en desarrollo de las principales recomendaciones sobre política sanitaria, mejoraría enormemente las condiciones de salud de la población, en especial de la población en condiciones de pobreza; podrían salvarse muchas vidas y ahorrarse muchos dólares, pues la implementación de estas medidas ayudaría a controlar el gasto en salud²¹⁹.

La adopción de las recomendaciones emitidas por el Banco Mundial, es a lo que llama Foucault Economía de la Salud, es decir, “[...] la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas”²²⁰, en donde al final los que obtienen el mayor lucro de la salud son las grandes empresas farmacéuticas, pues estas se encuentran sostenidas por el financiamiento colectivo de la salud y la enfermedad por medio de instituciones de seguridad social que obtienen los fondos de las personas que obligatoriamente deben protegerse de enfermedades y riesgos. Si esta situación no es percibida por los asegurados, no hay por qué preocuparse pues los médicos la conocen muy bien, ya que ellos se han convertido en intermediarios automáticos entre la

²¹⁷ Banco Mundial, *op. cit.*, p. 7.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 13.

²¹⁹ *Ibid.*, p. 13.

²²⁰ FOUCAULT, Michel, “Historia de la medicalización”, *Educación médica y salud*, 1977, núm. 1, p. 4.

industria farmacéutica y la demanda del cliente; se han convertido en distribuidores de medicamentos y medicación²²¹, en centinelas de la iniciativa privada.

De acuerdo con Illich, el sistema de asistencia médica ha servido de conducto para la transferencia del poder médico, el cual ha pasado a ellos desde la mayoría de las personas que paga sus impuestos, dejando el poder en individuos que han sido seleccionados a causa de su dinero, su educación y sus lazos familiares²²². Sin embargo, en nuestros días, más bien el poder ha sido transmitido desde el Estado y las instituciones a la iniciativa privada, convirtiéndose los médicos en el conducto para la transferencia de ese poder, pues son ellos quienes determinan tal o cual tratamiento debe ser seguido y en qué instituciones debe ser tratado.

3.3.2. Pluralismo Estructurado

Como resultado de las medidas sugeridas desde el Consenso de Washington en 1989 y por el Banco Mundial a través del informe *Invertir en Salud* en 1993, en 1997 Juan Luis Londoño y Julio Frenk Mora propusieron un modelo llamado Pluralismo Estructurado que tenía como objetivo la aplicación correcta del gasto público. El Consenso propuso medidas que debían adoptar los países para disminuir el gasto social mediante disciplina fiscal, ampliación de recaudación tributaria y liberalización de inversión financiera a través de modificación de leyes para el fomento de la privatización de las instituciones paraestatales; en tanto que el Banco Mundial mediante el informe *Invertir en Salud* propuso mejorar el nivel de salud de las familias a partir de la reorientación del gasto público hacia reformas de prevención en salud que contribuyeran a ayudar a las personas pobres, dejando la carga de nivel curativo y de rehabilitación a la iniciativa privada.

Ahora, con el modelo de Pluralismo Estructurado, se propone cómo debe aplicarse correctamente el gasto público y qué debe hacer el Estado para favorecer la intervención de la iniciativa privada. Primero, este modelo sistemático analiza cada elemento del sistema de salud en América Latina, y al mismo tiempo es sistémico pues considera todo el sistema de salud. El modelo sustenta que el Estado debe ser el responsable de la modulación, no de la regulación

²²¹ FOUCAULT, Michel, “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, *Educación médica y salud*, 1976, núm. 2, p. 167.

²²² ILLICH, I., *op. cit.*, p. 578.

únicamente, del sistema de salud, en tanto que el aseguramiento y la prestación de servicios deben estar a cargo tanto del sector privado como de entidades públicas que actuarán en el contexto de la competencia regulada²²³.

Para cuando se propuso el modelo, Londoño y Frenk encontraban un panorama intrincado para los sistemas de salud de América Latina, pues sostenían que la población enfrentaba retos acumulados desde tiempo atrás como lo eran la desnutrición, problemas de salud reproductiva, inequidad y una brecha en salud importante, cuestiones propias de la Iatrogenesis Social en donde las lesiones a la salud se deben a la socialización de los cuerpos y a los cambios socioeconómicos, además que encaraba retos emergentes como las enfermedades no transmisibles y cambios en la demanda de los servicios de salud. Las instituciones de salud enfrentaban desafíos como cobertura insuficiente, calidad técnica pobre, ineficiencia en la asignación de recursos y administración deficiente, escalada de costos, insatisfacción de consumidores, gerencia deficiente del sistema y fragmentación del mismo, lo que implicaba un desequilibrio importante en el gasto público²²⁴.

El Pluralismo Estructurado abordó el tema de las cuatro funciones cruciales en cualquier sistema de salud, que son el financiamiento y la prestación, que se refieren a la movilización de dinero desde fuentes primarias como son hogares y empresas, fuentes secundarias como es el gobierno y que son utilizados en un proceso de producción ocurrido en una estructura organizacional que conduce a productos como son los servicios de salud que generan un resultado, reflejado en el estado de salud de las y los usuarios. La función de modulación implica el establecimiento, la implantación, monitoreo y dirección estratégica de las reglas que se van a ejecutar en el sistema de salud; la articulación es la bisagra entre el financiamiento y la prestación, y permite que los recursos financieros fluyan hacia la producción y consumo de atención en salud²²⁵. Dentro del Pluralismo Estructurado, se analizan los diferentes sistemas de salud en América Latina²²⁶ y cómo estos repercuten en la integración de funciones

²²³ LONDOÑO Juan Luis y FRENK MORA Julio, *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1997, p. 3.

²²⁴ *Ibid.*, pp. 4 y 6.

²²⁵ *Ibid.*, p. 8.

²²⁶ Los sistemas de salud que prevalecen en América Latina son (1) modelo público unificado, en donde el Estado financia y suministra los servicios de salud de manera directa, excluyendo la elección del consumidor en cuanto a prestadores del servicio, es el caso de Cuba; (2), modelo de contrato público, en el cual la prestación del servicio se define de acuerdo al financiamiento. Existe presupuesto público que

institucionales y la integración de las poblaciones. Con base en ello, se propuso un equilibrio en donde se evitara el monopolio por parte del Estado y la atomización de la iniciativa privada para satisfacer las necesidades de las y los consumidores. El sistema de salud ya no estaría dividido por sectores de trabajadores, personas con capacidad de pago y pobres, sino que se especializaría en función de la modulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios de salud²²⁷; bajo este esquema es que trabaja el Seguro Popular en México.

Como parte de las medidas de propuestas por el Consenso de Washington e Invertir en Salud, el Pluralismo Estructurado proclama que los ministerios o secretarías de salud sean moduladores y dirijan estratégicamente a todo el sistema de salud mediante la aplicación de reglas transparentes y justas; ejerciendo estas funciones, las secretarías podrían más adelante delegar sus funciones a organizaciones de la sociedad civil. La cuestión del financiamiento, sería responsabilidad de la seguridad social con la finalidad de alcanzar la protección universal en salud y los presupuestos designados por el Estado serían sustituidos por el pago de cada persona que se encuentre asegurada, siendo administrados por la función de la articulación que sería responsabilidad de instituciones especializadas. La prestación de los servicios de salud sería puesta en manos de un esquema pluralista de instituciones públicas y privadas, fomentando así las opciones entre los consumidores²²⁸.

Las propuestas que formuló el Pluralismo Estructurado a partir del panorama que encontraron Frenk y Londoño, no trajeron ningún alivio en los sistemas de salud que lo implementaron, como es el caso de Colombia y México, quien se quedó a medio camino con el programa de Seguro Popular, sino que, de manera contraria, sucede que ahora se legalizan las sugerencias realizadas por el Banco Mundial en países como los antes mencionados, es decir, el poder es transferido y legitimado desde el Estado hacia la iniciativa privada. Ya Iván Illich

se asigna a los prestadores con base en la productividad y la calidad, es el caso de Brasil; (3) modelo segmentado que corresponde a la mayoría de los países latinoamericanos en donde se hace distinción entre personas pobres y las que tienen capacidad de pago, a una fracción pertenecen las personas que se encuentran en el sector formal, a otra las que son atendidas en sector privado y a otra las que reciben atención por parte del Estado y (4) modelo privado atomizado en el cual el financiamiento se lleva a cabo por medio del desembolso por parte de los consumidores o a través de aseguradoras; existe libertad de elección, pero las diferencias económicas generan un sistema segmentado. Es el caso de Argentina. (LONDOÑO Juan Luis y FRENK MORA Julio, *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1997, pp. 9-15).

²²⁷ LONDOÑO, J.L. y FRENK MORA, J., *op. cit.*, p. 16.

²²⁸ *Ibid.*, p. 16.

mencionaba que la medicina mata y que la medicina institucionalizada había llegado a ser una amenaza para la salud de las personas, pues el monopolio médico sobre la asistencia a la salud se había expandido sin obstáculo de por medio, coartando la libertad de las personas sobre su cuerpo, ya que la sociedad había transferido a los médicos “[...] el derecho exclusivo de determinar qué constituye la enfermedad, quién está enfermo o podría enfermarse, y qué cosa se hará a estas personas”²²⁹. Sin embargo ahora ya los médicos no ejercen ese poder, pues son ellos quienes forman parte del conducto por medio del cual se transfiere ese poder.

La Iatrogénesis²³⁰ a la que se refiere Illich, se origina en el acto médico pero se perpetúa mediante el ejercicio de poder de la iniciativa privada, es decir, la Iatrogénesis clínica, producida cuando la capacidad de reaccionar de las personas es sustituida por la administración médica, ahora se vive en la lógica neoliberal; la Iatrogénesis social es vivida cuando el medio ambiente de las personas es medicalizado y coexiste con factores socioeconómicos; la Iatrogénesis cultural se origina cuando la medicina ha minado la posibilidad de vivir la realidad de las personas, pero ahora esa realidad prevalece en un mundo mercantilizado, donde no hay cabida para el monopolio de la medicina y del Estado. Originado de la Iatrogénesis, surge la Némesis Médica, que “Es la expropiación de la capacidad del hombre para afrontar la adversidad por un servicio de mantenimiento que lo conserva equipado a las órdenes del sistema industrial”²³¹, en una lógica neoliberal-mercantilista.

3.3.3. Biopoder y políticas mercantilistas en salud

3.3.3.1. Colombia

El caso de Colombia es un ejemplo claro de cómo las políticas mercantilistas, han influido en el cambio del sistema de salud; es un caso en donde el poder, de manera legal, se transfirió del

²²⁹ ILLICH, I. *op. cit.*, p. 537.

²³⁰ Illich identifica tres tipos de Iatrogénesis que son: la clínica, que se produce cuando la capacidad de reaccionar de las personas ante el medio ambiente, es sustituida por la administración médica; social, originada cuando el medio ambiente en el que se desenvuelven las personas también se ve medicalizado, sustrayendo la autonomía de las personas, las familias y vecindarios; cultural se produce cuando la empresa médica mina la posibilidad de las personas de sufrir la realidad (ILLICH, Iván, “Némesis médica”, en *Obras reunidas*, trad. J. Tovar, México, FCE, 2006, vol. I, p. 636).

²³¹ ILLICH, I. *op. cit.*, p. 750.

Estado a la iniciativa privada: el primero cumple ya sus funciones en un nivel local sobre la Disciplina de los cuerpos y la vigilancia por parte de la instituciones y la iniciativa privada actúa en el contexto global con mecanismo reguladores que favorecen el control sobre la población. Este proceso se dio en un mismo año, en diferentes momentos, en los cuales la Ley 60 de agosto de 1993 marcó un punto clave en la descentralización del sistema de salud y la Ley 100 de diciembre de ese año estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud o SGSSS²³².

La Constitución Política de Colombia reconoce la atención en salud como un servicio público que el Estado debe garantizar conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, además que le corresponde la organización, dirección y reglamentación de la atención en salud estableciendo políticas que son competencia de la Nación, las Entidades Territoriales y los particulares; asimismo, legitima el establecimiento de políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control²³³. Hasta antes de 1991 el sistema de salud de Colombia era muy similar al de México en la actualidad; con el establecimiento de la Ley 100, el Ministerio de Salud pasó a ser el órgano rector del SGSSS encargándose de dirigir, orientar, coordinar, evaluar y establecer los lineamientos relacionados con el sistema de información de la protección social por lo que debe formular políticas, planes, programas y proyectos en materia financiamiento y de sistemas de información²³⁴.

El modelo actual, que obedece totalmente al Pluralismo Estructurado, establece que toda la población debe estar asegurada por Empresas Promotoras de Salud (EPS), la cual contrata con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas (IPS) y con las Empresas Sociales del Estado (ESE), que antes eran hospitales públicos. Estas empresas fungen como administradoras de un nuevo plan de beneficios en salud moduladas por el Estado, lo cual favorece la competencia entre las aseguradoras por la afiliación de la población²³⁵. Las EPS deben ser habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud para garantizar el cumplimiento de estándares, número de afiliados, margen de solvencia y viabilidad económica y financiera y

²³² GUERRERO, Ramiro, *et. al.*, “Sistema de salud de Colombia”, *Salud Pública de México*, 2011, vol. 53, sup. 2, p. 147.

²³³ Constitución Política de Colombia, art. 49.

²³⁴ CAMERO NADER, Lina María, *et. al.*, *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS*, Bogotá, D.C., Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 2.

²³⁵ *Ibid.*, p. 6.

son empresas encargadas de afiliar a la población a un seguro para que puedan ser atendidos en las IPS, del recaudo de cotizaciones, de garantizar la prestación de servicios y retornar la diferencia de la cotización²³⁶. También se encargan de la Gestión del Riesgo, en donde se conoce la información de las personas afiliadas en cuanto a causas de morbilidad para saber los riesgos a los que se enfrentan a fin de planear, diseñar y organizar la atención, para reducir el riesgo de caer en enfermedades prevenibles como diabetes mellitus e hipertensión²³⁷.

Otra función es la Gestión del Costo, y su objetivo es garantizar que los recursos que recibe por la Unidad de Pago por Capitación, sean suficientes para la prestación de los servicios de salud; las EPS deben diseñar modelos que permitan reducir las intervenciones al menor costo que sea posible, realizando gestión sobre la red de prestadores²³⁸. En cuanto a la Gestión de los Prestadores, las EPS tienen la función y la obligación de organizar la red de IPS que prestaran atención en salud. Para garantizar el flujo de recursos, las EPS reportan el recaudo de las cotizaciones y presentan una cuenta de cobro por los valores que les corresponden, lo cual es validado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, previo reconocimiento y autorización de pago por el Ministerio de Salud y Protección Social. Cabe resaltar que el cobro de atenciones que no se encuentran en los Planes de Beneficios en Salud, afecta las finanzas de las EPS ya que deben destinar recursos de las Unidades de Pago por Capitación para el pago de estos eventos²³⁹.

Todos los habitantes de Colombia deben estar afiliados al SGSSS. La afiliación, se entiende como la relación contractual establecida entre el afiliado y el asegurador mediante una cuota mensual o cotización. La afiliación se puede hacer de manera individual o por medio del empleador o como trabajador independiente, pero también puede ser de manera colectiva mediante asociaciones llamadas mutuarías, en las cuales la persona afiliada paga y es libre de cambiar de EPS; existen dos regímenes de aseguramiento, contributivo y subsidiado²⁴⁰ que pretenden garantizar la cobertura a toda la población.

²³⁶ ROMERO GÓMEZ, Diego Fernando, *Sistema General de Seguridad Social en Salud I*, Bogotá, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2017, p. 4.

²³⁷ *Ibid.*, p. 8.

²³⁸ *Ibid.*, p. 9.

²³⁹ *Ibid.*, p. 10.

²⁴⁰ Los dos regímenes de aseguramiento son (1) el Régimen Contributivo, que afilia a personas con capacidad de pago y las pertenecientes al sector formal de la economía y con ello pueden elegir la EPS; la cotización obligatoria equivale a un 12.5% de sus ingresos: 4% del trabajador y 8.5% del empleador; trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la cotización y los pensionados deben cotizar un 12% de la pensión mensual, y (2) Régimen Subsidiado, que afilia a población que no cuenta con capacidad de pago y su familia; reciben un subsidio total o parcial por parte del Estado, que depende del

A partir de lo planteado se puede decir que, el derecho a la salud en Colombia se garantiza solamente en un modelo de mercado libre en donde la participación del Estado, mediante el Ministerio de Salud y Protección Social, se encarga de dirigir el sistema de salud con aplicación de reglas para las EPS; el mercado es quien regula la sociedad a través del control institucional por lo que la seguridad social financiada por el Estado se considera no rentable, entonces se deben aumentar las ganancias lo cual implica una menor inversión por parte del Estado, llevando a la salud al plano mercantil para convertirla entonces en un servicio que sea rentable, minimizando costos, aumentando ganancias y convirtiendo a las personas en clientes que son herramientas útiles para el mercado. El sistema de salud se torna maleable a las necesidades del mercado, en tanto que la salud no es concebida como un derecho universal, sino que prevalece la exclusión de grupos poblacionales a quienes les es difícil realizar aportaciones al Régimen Contributivo o no se encuentran en el empleo formal pero tampoco pueden ser afiliados al Régimen Subsidiado por no tener condición socioeconómica para dicho régimen. Ahora bien, a las personas que se encuentran en el Régimen Subsidiado también les es restringido el acceso a algunos servicios de calidad y de fácil acceso.

La garantía de la salud se ve envuelta en una lógica mercantilista encabezada por las EPS y modulada por el Estado, por lo que los efectos de la Ley 100 han dejado ver cuatro problemáticas que impiden la efectivación del derecho a la salud: (1) en cuanto a cobertura y acceso al sistema de salud, el hecho de que las personas se encuentren afiliadas no significa que tengan acceso al mismo, (2) las instituciones públicas se encuentran a merced de los recursos que brinda el Estado mientras que las privadas priorizan la rentabilidad económica, lo cual trae como consecuencia una competencia inequitativa, pero a la vez poco asequible para la población, (3) el actual sistema de salud no permite que trabajadores del área de la salud, gocen de conquistas sindicales históricamente ganadas, lo que lleva a condiciones laborales precarias, (4) relacionado con la crisis del sector salud y a las cuestiones laborales, existen barreras económicas, culturales y geográficas que no permiten el acceso a la atención en salud; la segmentación en salud sigue prevaleciendo entre personas del área rural y zonas urbanas,

estrato económico al que pertenezcan. Para los Niveles I y II los subsidios son completos y para el nivel III, el subsidio es parcial. Los niveles económicos están dados por una encuesta. El ejército, la policía, el magisterio, trabajadores de universidades públicas y de la Empresa Colombiana de Petróleos, gozan de un esquema de seguridad social al que llaman Régimen Especial. (*Ibid.*, pp. 4 y 5).

además de que existe inequidad entre las personas del régimen contributivo que cuentan con mayores facilidades de atención que las personas del régimen subsidiado²⁴¹.

Cabe mencionar también, que la percepción de las personas usuarias acerca de los servicios de salud en Colombia concuerda con la problemática, puesto que mientras el sistema de salud presta su atención a la afiliación, la acreditación y la rentabilidad, las personas se preocupan por la calidad refiriéndose a ella como la atención en salud sin barreras en el acceso en donde la relación usuario-personal de salud debe ser cordial y cálida en tanto que. Asimismo, las personas perciben que el sistema de salud: (1) se encuentra mediado por barreras personales, geográficas, institucionales y de toma de decisiones por parte del personal médico, presentándose dificultades al momento de realizar trámites, lo que dificulta el camino hacia la atención en salud, (2) aspectos como la amabilidad, que los llamen por su nombre, les atiendan en un ambiente que genere seguridad y el que les expliquen los procedimientos a realizar, son importantes para que las personas se sientan tratadas con calidad y calidez, (3) el dinero surge como el elemento que hace la diferencia en la atención en salud y (4) las personas buscan resolver su situación en la atención en salud ya sea mediante el pago particular de la atención, la intermediación, pidiendo dinero para pagar la atención o mediante la violencia o la resignación²⁴².

3.3.3.2. México

Los acuerdos de Bretton Woods no trajeron la estabilidad deseada a los países subdesarrollados, pues en la década de 1980 México ya no podía pedir más prestamos, debido a que la disminución de aranceles a nivel mundial trajo consigo que bloques económicos como el estadounidense subieran sus tasas de interés para proteger sectores que se enfrentaban con mayores competencias en los mercados; al aumentar las tasas de interés, aumentó el costo de la deuda externa²⁴³. Como consecuencia el sector salud sufrió importantes cambios pues en un primer momento, entre 1982 y 1988, en el sexenio de Miguel de la Madrid, disminuyó el gasto

²⁴¹ MORENO MORENO, Mónica Cecilia y LÓPEZ LÓPEZ, María Victoria, “La salud como derecho en Colombia”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2009, núm. 8, pp. 133-152.

²⁴² MÚNERA GAVIRIA, Hugo Alberto, “La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa”, *Investigación y Educación en Enfermería*, 2011, vol. 29, núm. 1, pp. 76-86.

²⁴³ *Ibid.*, p. 42.

destinado al sector salud, por lo que aumentan los costos para la atención médica, en vista de que ya no se cuenta con suficiente infraestructura en el sector público²⁴⁴. En dicho sexenio se modifica el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y se aprueba la Ley General de Salud, a fin de señalar que la protección a la salud es responsabilidad del Estado²⁴⁵.

Este planteamiento se desvirtúa debido a que el Estado está proporcionando y está quitando al mismo tiempo un derecho que, en teoría, debe garantizar, convirtiéndose en un tirar y aflojar. Se descentralizan los servicios a fin de ampliar la cobertura, mejorar los servicios y se transfieren responsabilidades a los niveles regionales y locales convirtiéndose la Secretaría de Salud en una dependencia de supervisión y evaluación, de Disciplina; esto trae como consecuencia una repartición desigual e insuficiente de recursos financieros además del incremento en la incidencia de enfermedades como dengue, paludismo y tuberculosis debido al desmantelamiento temporal del programa de control de enfermedades operado por las brigadas móviles de salud²⁴⁶.

En un segundo momento de reformas al sector salud en el periodo de 1988 a 1994, durante el mandato de Carlos Salinas de Gortari, se favorece la mercantilización estableciendo éste proceso como organizador de la vida social y económica²⁴⁷. Se establece el Programa Nacional de Solidaridad, que antes de resolver los problemas sociales, se vuelve un esquema de propaganda que humanizó la figura del presidente de México el cual buscaba combatir la pobreza y garantizar la salud pero con fines propagandísticos para el partido que lo llevó a la presidencia, debilitando a las instituciones públicas. “La acción del ejecutivo responde a las demandas populares, pero los beneficios son materializados como dádivas y no como derechos”²⁴⁸. Toma fuerza la campaña de combate al cólera mediante lavado de manos y la prevención de la deshidratación con la preparación de vida suero oral; toma fuerza el autocuidado y la responsabilidad individual en el desarrollo de una enfermedad. El Estado hace

²⁴⁴ LÓPEZ ARELLANO, Oliva y BLANCO GIL, José, “La polarización de la política de salud en México”, *Cadernos de Saúde Pública*, 2001, núm. 1, p. 44.

²⁴⁵ Art. 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...*” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).

²⁴⁶ LÓPEZ ARELLANO, O. y BLANCO GIL, J., art. cit., pp. 45-46.

²⁴⁷ *Ibid.*, art. cit., p. 47.

²⁴⁸ *Ibid.*, art. cit., p. 48.

poca inversión en temas básicos de salud, pretendiendo captar políticamente a la población que se encuentra beneficiada con estos programas, es decir la clase pobre, la clase mayoritaria²⁴⁹.

En un tercer momento, durante el sexenio que gobernó Ernesto Zedillo Ponce de León, entre los años de 1994 a 2000, se continuó con el trabajo de Salinas de Gortari y se conjeturó la posibilidad de reorganizar los servicios que atendían a la población que no tenía acceso a la seguridad social, dando paso a la creación del Seguro Popular. Se modificó la Ley del Seguro Social en el año de 1997 en la administración del sistema de pensiones, y se asignan dichas labores a aseguradoras y a Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) transfiriendo el dinero del sector público hacia el sector privado, mercantilizando las pensiones. Surge como alternativa de aseguramiento de los trabajadores de mayores ingresos los seguros de gastos médicos mayores, en el cual las empresas optan por pagar servicios privados de salud por una cantidad determinada de dinero, dejando los trabajadores de menores ingresos y mayores riesgos a instituciones de seguridad social, económicamente rasgadas y estructuralmente rezagadas²⁵⁰.

En este sexenio se fortalece el mercado de salud por parte del gobierno; este último momento continúa hasta nuestros días con las políticas de subrogación por parte de instituciones públicas de salud.

A. Problemáticas derivadas de políticas mercantilistas en salud

Las reformas vividas en México, desde la década de 1980 hasta nuestros días, han resultado en cuatro problemáticas centrales en cuanto a la efectivación del derecho a la salud²⁵¹, partiendo de la situación de que la garantía de la salud se ve circunscrita en un poderosa lógica mercantilista encubierta por el Estado:

1. Alcances y desafíos –retrocesos- en la cobertura y acceso a la salud. Las leyes del mercado son el andamiaje actual de los sistemas de salud, pues este se torna en un producto al alcance de quien pueda costearlo. El hecho de que las personas se encuentren afiliadas al sistema de salud, no significa que tengan acceso al mismo, pues se encuentran con barreras económicas, geográficas, culturales que no permiten el disfrute del derecho a la salud; además, la ampliación

²⁴⁹ LÓPEZ ARELLANO, O. y BLANCO GIL, J., art. cit., p. 48.

²⁵⁰ *Ibid.*, art., p. 49.

²⁵¹ MORENO MORENO, Mónica Cecilia y LÓPEZ LÓPEZ, María Victoria, “La salud como derecho en Colombia”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2009, núm. 8, pp. 133-152.

de cobertura en el sistema de salud en el caso de México con el Seguro Popular, no partió de expectativas realistas, pues si bien el proyecto era prometedor en el discurso y se lograron avances en cobertura en salud, no se tenía la infraestructura ni el personal de salud para cubrir tales necesidades. El modelo segmentado de salud en México, deja entrever el beneficio en salud para unos cuantos, pues mientras el CAUSES del Seguro Popular no cubre la atención de las personas con ERC, el IMSS realiza dicha acción, con la situación mercantil que existe detrás de la subrogación²⁵².

2. *La situación hospitalaria: expresión de la crisis del sector salud.* El escenario que se presenta en las instituciones públicas y privadas de salud, da cuenta del panorama inequitativo que existe en la prestación de servicios, ya que las primeras no tienen la infraestructura con la que cuenta el sector privado, en tanto que la capacidad gerencial de las segundas se encarga de atender las necesidades del mercado y de la población que tiene capacidad de pago. Las condiciones precarias que viven las instituciones públicas obliga a las personas que requieren atención inmediata en salud a tres cosas: la resignación, la violencia contra el personal de salud, o el pago de un servicio que afecta la economía familiar, tornándose la salud en una situación lucrativa. “[...] las instituciones privadas generalmente tienen mejor infraestructura, lo que ha llevado a las entidades públicas a establecer alianzas con el sector privado o a liquidarse. Esta cuestión afecta a las instituciones públicas en términos de acceso a tecnología médica, solidez financiera y prestación de servicios”²⁵³, pero sobre todo, ha llevado a beneficiar al sector privado el cual se sostiene a costa de las necesidades de salud de la mayoría de la población que requiere atención inmediata en salud.

Es importante mencionar en éste punto, que la situación que viene viviendo el IMSS en cuanto a la subrogación, no es nueva ya que “Desde el origen del IMSS, la subrogación ha sido un instrumento complementario ante la dificultad de proteger a todos los trabajadores con oportunidad y eficiencia. La subrogación ha permitido así a lo largo de cincuenta y dos años, ampliar la cobertura del IMSS, sin atentar contra la operación del servicio, sin representar erogaciones insostenibles y sin comprometer su viabilidad financiera”²⁵⁴. Sin embargo, esta

²⁵² MORENO MORENO, MC y LÓPEZ LÓPEZ, MV, *op. cit.*, p. 139 y 140.

²⁵³ *Ibid.*, p. 142.

²⁵⁴ Secretaría de Servicios Parlamentarios Centro de Documentación, Información de Análisis Dirección de Bibliotecas y de los Sistemas de Información, “Cuaderno de apoyo: Ley del Seguro Social”, 2007, <http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/archivo/SAD-03-07.pdf>, consultado el 30 de Octubre de 2018.

situación actualmente se encuentra afectando de manera directa a las personas que padecen ERC, ya que la atención que reciben en las instituciones privadas de salud no se encuentra exenta de trabas.

Por otro lado, las condiciones de sistema de salud en cuanto a administración de recursos no son suficientes ya que programas como Seguro Popular e IMSS Prospera, solo se encargan de cumplir con metas que benefician la parte numérica de la afiliación, es decir, como se había mencionado en el Capítulo 1, después de la implementación del Seguro Popular el índice de colisión que se dio entre las personas usuarias de éste servicio y las personas derechohabientes de IMSS, ISSSTE fue casi del 25%²⁵⁵; lo anterior refleja que, mientras hay personas que no tienen servicio de salud²⁵⁶, hay otras personas que se benefician de dos o hasta tres prestadores de servicios de salud públicos.

3. *Transformaciones laborales en el contexto del sistema de salud.* Las personas que laboran en la Secretaría de Salud, han sufrido transformaciones en cuanto a la contratación puesto que ya no son contratados por ella, ni cuentan con derechos sindicales, sino que son absorbidos por empresas de *outsourcing*, en donde están sometidos a contrataciones en donde el trabajo no es bien remunerado; lo anterior trae como consecuencia la constante rotación de personal de salud y, por tanto, la atención es deficiente²⁵⁷. Las personas que laboran en el sector salud se enfrentan a muchos fracasos y frustraciones al momento de proporcionar la atención a la población debido a que no se cuenta con el material suficiente; del mismo modo, la infraestructura y el personal necesario para atender a la población son deficientes. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), para 2015 se registró una población de 119 713 203²⁵⁸ habitantes para los cuales se contó con 323 948 enfermeras y enfermeros²⁵⁹ en el sector público y privado, lo cual indica que se tiene una relación de 369 personas por enfermera (o)²⁶⁰.

²⁵⁵ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *op. cit.*

²⁵⁶ Auditoría Superior de la Federación, *op. cit.*, p. 7.

²⁵⁷ MORENO MORENO, M. y LÓPEZ LÓPEZ, M., art. cit., p. 144.

²⁵⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Proyecciones de población a mitad de año”, 2015, <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>, consultado el 15 de septiembre de 2018.

²⁵⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Recursos para la salud: Enfermeras en instituciones del Sistema Nacional de Salud 2000 a 2014”, 2016, <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal40&s=est&c=35173>, consultado el 15 de septiembre de 2018.

²⁶⁰ Recomendaciones de la OMS señalan que debe haber entre seis y nueve enfermeras por cada 1000 habitantes (Cámara de Diputados, XLIV Legislatura, “Boletín No. 4602. México no cumple con

4. *Acceso a la atención.* Relacionado con la crisis del sector salud y con las cuestiones laborales, existen barreras económicas, culturales y geográficas que no permiten el acceso a la atención en salud. Como se mencionó en el Capítulo 1, una encuesta realizada a casi 200 000 personas reveló que poco más de la cuarta parte preferían asistir a instituciones privadas de salud debido a que el sector público contaba con deficiencias en infraestructura, además de que no se encontraban satisfechos con atención recibida y existía poca disponibilidad de medicamentos²⁶¹. Sin embargo, esa misma encuesta reveló que la población de las áreas rurales, no tiene otros medios de acceso a la salud que no sea SSA, pues sus ingresos económicos eran menores a los \$2 500 pesos y su educación era básica²⁶². Lo anterior refleja la inequidad en el acceso a los servicios de salud, pues las personas no acuden a las instituciones privadas por gusto, sino por falta de recursos.

Ahora bien, para entender la situación del derecho a la salud es preciso reconocer el modelo de desarrollo de mercado en el que está inscrito el sistema de salud en México que, al igual que el sistema de salud de Colombia, se caracteriza por reformas orientadas a la privatización; mercantilización con tintes enmascarados pero con liberación económica en servicios como el sector salud, precarización del mercado de trabajo, apertura económica, otorgándole a las exportaciones un papel central en el crecimiento y promoviendo la desgravación arancelaria como en el caso de las licitaciones internacionales para los servicios de hemodiálisis subrogada por parte del IMSS y desmonte de lo social como responsabilidad del Estado²⁶³.

B. Consecuencias directas de la mercantilización en el servicio de hemodiálisis

En 2012 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, que se encarga de promover políticas que mejoren el bienestar económico, emitió un informe sobre la contratación pública dentro del IMSS. A grandes rasgos el texto menciona que la eficiencia y

recomendaciones de OMS en número de médicos y enfermeras por habitante”, 2014, <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2014/Noviembre/10/4601-Mexico-no-cumple-con-recomendaciones-de-OMS-en-numero-de-medicos-y-enfermeras-por-habitante>, consultado del 16 de noviembre de 2019).

²⁶¹ ZURITA, B. y RAMÍREZ, T., art. cit., p. 153.

²⁶² Instituto Nacional de Salud Pública, *op. cit.*

²⁶³ MORENO MORENO, M. y LÓPEZ LÓPEZ, M., art. cit., p. 147.

optimización de recursos resulta fundamental pues guían la actuación de los gobiernos, de ahí que la contratación pública de bienes y servicios sea una pieza clave, ya que es vulnerable al fraude y la corrupción, por lo que se emitieron una serie de recomendaciones y estrategias para la sana contratación de bienes²⁶⁴. De acuerdo con el estudio, en el sistema de salud segmentado de México, las contrataciones públicas del IMSS representaron 4% de toda la contratación del sector público federal las cuales se realizaron, en su mayoría, a través de licitaciones públicas que se lograron gracias a la mayor flexibilidad en el marco jurídico y a la modernización de la plataforma de contratación electrónica, lo que facilitó una mayor competitividad, e intrusión en funciones que corresponden al Estado, por parte de empresas extranjeras²⁶⁵. Los principales servicios adquiridos para el año 2010, en orden decreciente, fueron guarderías de esquema vecinal comunitario, conservación, tecnología de información, servicios médicos subrogados como las hemodiálisis, energía y agua, oxígeno, seguridad, combustible para vehículos, arrendamientos y otros no especificados²⁶⁶.

En el estudio, se detectó que el IMSS estaba tomando medidas para combatir la colusión en las licitaciones públicas, una de las cuales es la consolidación de contrataciones en un nivel central; ejemplo de contrataciones en nivel central son las vacunas, consultorías, teléfonos celulares para funcionarios de nivel central y hemodiálisis. Los esfuerzos por centralizar las contrataciones engendraron beneficios, como una mayor competencia lo que trajo consigo precios bajos, características estandarizadas de bienes y servicios requeridos, adquisiciones dinámicas y transparentes²⁶⁷. Una de las cuestiones principales que se encontró es que el IMSS no contaba con estrategias para las adquisiciones, y a las adquisiciones realizadas no se les dio seguimiento: no contaba con estudios de mercado en los que se identifiquen y analicen a los proveedores²⁶⁸, por lo que se recomendó capacitar a las personas que intervienen en la función de las adquisiciones a fin de adquirir bienes y servicios a precios bajos pero que no tengan efectos negativos considerables para la institución²⁶⁹.

²⁶⁴ OCDE, *Estudio sobre la contratación pública. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia médica: Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, OECD Publishing, 2012, Prólogo.

²⁶⁵ *Ibid.*, p. 11 y 12.

²⁶⁶ *Ibid.*, p. 17.

²⁶⁷ *Ibid.*, pp. 20-22.

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 25.

²⁶⁹ *Ibid.*, p. 41.

Finalmente, también se encontró que el IMSS adjudicó contratos a licitantes que no cumplieron con todos los requisitos, por lo que se recomendó la creación de un proceso de revisión formal en donde las personas evaluadoras se comprometían a revisar de manera exhaustiva los puntos que deben reunir los oferentes²⁷⁰; del mismo modo, se recomendó fortalecer el Código de Ética para evitar prácticas corruptas o poco éticas por parte de puestos que puedan ser fuente de nepotismo, a fin de garantizar que los intereses privados no influyan en las adquisiciones²⁷¹.

En 2018, la OCDE publicó un segundo estudio sobre la contratación pública dentro del IMSS, en donde se señala que se ha avanzado en cuanto a las recomendaciones realizadas al instituto pues se aumentó la eficiencia en la contratación de bienes y servicios además de crear una fuerte competencia en el mercado donde opera. Se comenzó a formar personal especializado en adquisiciones por lo que disminuyeron costos, además de que las personas reciben medicamentos recetados en 99.4% de los casos²⁷².

Lo señalado con anterioridad da cuenta de cómo se ha medicalizado la vida, pero también cómo el mercado y las instituciones que lo regulan, tienen un poder sin igual sobre las instituciones públicas en donde, cómo se había visto con anterioridad, estas se encargan de disciplinar los cuerpos en tanto que el mercado se ocupa de la regularización de la población, las instituciones y el Estado; a las personas les arrebatan la enfermedad y la transforman en materia prima para una empresa institucional, como los hospitales y las clínicas privadas y públicas, que terminan produciendo beneficios para las empresas del ramo de la salud. La persona en busca de atención médica, se encuentra con “[...] la mirada de un contador biológico embebido en cálculos de *input*, *output* (insumo/producto)”²⁷³. En este tenor, las enfermedades son administradas por el sistema de salud mexicano que regula el tratamiento de las mismas de acuerdo a la rentabilidad y la dinámica del mercado, encontrando el modelo neoliberal un sustento para ejercer control sobre la vida de las personas.

La información ofrecida por la OCDE en el primer y segundo estudio, contrastan con lo mencionado por la ASF, en donde se detallan situaciones en contrataciones que afectan

²⁷⁰ OCDE, *op. cit.*, p. 48.

²⁷¹ *Ibid.*, p. 53.

²⁷² OCDE, *Segundo estudio de la OCDE sobre contratación pública en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): Rediseñando las estrategias para mejorar el cuidado de la salud*, México, OECD Publishing, 2018, pp. 15-17.

²⁷³ ILLICH, I., *op. cit.*, p. 672.

directamente al servicio de hemodiálisis. En 2011, previo al estudio de la OCDE, el Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública arrojó que el IMSS adjudicó una licitación en la que hubo deficiencias tanto en el proceso, como en la prestación del servicio. Como antecedente se tiene que en 2008 el IMSS realizó una licitación pública internacional en donde se adjudicó el servicio de hemodiálisis a dos proveedores en diez delegaciones del Sur y Norte del Distrito Federal y el Oriente del Estado de México. Se comprobó que durante la selección se contó con normas y procedimientos que aseguraron la adjudicación de los servicios proporcionados, pero en la práctica, el sistema de control interno no cumplió con objetivos de confiabilidad, administración de los contratos, seguimiento y supervisión de los servicios contratados²⁷⁴.

En la visita domiciliaria de la ASF al prestador de servicios Centro de Diagnóstico Ángeles, S.A. de C.V. en enero de 2010, se proporcionaron los reportes de supervisión realizados por personal del IMSS pertenecientes a las delegaciones Sur del Distrito Federal, y se detectaron inconsistencias como la falta de documentos probatorios de la experiencia clínica del personal, falta de área de lavado y esterilización, falta de manuales de registro de morbilidad en el servicio, además que el proceso de desconexión de catéteres no cumplió con medidas para evitar su contaminación. En agosto de 2012 se volvió a realizar otra vista domiciliaria y se encontró que persistían algunos incumplimientos²⁷⁵.

El análisis de facturas proporcionadas por la delegación Sur del Distrito Federal, determinó que Centro de Diagnóstico Ángeles, a quien se le adjudicó el contrato, tenía una subcontratación con Fresenius Medical Care de México, con quien no hubo contrato celebrado por parte del IMSS. Los montos por la subcontratación correspondieron con los montos por la contratación entre IMSS y Centro de Diagnóstico Ángeles, pero se infringió la cláusula que restringe cesión de derechos de contratación; como justificación se expuso que la relación entre el proveedor y el subcontratado se realizó para la atención de 100 pacientes que decidieron no moverse de las clínicas del antiguo proveedor, Fresenius Medical Care, a fin de preservar su salud y su vida; la situación se dio a conocer al IMSS y no se generó ninguna acción en contra

²⁷⁴ Auditoría Superior de la Federación, “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública”, 2011, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo_Social/2011_0450_a.pdf, consultado el 22 de abril de 2019.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 6 y 7.

del proveedor de servicios²⁷⁶. Para finalizar, se determinó que en la delegación Sur y Norte de Distrito Federal, así como en el Oriente del Estado de México, existen contrarecibos que no contaron con un soporte documental que evidencie la prestación del servicio subrogado de hemodiálisis por \$5 192 600, es decir, el dinero no fue justificado, autorizado y documentado debidamente por parte de servidores públicos²⁷⁷.

En 2013, las delegaciones de Querétaro, Aguascalientes, y el Sur del Distrito Federal, proporcionaron como justificaciones para la contratación del servicio subrogado la insuficiente capacidad instalada de máquinas de hemodiálisis en instalaciones del IMSS, incremento en el número de pacientes y falta de infraestructura para la atención de los mismos²⁷⁸. Con la auditoría que se realizó por parte de la ASF a estas tres delegaciones, se constató que se adjudicaron licitaciones de manera directa sin que las empresas participantes demostraran contar con capacidad y calidad técnica suficiente, pues en la delegación Sur del Distrito Federal la empresa resultó no contar con equipo adecuado, no tener recursos humanos suficientes y no comprobar la capacitación de personal, en tanto que la delegación de Querétaro resultó no ser solvente en relación con las instalaciones de tratamiento dialítico, tomas de aire o aspirador portátil; el área de lavado y esterilización se encontraba en proceso de instalación, no hubo registros de resultados químicos y bacteriológicos del agua, además que el equipamiento de la unidad médica, en su mayoría, no estaba instalado²⁷⁹.

En la auditoría mencionada, se realizó un análisis de cláusulas contractuales relacionada con la supervisión de las unidades subrogadas de hemodiálisis y se detectó que las delegaciones Sur del Distrito Federal, Querétaro y Aguascalientes no incluyeron sanciones al proveedor por incumplimientos observados en las verificaciones, ni establecieron obligatoriedad de la supervisión por parte del IMSS. En la delegación Sur del Distrito Federal se detectó que el proveedor, en dos supervisiones, incumplió con el número de enfermeras por paciente, mientras que en la delegación de Querétaro en tres supervisiones se identificó la falta de médicos nefrólogos, mala coordinación en traslado de ambulancias, personal médico sin título ni

²⁷⁶ Auditoría Superior de la Federación, *op. cit.*, p. 8.

²⁷⁷ *Ibid.*, p. 13.

²⁷⁸ Auditoría Superior de la Federación, “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública”, 2013, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_0196_a.pdf, consultado el 23 de abril de 2019.

²⁷⁹ *Ibid.*, p. 6.

capacitación, espacio de enfermería reducido, equipamiento insuficiente, falta de información por parte de los médicos, deficiente técnica en el lavado de manos, manual de procedimientos técnicos de enfermería desactualizados, técnica deficiente en la curación y deficiencias en el expediente médico²⁸⁰. En las tres delegaciones auditadas se comprobó que se estipularon unidades diferentes de las propuestas o que los servicios se prestaron en unidades con dirección distinta de la ofrecida²⁸¹.

Por último, de la revisión de 55 expedientes clínicos en las tres delegaciones, se concluyó que no se cumple con el Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica pues se detectaron faltas en el diagnóstico que justifique la prestación del servicio, actas del comité de diálisis que carecen de nombre y cargo de quienes los firman, falta de resumen clínico mensual, bimestral, semestral y anual de las personas en tratamiento de hemodiálisis, falta de solicitud médica para enviar al servicio de hemodiálisis subrogada y de la autorización de la jefatura de prestaciones médicas además de notas médicas sin orden cronológico.²⁸²

En este punto es menester mencionar que referente al Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico, el cual se revisó en el Capítulo II, las personas se encuentran rutinizadas al momento de someterlas a numerosos trámites antes de iniciar el tratamiento de la ERC, con lo cual se puede observar, de nueva cuenta, la Regularización de la población. Es entonces que la ERC se encuentra mediada por el poder económico, que modifica el actuar de las personas en su vida cotidiana a través de las instituciones, las cuales no son capaces de mediar en el poder avasallante que tiene el mercado, como se menciona en las auditorías realizadas por la ASF, en donde se observa que el cuidado sobre las personas con ERC queda en segundo plano cuando de contrataciones con la iniciativa privada se trata.

Eso es lo que sucede en los hospitales y también en las clínicas de hemodiálisis; se transforma a la persona enferma “[...] en un yerto y mistificado *voyeur* de su propio tratamiento”²⁸³; la medicina, pero sobre todo el mercado, mantienen su autoridad aun cuando el pronóstico de la enfermedad es desfavorable, pues el médico se ha convertido en un empresario científico que selecciona qué personas van a recibir tal o cual tratamiento. Se trata

²⁸⁰ ASF, *op. cit.*, p. 10.

²⁸¹ *Ibid.*, p. 8.

²⁸² *Ibid.*, p. 18.

²⁸³ ILLICH, I., *op. cit.*, p. 627.

con clientes que desempeñan diferentes papeles de acuerdo al momento: son pacientes cuando la medicina les examina y les repara, ciudadanos administrados cuando se permiten guiar por la burocracia médica y conejillos de Indias cuando se experimenta con ellos sin cesar²⁸⁴. El médico, en el caso del Procedimiento para otorgar el procedimiento dialítico, es el verdugo que se encarga de hacer morir y las instituciones de salud públicas han pasado a formar parte del parlamento de una monarquía, en donde el mercado es el soberano.

Como cualquier otra industria en crecimiento, el sistema de salud dirige sus productos a donde la demanda parece ilimitada: en la defensa contra la muerte. Un porcentaje creciente de fondos procedentes de nuevos impuestos se asigna a la tecnología que busca prolongar la vida de los pacientes terminales. Complejas burocracias seleccionan santurrónicamente uno de cada seis o uno de cada tres norteamericanos amenazados por insuficiencia renal para mantenimiento dialítico. El paciente elegido se ve condicionado a desear el raro privilegio de morir en exquisito tormento²⁸⁵.

²⁸⁴ ILLICH, I., *op. cit.*, p. 634.

²⁸⁵ *Ibid.*, p. 620.

CAPÍTULO CUARTO

LA HEMODIÁLISIS EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ¿GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD?

4.1. Metodología

Para el logro de los objetivos, se optó por un estudio de caso cualitativo para conocer cómo se lleva a cabo el procedimiento para brindar el tratamiento de hemodiálisis interna y subrogada y si esto vulnera el derecho a la salud, propiciando prácticas mercantilistas dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de San Luis Potosí. Se optó por el análisis del discurso sobre el ejercicio de poder, mercantilización de la salud y la participación del Estado y la iniciativa privada en la terapia de hemodiálisis.

Se analizó información solicitada a la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT) como es el Censo de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica o CIRC, contratos celebrados entre la iniciativa privada y el IMSS (solicitud folio 0064102084218), actas de verificación realizadas por la Comisión Estatal contra Riesgos Sanitarios o COEPRIS (solicitud folio 00820319) y el contrato celebrado entre IMSS, IGSA Medical Services SA de CV (IGSA) e Isha International SA de CV (solicitud folio 0064101224719).

Para conocer la perspectiva de las personas respecto al derecho a la salud se realizaron entrevistas semiestructuradas. Como criterios de inclusión, se eligieron personas mayores de edad que se encontraran en terapia sustitutiva de hemodiálisis en el Hospital General de Zona (HGZ) No. 50 y en IGSA; en este último establecimiento, se eligieron personas que hayan sido subrogadas desde el año 2015, que fue la fecha en que se inició el contrato entre el IMSS e IGSA.

Las y los participantes fueron elegidos al azar y de acuerdo a su disposición para participar en el estudio: 6 personas que asisten al servicio de hemodiálisis subrogada en IGSA y 6 personas que asisten a hemodiálisis interna en el HGZ No. 50 en la ciudad de San Luis Potosí. Se eligieron 6 personas de cada lugar debido a que algunas personas que asisten a IGSA, se rehusaron a participar en esta investigación pues consideraban que la atención en hemodiálisis en estas instalaciones estaba en riesgo, por lo que solamente se logró entrevistar a 6 personas y por lo tanto se eligió un número igual de participantes del HGZ No. 50.

El contacto con las personas a entrevistar se realizó gracias a datos brindados (número de celular y horario de sesión de hemodiálisis) por compañeras y compañeros del servicio de hemodiálisis del HGZ No. 50, así como utilizando la técnica de muestras en cadena o por redes, también llamada “bola de nieve”²⁸⁶, en donde a la primera persona entrevistada se le preguntó si conocía a otras personas que estuvieran dispuestas a participar en la investigación; se fueron incluyendo a estas personas y ellas recomendaron a más participantes.

Las personas entrevistadas fueron 9 hombres y 3 mujeres, con un rango de edad de los 26 a los 51 años. Las entrevistas se realizaron con base en una guía de entrevista que, de acuerdo a la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales referente al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, contempla las siguientes dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Posteriormente la información se organizó en esas 4 dimensiones, mismas que se dividieron en ventajas y desventajas respecto al programa de hemodiálisis intramuros y subrogada.

La recolección de la información de las entrevistas semiestructuradas se realizó a través del uso de grabadora de audio de celular, con la previa autorización de las personas participantes. La participación en este estudio no representó ningún riesgo para las personas involucradas; se solicitó la autorización de los participantes mediante una carta de consentimiento informado, la cual incluye el tema a tratar, los objetivos del estudio, la descripción y duración de la entrevista, así como datos de contacto de la entrevistadora para cualquier aclaración. El uso de la información obtenida fue para uso exclusivo de este estudio, respetando la confidencialidad de los datos que las personas participantes proporcionaron. La participación en este estudio fue de manera voluntaria y no se otorgó ningún beneficio; las personas fueron libres de retirarse en el momento que así lo decidieron.

Como limitantes durante la investigación se encontró que el IMSS, a través de la PNT, no brindó toda la información que le fue solicitada, además de que la mayoría de las solicitudes fueron respondidas en tiempo de prórroga es decir, la información tardó en llegar más tiempo del estipulado. Otra limitante, como ya se mencionó, fue que las personas que asisten a IGSA a sus sesiones de hemodiálisis fueron renuentes a participar en la investigación, pues consideraban que la información brindada sería expuesta públicamente y como consecuencia estaría en riesgo

²⁸⁶ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, *Metodología de la Investigación*, México, Mc Graw-Hill, 6ª ed., 2014, p. 388.

la atención en hemodiálisis brindada en éstas instalaciones; esta situación no sucedió en personas entrevistadas que asisten a su sesión de hemodiálisis en el HGZ No. 50.

4.2. Resultados

4.2.1. Terapia de hemodiálisis en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Como estrategia para tener un mayor control sobre la información de la ERC, en 2014 el IMSS creó el CIRC²⁸⁷, el cual permite saber datos sociodemográficos de las personas en terapia de sustitución renal, tendencias de las terapias de sustitución renal e información de carácter administrativo y financiero. Por lo anterior, se solicitó la información al IMSS a través de la PNT de las personas en hemodiálisis del año 2014 a junio de 2018 lo cual arrojó que en cuatro años se han atendido un total de 43 967 personas, de los cuales más de la mitad corresponden al sexo masculino; el estado de San Luis Potosí registró un total de 1 670 personas con más de la mitad correspondiente al mismo sexo.

Otro dato relevante es que el CIRC no contiene información suficientemente específica pues como causa de la ERC cita a la enfermedad misma en primer lugar con 21 939 personas, seguida de ERC no especificada con 8 183 personas y en tercer lugar el tumor benigno de riñón con 2 886 personas; la hipoplasia renal fue la 10^a causa de ERC con 694 personas. En San Luis Potosí, la única causa de ERC es la Insuficiencia Renal Aguda.

En cuanto a motivo de baja del programa de hemodiálisis, el CIRC reporta que a nivel nacional la principal causa fue el cambio de modalidad -que comúnmente se cambia a diálisis peritoneal- con 8 882 personas, seguido de defunción con 6 112 personas; hay un dato que corresponde a 18 194 personas que señala “no aplica” lo cual no permite saber mayor información respecto a ese dato. En San Luis Potosí el cambio de modalidad fue el principal motivo de baja con 797 personas.

Referente al servicio de hemodiálisis interna y subrogada, se menciona que desde la creación del CIRC hasta junio de 2018, de un total de 43 967 personas que se han atendido, el 57.7% corresponde a hemodiálisis interna y el 42.3% a hemodiálisis subrogada; este porcentaje

²⁸⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de prestaciones médicas, “Censo de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica”, 2018.

comprende tanto Hospitales Generales de Zona (HGZ) como Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). En el estado de San Luis Potosí de 1 670 personas atendidas en el servicio de hemodiálisis, 1 077 corresponden a hemodiálisis interna y 593 a hemodiálisis subrogada; dentro del estado, los municipios de Rioverde, Matehuala y Tamazunchale no cuentan con el servicio de hemodiálisis interna, por lo que se han subrogado 92 personas. En la ciudad de San Luis Potosí los hospitales que cuentan con servicio de hemodiálisis son el HGZ 1 y HGZ 50, los cuales han subrogado 433 personas y se han hemodializado en sus instalaciones 891 personas en el transcurso de cuatro años.

Por otro lado, en el CIRC se tiene que los estados que no cuentan con el servicio de hemodiálisis subrogada son Baja California Sur, Campeche, Sonora y Yucatán, mientras que los estados que no cuentan con servicio de hemodiálisis interna son Hidalgo, Morelos y Querétaro. Los estados con mayor porcentaje de personas en hemodiálisis interna son Nuevo León, Veracruz y Baja California Norte, con cifras que rondan el 80%; en tanto que los estados con mayor porcentaje de hemodiálisis subrogada son Distrito Federal Norte, Puebla y Estado de México Poniente, con cifras alrededor del mismo porcentaje. Es menester mencionar que la cifra de personas en hemodiálisis, tanto interna como subrogada, va en aumento pues mientras en 2016 se tenía una cifra alrededor de 15 000 personas, para 2017 se reportó una cifra de poco más de 17 000 personas; en la primera mitad de 2018 se reportaron casi 9 000 personas en hemodiálisis.

Respecto a los costos, tanto de hemodiálisis interna como subrogada, en la información solicitada al IMSS a través de la PNT no se reportó el costo anual por delegación. Sin embargo, se enviaron los contratos celebrados entre el IMSS y la iniciativa privada a partir de la Licitación Pública Electrónica Internacional bajo la Cobertura de Tratados para la Contratación Plurianual Abierta del Servicio de Hemodiálisis Subrogada, los cuales incluyen los costos de la hemodiálisis; en el caso del tratamiento subrogado sí incluye los costos totales y en el tratamiento interno se incluye únicamente el costo de la terapia, sin incluir material, equipo y recursos humanos necesarios. Los contratos celebrados se realizaron por periodos de 3 años 8 meses hasta 4 años.

Para el caso de la hemodiálisis subrogada se realizaron contratos con 18 empresas; los costos unitarios estipulados en pesos mexicanos van desde \$849.97, precio pactado con Laboratorios PISA SA de CV en el estado de Jalisco, hasta \$1 142.47 que fue el precio pactado

con Fresenius Medical Care de México SA de CV, Servicios Integrados Tecnológicos de la Salud MORGER SA de CV y Centro de Asistencia Renal SA de CV. Estos costos incluyen la terapia de hemodiálisis, material, equipo y recurso humano necesario. La empresa que obtuvo mayor número de contratos fue Fresenius Medical Care con presencia en 23 unidades hospitalarias, seguido de Laboratorios PISA SA de CV en 22 y en tercer lugar se ubica Centro de Diagnóstico Ángeles SA de CV en 13 unidades.

Para el caso de la hemodiálisis interna se realizaron contratos con 4 empresas; los costos unitarios estipulados en pesos mexicanos van desde \$180, precio pactado con la empresa Reactivos y Químicos SA de CV, hasta \$410 que fue el precio pactado con Laboratorios PISA SA de CV. La empresa que obtuvo mayor número de contratos fue Reactivos y Químicos SA de CV con presencia en 28 unidades hospitalarias, seguido de Fresenius Medical Care en 19 unidades. La empresa que mayor presencia tiene en las unidades hospitalarias del IMSS, tanto en hemodiálisis interna como en subrogada, es Fresenius Medical Care con presencia en 42 unidades hospitalarias de un total de 145.

4.2.2. Derecho a la salud: perspectiva de las personas con Enfermedad Renal Crónica

Cuadro 2
Dimensión de análisis en entrevistas a personas con ERC en hemodiálisis

Dimensión	Definición (de acuerdo a la Observación General 14)	Categoría de análisis
1. Disponibilidad	Número suficiente bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Los servicios incluyen factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como medicamentos esenciales definidos en el	Ventajas y desventajas respecto del programa de hemodiálisis intramuros y subrogada así como del protocolo de trasplante, personal, equipo, material e instalaciones dentro de los cuales se brinda el servicio de hemodiálisis, así como tiempos de espera de las sesiones.

	Programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS ²⁸⁸ .	
2. Accesibilidad	<p>Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna.</p> <p>a) No discriminación: establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, sin discriminación alguna.</p> <p>b) Accesibilidad física: alcance geográfico de todos los sectores de la población. Los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, se encuentren a una distancia geográfica razonable. Acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.</p> <p>c) Asequibilidad: los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos.</p> <p>d) Acceso a la información: derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.</p>	Ventajas y desventajas del programa de hemodiálisis intramuros y subrogado respecto de accesibilidad física, económica y acceso a la información, así como prácticas de discriminación llevadas a cabo en los servicios de hemodiálisis.
3. Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y respetuosos de la cultura de las personas y deberán estar concebidos mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.	Ventajas y desventajas del programa de hemodiálisis intramuros y subrogada respecto de prácticas encaminadas a mejorar el estado de salud de las personas, así como cuestiones relacionadas con el respeto a la cultura, valores y opiniones de las personas con Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis.

²⁸⁸ Organización Mundial de la Salud, “Model List of Essential Medicines. 21st List”, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325772/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.07-eng.pdf?ua=1>, consultado el 1 de septiembre de 2019.

4. Calidad	Establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.	Ventajas y desventajas del programa de hemodiálisis intramuros y subrogada respecto de personal capacitado, plantilla de personal, atención médica durante la consulta y en caso de urgencia, material, equipo e instalaciones en donde se brinda el servicio de hemodiálisis.
-------------------	---	--

Resultados en las personas que asisten a hemodiálisis al Hospital No 50 del IMSS

Cuadro 3
Datos de las personas entrevistadas en HGZ No. 50 IMSS

Nombre clave	Sexo-Edad	Ocupación	Causa de ERC	Años en hemodiálisis	Redes de apoyo
AA	M – 35 años	Desempleado. Pensión en trámite	Hipoplasia renal	5 años	Esposa e hija
DG	M – 31 años	Trabaja en empresa de mensajería	Hipertensión arterial	8 años	Esposa, hija y hermana
JC	M – 33 años	Contador público	Diabetes e hipertensión	2 años	Padres
LR	F – 39 años	Finada. Ama de casa	Desconocida	2.5 años	Esposo y dos hijos
JA	M – 26 años	Chofer particular	Hipoplasia renal	4 años	Hermano y su familia
AS	F – 28 años	Obrera	Hipoplasia renal	4 años	Padres

Disponibilidad

Las personas manifestaron que es una ventaja significativa que exista el programa de trasplante dentro del IMSS, que la subrogación del servicio de hemodiálisis hacia IGSA ha permitido que las personas que llevan sus sesiones en el IMSS sean programadas en tiempo y forma en el hospital, y que la comida que se sirve en el albergue que se encuentra a un costado del hospital no tiene ningún costo y ahí pueden acudir las personas fuera de programación que se encuentran esperando sesión de hemodiálisis. También como ventaja existe que cuentan con atención nutricional o psicológica.

Como desventajas en cuanto a la disponibilidad se encontró que aunque existe programa de trasplante dentro del IMSS el protocolo se tiene que realizar en la ciudad de Monterrey por lo que hay que acudir a las consultas cada tres meses; el HGZ No. 50 no cuenta con personal ni quirófanos adecuados para realizar el trasplante. También se encontró que hace falta personal en el servicio de hemodiálisis y que hay personas que se encuentran fuera de la programación de las sesiones de hemodiálisis por lo que deben formarse; si en cualquier momento se les nombra y no se encuentran, se les elimina de la lista de espera, teniendo que formarse nuevamente.

Otras desventajas son que si una persona con ERC en hemodiálisis acude al hospital por una situación de urgencia sí se le atiende, pero ya reestablecido deben acudir al hospital que les corresponde aunque su nefrólogo tratante se encuentre en el hospital al que acudieron a urgencias. Además, no existen suficientes médicos especialistas que atiendan las necesidades de las personas con ERC en hemodiálisis. El HGZ No. 50 solo cuenta con alrededor de 15 máquinas para hemodializar y no existen lugares en donde se puedan hemodializar personas de la periferia, por lo que deben acudir a la ciudad de San Luis Potosí a sus sesiones.

Cuadro 4
Ventajas y desventajas de la disponibilidad en servicios de salud en el HGZ No. 50

Ventajas	Desventajas
<p>- “[...] ahorita ya subrogaron a muchos, han subrogado por bloques y los han mandado a otra institución, ya somos menos y entonces ya no tardan tanto. Lo que hago es que aquí cerca hay un albergue y ahí te dan de desayunar en las mañanas” (JC, 8 de mayo de 2019).</p> <p>- “Nutrición no vengo, la verdad no vengo pero si hay esa atención. De psicología también vengo, pero ya tengo rato que no vengo, como unos 3 meses. Las consultas me las hacían cada 2 meses; desde que empecé si venía pero ahorita ya lo dejé, ya no he reprogramado” (AS, 26 de mayo de 2019).</p>	<p>- “Estuve fuera de programación como 7 meses, entre en diciembre y me programaron como en junio o julio” (LR, 12 de mayo de 2019).</p> <p>- “[...] casi siempre en las noches sacan al personal; llegan 5 enfermeras y se quedan 3, porque les faltó personal en otra área y siempre es sacar de hemodiálisis a las enfermeras para cubrir otras áreas. Siempre utilizan de comodín esta área” (JC, 8 de mayo de 2019).</p>

Accesibilidad

Las ventajas percibidas por las personas entrevistadas en cuanto a la accesibilidad son que se les brinda información acerca de cuidados en el hogar, pero consideran que se brinda mayor información en la terapia de diálisis peritoneal que en la terapia de hemodiálisis. Además, la distancia es favorable para las personas que viven cerca del hospital.

En cuanto a las desventajas percibidas se encuentran la discriminación por parte del personal de salud y hostigamiento respecto al cambio de modalidad de terapia de sustitución – de la hemodiálisis a la diálisis-, lo que resulta en que a las personas no se les programen sus sesiones. En cuanto a la asequibilidad manifestaron que el hecho de que no se encuentre autorizado el acompañante para el viaje de protocolo de trasplante a la ciudad de Monterrey, ocasiona que se genere un gasto extra y que en ocasiones deben comprar medicamento que no les proporciona el instituto o gastar en procedimientos que no se han podido realizar dentro del mismo, además que el estar fuera de programación en las sesiones de hemodiálisis les orilla a pagar en hospital privado la sesión.

También se encontró que en cuanto al acceso a la información, las personas externaron que aunque se encuentran carteles pegados en las paredes con los derechos de los pacientes, no se les brinda información acerca de sus derechos y que éstos difícilmente se pueden reclamar o están muy fuera de la realidad; dos personas manifestaron que no se les brindó información acerca de su padecimiento durante la etapa del embarazo, que fue en el momento en el que se les detectó la ERC.

Cuadro 5
Ventajas y desventajas de la accesibilidad en servicios de salud en el HGZ No. 50

Ventajas	Desventajas
- “De la hemodiálisis el doctor me explicó que el tratamiento era agresivo en determinado momento si yo no me cuidaba, si no mantenía mis niveles tanto de azúcar como de presión, porque lo que hacía el tratamiento era limpiar la sangre de todo a todo, sin saber si era bueno o era malo. Aquí las enfermeras, la mayoría, cuando te atienden te dicen que hagas determinadas cosas que te van a servir, ellas mismas te van	- “¿Su hemodiálisis siempre se la han realizado en el Seguro Social?” - “Siempre me la han realizado aquí, solamente en 3 ocasiones he pagado para que me la hagan en una institución privada porque yo estoy fuera de programa, entonces yo tengo que venir a formarme para que en alguna hora del día, si hay algún espacio, me atiendan” (JC, 8 de mayo de 2019).

instruyendo a que mejores hábitos y cosas para que esto vaya funcionando mejor” (JC, 8 de mayo de 2019).

- “Sí, hace como 2 meses vine como a una plática que da trabajo social para que sepas de tu enfermedad y cómo la debes de sobrellevar. Las enfermeras me dijeron cuando comencé y cuando me pusieron el catéter me platicaron más o menos qué era la hemodiálisis” (AS, 26 de mayo de 2019).

- “A mí me mandaron directo a hemodiálisis y después de un año me querían mandar a la diálisis. Incluso ya me estaban diciendo, me hicieron firmar un papel dónde yo aceptaba la peritoneal porque si no ya no me iban a atender aquí. Yo tuve que firmar y por esa razón ya no tengo programa, porque como yo firmé que yo me iba a ir a peritoneal, ahora se justifican diciéndome que no me pueden dar un programa porque ahí yo firmé que me iba a ir. Sin embargo, yo lo firmé para que no me sacaran del servicio. Ponían unos papeles en donde decía que tal persona y tal persona, ya no iban a ser atendidos y no los atendían. Venían y no los atendían” (JC, 8 de mayo de 2019).

Aceptabilidad

Las ventajas percibidas por las personas entrevistadas son que su opinión es tomada en cuenta respecto al cambio de modalidad de terapia de sustitución y que, como parte del mejoramiento en su estado de salud, las sesiones de hemodiálisis no se ven interrumpidas si las personas se encuentran hospitalizadas, además que a algunas personas no se les coloca el catéter Mahurkar o se les coloca por poco tiempo lo cual disminuye el riesgo de infección en el sitio de inserción, instalándose la fístula arteriovenosa y que la atención en caso de urgencia dialítica ha sido inmediata, ya que se coloca el catéter Mahurkar y en seguida se programa la sesión de hemodiálisis.

Como desventajas señalaron que en algunas ocasiones su opinión no es tomada en cuenta porque ya son muchas personas con ERC y que existe falta de interés por parte de los médicos en sus pacientes ya que al momento de la consulta no se realizan valoraciones exhaustivas. También manifestaron que los trámites burocráticos son engorrosos, que los estudios de laboratorio son cada 3 meses, que el tiempo de espera en personas con programación es de 4 a 10 horas y en personas sin programación es de días, además que el horario de atención al ser de 24 horas provoca que la salida de las sesiones de hemodiálisis pueda ser a cualquier hora, lo

que obliga a usar taxi. Además, existe falta de coordinación en programación de traslados en ambulancia para pacientes de servicio subrogado de hemodiálisis.

Cuadro 6
Ventajas y desventajas de la aceptabilidad en servicios de salud en el HGZ No. 50

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> - “Después de que le dieron la orden médica ¿Cuánto fue que tardó para que iniciara el proceso en sí?” (de hemodiálisis) - “En sí me lo hicieron luego luego, en ese mismo día porque a mí me detectaron con muy poca hemoglobina, ya no me contaban, en ese mismo rato me hicieron todo de volada” (AA, 6 de mayo de 2019). - “De lo que me acuerdo, ya cuando me estaba recuperando (cuando aún se encontraba internada en el hospital), siempre me trajeron a la sesión” (LR, 12 de mayo de 2019). 	<ul style="list-style-type: none"> - “Yo he estado aquí hasta 3 días esperando a que me den una sesión de hemodiálisis, durmiendo porque no te puedes ir. Muchas veces ya eres el siguiente de la lista y si no estás te van a brincar y ya no te van a pasar” (JC, 8 de mayo de 2019). - “[...] la doctora no me quería dar la receta para yo surtirla aquí en el Seguro y tuve que comprarlas por fuera. La verdad no sé porque no me querían dar la receta, la doctora decía que no la necesitaba y la tuve que comprar por fuera y al aplicarme esas inyecciones si me puse mejor, sí me recuperé de la anemia” (JA, 12 de mayo de 2019).

Calidad

Como ventajas percibidas se encuentran, la atención en caso de complicaciones no se ve mermada ya que existe el servicio de urgencias en el hospital; la atención y experiencia del personal de enfermería también se señaló como una ventaja además que se utiliza un filtro nuevo en cada sesión de hemodiálisis.

Respecto a las desventajas se indicó que no existe un protocolo de atención de emergencia en caso de que algo en el servicio de hemodiálisis falle, como es la ruptura de la tubería o un fallo en la luz. Igualmente se señaló la falta de mantenimiento de las máquinas de hemodiálisis, la atención lenta en caso de complicaciones, personal con poca capacitación en manejo de fístulas o no se preparan el tiempo suficiente, pérdida de expedientes por parte del personas y que el pesaje previo a la sesión la realizan las mismas personas que asisten a la hemodiálisis.

Cuadro 7
Ventajas y desventajas de la calidad en servicios de salud en el HGZ No. 50

Ventajas	Desventajas
<p>- “[...] considero que sí, que es a tiempo (la atención en complicaciones), porque una vez se puso malo un compañero en el pasillo y en ese momento estaban todas (las enfermeras del servicio de hemodiálisis) y lo estuvieron reanimando al señor. Nos dejaron a nosotros acá adentro, que estábamos estables, y estaban enfermeras y doctores” (LR, 12 de mayo de 2019).</p> <p>- “¿Qué complicaciones ha tenido durante las sesiones de hemodiálisis y si han sido atendidas en su momento?”</p> <p>- “Sí, a mí me baja mucho la presión, me baja demasiado y hasta eso hay enfermeras que son muy atentas, pero otras no, ahí te dejan. Cuando uno está demasiado grave le mandan a hablar al médico, pero por ejemplo, en mi caso, me baja la presión, me empiezo a sentir mal y se me tapan los oídos y veo borroso, le hablo a la enfermera y va y me ponen un bote de glucosa para estabilizarme y con eso me estabilizo” (AA, 6 de mayo de 2019).</p>	<p>- “Si los llegan a regresar porque las máquinas estén descompuestas ¿se les cita al día siguiente?”</p> <p>- “No, ya te tienes que aguantar hasta la otra sesión. Yo cuando no tengo una sesión me siento mareado, me da asco el olor como a cloro y me da vómito, si no llevé cuidado de que haya tomado líquidos y así, eso me pasa” (DG, 7 de mayo de 2019).</p> <p>- “Yo creo que deberían tener mejor equipo de hemodiálisis, porque hay muchas veces que hay muchas fallas de las máquinas, a veces se atrasan por lo mismo que hay 5 máquinas descompuestas, los brazaletes de la presión luego no sirven” (JA, 12 de mayo de 2019).</p>

Resultados en las personas que asisten a hemodiálisis a la institución privada, IGSA Medical Services

Cuadro 8
Datos de las personas entrevistadas en IGSA Medical Services

Datos de las personas entrevistadas					
Nombre clave	Sexo-Edad	Ocupación	Causa de ERC	Años en hemodiálisis	Redes de apoyo
LG	M – 26 años	Comerciante	Hipoplasia renal	11 años	Padres
EG	M – 51 años	Pensionado	Hipertensión arterial	5 años	Esposa e hijos
LA	M – 33 años	Pensionado	Hipoplasia renal	6 años	Esposa e hijo
JJ	F – 32 años	Pensionada	Hipoplasia renal	13 años	Hijos

OA	M – 30 años	Albañil. Pensión en trámite	Consumo de drogas	14 años	Madre, esposa e hijas
ED	M – 28 años	Técnico superior universitario	Hipoplasia renal	6 años	Madre y abuela

Disponibilidad

Referente a las ventajas, las personas entrevistadas manifiestan la existencia del servicio de psicología y nutrición, además que se cuenta con transporte gratuito desde el HGZ No. 1 o la alameda de la ciudad de San Luis Potosí hasta IGSA. También como ventajas se cuentan las sesiones programadas de hemodiálisis, en su mayoría 3 sesiones a la semana; la realización de una lista de chequeo a las máquinas previo a la sesión de hemodiálisis y mayor cantidad de máquinas de hemodiálisis, ya que se cuenta con alrededor de 50 máquinas.

Respecto de las desventajas se cuenta que la clínica no cuenta con área de urgencias o un área de choque, además que no hay seguimiento a las personas por parte del servicio de psicología y nutrición pues no hay quien atienda el servicio, están muy ocupados o no atienden a las personas que llegan en ambulancia. También manifiestan que falta un nefrólogo que se encuentre en el servicio, además de la desventaja que tiene realizar el trámite de subrogado cada mes ya que si no se realiza dicho trámite, no se les atiende; el trámite se lleva alrededor de 4 días.

Cuadro 9 Ventajas y desventajas de la disponibilidad en servicios de salud en IGSA Medical Services

Ventajas	Desventajas
- “Afortunadamente los que dirigieron este movimiento (subrogación en IGSA) nos mandaron un servicio de transporte gratuito y es el que estamos usando actualmente. Desde el primer día que fuimos nos llevaron hasta el hospital y todavía con miedo llegamos y nos atendieron en menos de media hora, era el máximo, siendo que en Seguro de Zapata era hasta dos días de espera para atendernos” (EG, 11 de abril de 2019).	- “[...] el subrogado es más rápido ahorita con la moto, más fácil, pero cuando no traes pa la Gasolina, hay que moverse hasta el siguiente día. Hay que hacer los sellos de vigencia y todo eso, cada mes. Te piden los sellos de vigencia, copias y hay que ir al Zapata, hay que venir aquí a Soledad a la 5 (clínica de medicina familiar) y luego regresarnos a sellar de vuelta al Zapata, son como 3 o 4 vueltas lo que hay que dar, las copias hay que

<p>- “Tengo 3 sesiones es martes, jueves y sábado y duro solo 3 horas. Entro a las 6 de la mañana y salgo a las 9 o 9 15, en lo que me desconectan. Siempre he ido a esa hora, yo elegí temprano” (OA, 19 de junio de 2019).</p>	<p>entregarlas en IGSA si no, no pasamos a hemodiálisis” (OA, 19 de junio de 2019).</p> <p>- “No sé por qué nos traen vuelta y vuelta. Yo creo que sería lo mejor, porque muchas de las veces uno no anda así que digas ¡ando bien animado, vamos al subrogado!, padece uno de la presión, la mano hinchada, que muy apenas camina. Lo mejor sería que mandaran todo un paquete para allá, ya nomás que la encargada lo busque y lo firme” (LA, 30 de mayo de 2019).</p>
--	--

Accesibilidad

Las personas entrevistadas manifiesta que cuando se realizó la subrogación en el año 2015, sí se realizaron juntas informativas previas. Sin embargo, algunas personas de las entrevistadas comentan que no se les avisó con tiempo.

Como desventaja señalan que la distancia es mayor que la distancia del HGZ No. 50 y el transporte público hacia allá es limitado. De igual manera comentan que no se les brinda información acerca de los derechos que tienen como pacientes, que existe discriminación pues se ha negado atención a una persona que demandó porque se puncionó mal una fístula o porque llegan algunos minutos tarde, aun cuando hay personas que también llegan tarde y sí se les atiende. Las personas informan también que no hay información acerca de quién es él o la responsable de la clínica para saber a quién dirigir una queja si existe algún incidente.

Por último señalan que en algunas ocasiones han tenido que gastar dinero en medicamento, específicamente en la eritropoyetina y que en el buzón de quejas y sugerencias nunca dan respuestas.

Cuadro 10
Ventajas y desventajas de la accesibilidad en servicios de salud en IGSA Medical Services

Ventajas	Desventajas
<p>- “Hubo juntas, como 4, a unas sí fui y a otras no, por el trabajo. Hicieron juntas en el auditorio del primer piso” (del Hospital General No. 1) (ED, 23 de junio de 2019).</p>	<p>- “Se me hizo más pesado en IGSA por que la distancia es más larga, el transporte es muy limitado, no hay mucho camión que vaya para aquel lado, está muy solo el lugar. Se me</p>

<p>- “Sí, hicieron unas juntas en la mañana en una sala que esta por el elevador y ya nos dijeron que nos iban a mover para la clínica. [...] acá íbamos a entrar todos cada quien a su hora, íbamos a estar bien, porque nada más es una sala para eso y con más máquinas, más enfermeras, los doctores nada más ahí, dije pues está bien. Lo único que era un poco de preocupación era que si las enfermeras iban a estar realmente capacitadas o con la experiencia que las del zapata tenían” (LA, 30 de mayo de 2019).</p>	<p>hacía más rápido correr para el Zapata que para IGSA” (LG, 27 de mayo de 2019).</p> <p>- “He comprado, por ejemplo, cuando no hay eritropoyetina yo las compro”. “[...] En las eritropoyetinas, me las dan en \$400 la caja con 6. Si tengo para una me compro una y si tengo para dos, pues para dos, porque de eso a que me estén transfundiendo, pues no” (JJ, 6 de junio de 2019).</p>
---	---

Aceptabilidad

En las entrevistas se ha señalado como ventajas que las enfermeras que atienden en el servicio de hemodiálisis son amables pero la mayoría de las veces no muy capaces; existen buenos elementos operativos. También mencionan que el personal médico se preocupa por las personas, pero no siempre existe ese tipo de personal, además que se toma en cuenta la opinión de los pacientes. Otras ventajas son que los tiempos de espera son más cortos que en el IMSS, con un máximo de 30 minutos y que se realizan estudios de sangre cada mes; hay personas que mencionan que sí se incluye el panel viral en los estudios y otras mencionan que no se incluye.

En relación a las desventajas manifiestan que no existe supervisión a la clínica IGSA por parte de personal del IMSS, que en ocasiones el personal ha atendido en estado de ebriedad, que el chofer del transporte cambia muy seguido, por lo que no conoce a las personas y en ocasiones al no conocerlas no las sube al transporte para llevarlas a la clínica IGSA. Asimismo, se señala que hay que firmar una carta de consentimiento informado cada año, y que a las personas se les obliga a firmarla.

Cuadro 11
Ventajas y desventajas de la aceptabilidad en servicios de salud en IGSA Medical Services

Ventajas	Desventajas
<p>- “¿Se te realizan estudios de laboratorio? ¿Cada cuánto tiempo?”</p>	<p>- “[...] hace mucho ya no hubo otra supervisión y es lo que queremos, que vayan</p>

<p>- “Cada mes, los días primeros”.</p> <p>- “¿Qué laboratorios son? ¿Cada cuánto?”</p> <p>- “Química sanguínea y algo relacionado a virus, hepatitis. El panel viral no sé si sea cada mes, sí nos dan la hoja (con resultados) a veces solo me fijo en química sanguínea, no me fijo en el panel viral, pero este mes que ha pasado sí me hicieron panel viral” (ED, 23 de junio de 2019).</p>	<p>de la Delegación del Seguro, que estén al pendiente de nosotros, somos seres humanos, no somos animales, no somos cochinos que se van al chiquero y ahí que los arreglen, que los acomoden. ¡Somos seres humanos!” (JJ, 6 de junio de 2019).</p>
<p>- “Entrando por lo general nos conecta una enfermera amable, la mayoría de las veces no muy capaz pero si gentil y muy amable” (EG, 11 de abril de 2019).</p>	<p>- “[...] la hoja que nos dan a firmar cada año de tus derechos y tus obligaciones y derechos y obligaciones de la clínica, creo que están mal, porque en la clínica te dan a entender que si tú falleces o te pasa algo, ellos se deslindan de todo problema con tu familia. Tú ya vas a estar muerto y ellos se deslindan de todo, porque tú ya firmaste una hoja en enero, no recuerdo bien lo que dice, pero es como se deslindan de todo lo que pase, eso creo que no está bien, no es adecuado porque creo que tienen que tener alguna responsabilidad si a ti como paciente te pasa algo” (LA, 30 de mayo de 2019).</p>
<p>- “Cambiaría los buenos elementos porque IGSA tiene buenos elementos en cuestión de enfermería, los cambiaría para Zapata y preferiría irme a Zapata, porque fueron muchos años en Zapata y aunque ya tengo 4 años en IGSA, no logro acostumbrarme todavía y más con tanta anomalía, menos” (JJ, 6 de junio de 2019).</p>	

Calidad

Como ventajas se señalan que sí se atienden las complicaciones en las personas pero que la falta de capacitación merma la calidad en la atención; se atendió a una persona inmediatamente cuando fue llevada del IMSS a IGSA por una situación de urgencia. También se menciona que el pesaje de las personas que asisten a las sesiones de hemodiálisis lo realiza el personal de la clínica.

En cuanto a las desventajas manifiestan que no hay enfermeras especialistas, y que las enfermeras que atienden tienen poca experiencia pues cuentan con una capacitación de 15 días y en cuanto a la manipulación de fístulas se encuentran menormente capacitadas. Señalan que no se atienden las urgencias, sino que deben hablar al IMSS para que envíe una ambulancia ya que IGSA no cuenta con una, además que el personal de enfermería y medicina no se encuentra capacitado para atender casos de urgencia.

Las personas entrevistadas manifiestan que el desfibrilador y el carro rojo no cumplen su función o no sirven y que ante una complicación simplemente se interrumpe la sesión; no hay

material suficiente y adecuado o no existe, pues las agujas para puncionar la fístula no son del calibre que corresponde a cada persona que asiste a la hemodiálisis, no hay cubre sillón y tampoco cobertores, por lo que las personas deben llevar su cobija para utilizarla durante las sesiones. También se comenta que existe rotación continua de personal y que los procedimientos que anteceden a la sesión de hemodiálisis no son adecuados.

Por último mencionan que de principio se atendían 3 personas por enfermera pero que ahora son 4, lo que merma la atención, además que los filtros se reúsan hasta 12 veces y que su calidad disminuye con el uso.

Cuadro 12
Ventajas y desventajas de la calidad en servicios de salud en IGSA Medical Services

Ventajas	Desventajas
<p>- “Te nombran por un altavoz, te pesan, te dicen más o menos dónde vas, te lavas las manos o te ponen un gel antibacterial. [...] Ya después de la desconexión te vuelven a pesar, verifican ambos pesos y checan que sean correctos porque de acuerdo al peso es la cantidad de líquido que van a quitar” (ED, 23 de junio de 2019).</p> <p>- “Finalmente de ahí de la 50 me envían a IGSA pero ya de urgencia, porque ya tenía un pre infarto, ya estaba grave. Me envían y yo iba acostado en la camilla y no soportaba estar acostado; me fui sentado porque ya no podía respirar. Afortunadamente en ese entonces había una enfermera de nombre Sandra y su esposo era nefrólogo, ya no están, y ellos me atendieron inmediatamente. Yo ya no podía ni siquiera hablar. Abría la boca y me salía sangre y no podía respirar; batallaba mucho para respirar. Esa vez me atendieron de una manera muy profesional” (EG, 11 de abril de 2019).</p>	<p>- “La atención en el Seguro era más profunda, todo el material era nuevo, cada sesión de hemodiálisis los filtros eran nuevos y en IGSA ya no es nada nuevo. Todo es de reúso, el filtro es de reúso, entonces ahí es cuando se ve la calidad de cada sesión. Acá ya no se distingue bien cuando anda uno bien o cuando anda mal” (LG, 27 de mayo de 2019).</p> <p>- “La única diferencia son las enfermeras, porque las del Zapata ya tenían más experiencia en la hemodiálisis y en IGSA entran y salen enfermeras. Las mismas enfermeras las capacitan y no sé, no les gusta o no les gusta el trato de las jefas y salen; y entran y salen y así no hay enfermeras que tengan mucho tiempo. Creo que les falta más experiencia, pero su trabajo lo hacen, pero considero que necesitan más. Las mismas enfermeras las enseñan a montar máquinas y filtros y todo, cómo puncionar o el catéter, la limpieza y todo. Todo el procedimiento se lo enseñan ahí mismo. Yo creo que enfermeras que tengan experiencia, son jóvenes, pero son como unas 5 o 4, y las jefas. Yo creo que si les falta mucha experiencia” (LA, 30 de mayo de 2019).</p>

Además de estos hallazgos, las personas entrevistadas manifiestan que no existe alguna organización u asociación civil que apoye a las personas con ERC en terapia de hemodiálisis en la ciudad de San Luis Potosí, además que algunos sufrieron discriminación en sus trabajos y fueron cesados de sus actividades en cuanto se enteraron que padecían esta enfermedad. También señalaron que su vida ha cambiado radicalmente en cuando al desarrollo de actividades de la vida diaria y redes de apoyo, pues de principio la familia está con ellos en el transcurso del padecimiento, pero con el paso del tiempo se empiezan a alejar tanto familia como amigos. La mayoría de las personas entrevistadas no siguen una dieta balanceada, acorde a las necesidades físicas de una persona en terapia de hemodiálisis, algunas manifiestan la falta de seguimiento por cuestiones económicas.

Dos personas refirieron estar en protocolos de trasplante en un hospital público que no pertenece al IMSS. Ambos señalaron que este protocolo tiene un costo superior a los \$100 000; uno de ellos manifestó que “[...] la trabajadora social en una ocasión me dijo que si llegaba a pagar toda la cantidad a cubrir, que no importaba el número de lista, que se brincaba a todos sin importar, el chiste era cubrir toda la cantidad (de dinero) que piden, no importa en el lugar que vaya, así puedo ir en último lugar pero si llego con el dinero y cubro toda la cantidad que piden me trasplantan en la primera oportunidad que haya” (LG, 27 de mayo de 2019).

Para finalizar, todas las personas entrevistadas coinciden en que sus derechos como pacientes no les son explicados tanto en IMSS como en IGSA, encontrándose en ocasiones solamente con carteles pegados en paredes de ambas instalaciones con información alusiva al tema.

Cuadro 13
Ventajas y desventajas en servicios de salud en HGZ No. 50 e IGSA Medical Services de acuerdo a la Observación General No. 14

Dimensión	HGZ No. 50	IGSA Medical Services
	Ventajas y Desventajas	Ventajas y Desventajas
Disponibilidad	Atención nutricional y psicológica, con cita cada tres meses.	Atención nutricional y psicológica; servicio saturado; no atiende personas que son trasladadas en ambulancia.
	Falta de personal en el servicio de hemodiálisis; cuatro personas por enfermera además que el servicio sirve de comodín en turno nocturno.	Se atienden cuatro personas por enfermera.

	Existen personas fuera de programación.	Sesiones de hemodiálisis programadas.
	Sólo se cuenta con 14 máquinas de hemodiálisis.	Mayor cantidad de máquinas de hemodiálisis (62).
Accesibilidad	Se brinda información acerca de cuidados en el hogar; no se brinda información de derechos del paciente.	No se brinda información acerca de los derechos del paciente.
	Distancia larga, pero existen varias rutas de autobús hacia el hospital.	Distancia es mayor y el transporte es limitado.
	En ocasiones la persona compra medicamento o gasta en procedimientos que no se ha podido realizar en el instituto.	Las personas deben gastar en medicamento (específicamente la eritropoyetina).
Aceptabilidad	Hay servicio de urgencias en el hospital para la atención en caso de complicación, pero a veces la atención es lenta.	Se atienden las complicaciones pero la falta de capacitación merma la calidad de la atención. Deben esperar a la ambulancia para el traslado de la persona.
	Tiempo de estancia en personas con programación es de 4 a 10 horas; sin programación es de hasta 2 días.	Tiempos de estancia máximo de 4 horas.
	Las sesiones de hemodiálisis no se ven interrumpidas si las personas con ERC se encuentran hospitalizadas.	En la experiencia propia se ha visto que en las personas que se encuentran internadas en el IMSS y acuden a hemodiálisis subrogada, sus sesiones son interrumpidas y deben esperar a que la ambulancia del IMSS los traslade a dichas sesiones.
Calidad	Atención y experiencia de personal de enfermería, pero existe personal con poca capacitación en fístulas pues no se preparan el tiempo suficiente.	Personal de enfermería con poca experiencia; capacitación de quince días.
	Filtro nuevo en cada sesión de hemodiálisis.	Los filtro se reúsan hasta doce veces y su calidad disminuye con el uso.
	El pesaje previo a la sesión lo realizan las mismas personas que asisten a la hemodiálisis.	Pesaje previo a la sesión por parte del personal de la clínica.

4.3. Discusión

De acuerdo a la síntesis que se realiza en el Cuadro 13, las personas entrevistadas que acuden al servicio de hemodiálisis tanto al HGZ No. 50 como a IGSA mencionan que en cuanto a la **disponibilidad** de servicios de salud, aunque se cuenta con atención psicológica y nutricional en ambos lugares, las citas son muy espaciadas o el servicio se encuentra sobresaturado por lo que, aunque se brinden dichos servicios, no se tiene la precaución de los derechohabientes acudan a estos y se les dé seguimiento.

Las personas entrevistadas también coinciden en que hace falta personal de enfermería, pues en los dos lugares se encuentran laborando con un número de pacientes que no permite que el servicio sea brindado de manera adecuada, sino que las y los enfermeros se ven apresurados en realizar sus actividades durante las sesiones de hemodiálisis.

Es fundamental mencionar que aunque el HGZ No. 50 e IGSA coinciden en puntos anteriores, difieren en que IGSA tiene a disposición 62 máquinas de hemodiálisis para brindar su servicio, en tanto el HGZ No. 50 solamente cuenta con 14 máquinas, las cuales trabajan alrededor de 20 horas diarias lo que merma su funcionalidad, mientras que las máquinas en IGSA funcionan de 6 am a 10 pm, lo que permite que no se sobrecaliente el equipo. También en cuanto a disponibilidad IGSA tiene una ventaja, pues todas las sesiones de hemodiálisis son programadas, mientras que en el HGZ No. 50 hay personas que se encuentran fuera de programación, lo que aumenta los tiempos de espera.

Respecto a la **accesibilidad**, en ninguno de los servicios de hemodiálisis se brinda información acerca de los derechos del paciente, aunque la información se encuentra exhibida en las paredes de las instalaciones. En cuanto a la accesibilidad física, IGSA tiene que la desventaja de que la distancia del centro de la ciudad hacia sus instalaciones es mayor, además de que el transporte público hacia esa zona es limitado; esto se ve contrarrestado en la prestación del servicio de transporte por parte de la empresa. Sin embargo, dicho transporte en ocasiones no sube a su vehículo a algunas personas porque no las ve o no las conoce.

Tanto en IGSA como en el HGZ No. 50, las personas que acuden al servicio de hemodiálisis han tenido que hacer un gasto extra para comprar medicamentos. No obstante, las personas que acuden al HGZ No. 50 han tenido que gastar en procedimientos que no se les han

podido realizar en el instituto, como es el pago de sesión de hemodiálisis en una clínica particular como consecuencia de largos tiempos de espera.

En cuanto a la **aceptabilidad** el HGZ No. 50 tiene una ventaja mayor sobre IGSA, pues se cuenta con servicio de urgencias dentro del hospital para atención en caso de complicación, aunque a veces la atención es lenta, mientras que en IGSA se atienden las complicaciones pero se debe esperar el arribo de la ambulancia para que la persona sea trasladada al hospital o de lo contrario la persona se debe trasladar por sus propios medios. Es necesario mencionar que aunque la Licitación pide como requisito una ambulancia en las instalaciones de IGSA, la empresa no cuenta con dicha prestación, por lo que debe llamar al IMSS para que le sea brindada una.

Como desventaja para el HGZ No. 50, se tiene que el tiempo de estancia de una persona que acude a su sesión de hemodiálisis programada es de 4 a 10 horas, mientras que el tiempo de estancia para una persona que se encuentra fuera de programación es de hasta 2 días. IGSA cuenta con la ventaja de que todas las sesiones son programadas, por lo que el tiempo de estancia máximo de una persona es de 4 horas.

Las personas que acuden a sesión de hemodiálisis al HGZ No. 50 tienen la ventaja de que sus sesiones de hemodiálisis no se ven interrumpidas si se encuentran hospitalizadas, en tanto que en las personas que acuden a sesión a IGSA y se encuentran hospitalizadas las sesiones sí son interrumpidas y hay que esperar a que se coordine el traslado en ambulancia por parte del instituto y la recepción por parte de IGSA de dicha persona. Sin embargo, algunas de las personas entrevistadas que acuden a IGSA mencionan que si los tiempos de espera dentro del IMSS fueran más cortos y se programaran sus sesiones de hemodiálisis, volverían al servicio de hemodiálisis interna.

Concerniente a la **calidad**, el HGZ No. 50 cuenta con personal experto en el área de hemodiálisis, es decir, aunque se capacite por poco tiempo al personal, la experiencia la va dando la práctica puesto que en el servicio de hemodiálisis la rotación de personal es mínima. Sin embargo, al igual que en IGSA, no se cuenta con la documentación que avale la capacitación suficiente de personal, además de que en IGSA hay mayor rotación de personal, lo que genera que se deba estar capacitando en tiempos muy cortos a las personas y que se tenga poca experiencia en la conexión de fístulas, por dar un ejemplo.

Es menester mencionar que en el HGZ No. 50 en cada sesión de hemodiálisis se utiliza un filtro nuevo, lo que es una desventaja en IGSA pues aunque el reúso de los filtros se traduce en menores pérdidas económicas, la calidad de estos disminuye ya que se reutilizan hasta 12 veces; esta situación es mencionada en algunas de las entrevistas realizadas a personas que acuden a IGSA. Como desventaja en el HGZ No. 50, se encuentra que el pesaje previo a la sesión lo realizan las mismas personas que asisten a la hemodiálisis, mientras que en IGSA en pesaje lo realiza personal de la clínica. Es necesario mencionar esto pues de acuerdo a la NOM 003 este procedimiento debe ser realizado por personal de salud.

Para finalizar, algunas de las personas entrevistadas que tuvieron oportunidad de llevar a cabo sus sesiones de hemodiálisis dentro de instalaciones del IMSS, ya sea en el HGZ No. 50 o en el HGZ No. 1, y que después fueron enviadas subrogadas a instalaciones en IGSA, mencionan que encuentra más fallas dentro del servicio de hemodiálisis interna que en el servicio de hemodiálisis subrogada; esta cuestión tiene que ver sobre todo con los tiempos de espera y la programación de sesiones de hemodiálisis²⁸⁹. Sin embargo, también hay personas que ponen como objeción que IGSA no cuenta con área de urgencias, por lo que las complicaciones tardan en manejarse y que no hace cambio de filtro en cada sesión de hemodiálisis, como sucede en el IMSS²⁹⁰. Todas las personas entrevistadas que son subrogadas a IGSA encuentran un obstáculo en lo que ellos llaman “la firma del subrogado”, que es el reunir firmas de manera mensual en

²⁸⁹ - ¿Le gustaría que la hemodiálisis volviera de nuevo al Seguro? “No, porque sería mucho tiempo de espera y como que las gentes más altas del Seguro como que no les importa ponerle la atención adecuada a algo que realmente es importante, darle más espacio (al área de hemodiálisis), o no sé, o el horario que sea puntual, que no se atarse con nada, que les tengan todo a las enfermeras, que no falle el agua, el drenaje. Si todo fuera como acá (en IGSA), que apenas llegan y atienden a otro y montan la máquina y el lavado y todo, 30 minutos a lo máximo y ya pasas, yo creo que si estuviera así, si se pudiera volver ahí (al IMSS), que al cabo ya conoces a las enfermeras, ya es más fácil, ya hay más comunicación, ya está más bien” (LA, 30 de mayo de 2019). “Si es la única posibilidad de hemodiálisis si me regresaría (al IMSS), si no, pues me quedo en IGSA porque es menos tiempo. Anteriormente pasaba mucho tiempo en el Seguro, por eso digo, depende de las condiciones, si cambia, depende qué condiciones sean (ED, 23 de junio de 2019).

²⁹⁰ “De estar en el Seguro a estar en IGSA, yo creo que la posibilidad de querer estar en el Seguro es de un 90%, porque tan solo está el área de urgencias, en 3 minutos ya está en el área de shock y acá en IGSA no, entonces tiene muchas cosas que le falta. IGSA es una clínica, no es un hospital y el hospital de Zapata sí es un hospital. El hospital cuenta con todo lo habido y por haber y la clínica no. Esa es la gran diferencia” (JJ, 6 de junio de 2019). “[...] en los filtros también, que se usan 12 veces, pero si yo llego a hemodiálisis, a pagar mi hemodiálisis, me cambian el filtro cada sesión, si la pago, porque hay mucha gente que llega de dinero y les hacen hemodiálisis y a ellos si les cambian el filtro como es y a nosotros como somos del IMSS, pos no” (OA, 19 de junio de 2019).

un formato brindado por el IMSS con la finalidad de dar continuidad a sus sesiones de hemodiálisis.

Es en cuestiones descritas con anterioridad en cuanto a la perspectiva de las personas con Enfermedad Renal Crónica que el Estado a través de las instituciones no cumple con sus obligaciones de **respetar, proteger y cumplir**. Por dar algunos ejemplos, en el IMSS se hostiga a las personas al cambio de modalidad –de hemodiálisis a diálisis- y si estas no aceptan, se les castiga con no programarles sus sesiones de hemodiálisis; de esta manera, no se está respetando la opinión de las personas respecto de qué es lo que les conviene más en cuanto a su tratamiento, además de que el instituto vela por mantener menores pérdidas económicas al decir que la diálisis peritoneal resulta más económica.

Asimismo, si bien la subrogación del servicio de hemodiálisis ha representado un desahogo en cuanto a la reducción de pacientes atendidos dentro del instituto, el IMSS no se ha encargado de realizar las supervisiones pertinentes en tiempo y forma e igualmente el personal que labora tanto en el HGZ No. 50 como en IGSA no reúne condiciones necesarias en cuanto a educación, experiencia y deontología, puesto que no reúnen la documentación necesaria que avale los conocimientos en la prácticas de la hemodiálisis, además de que el personal de salud discrimina al momento de seleccionar a la persona que va a recibir la sesión de hemodiálisis o a decidir en qué momento será atendida.

El Estado, a través del instituto, no cumple con medidas administrativas y presupuestarias para dar efectividad al derecho a la salud. Ejemplo de ello son “la firma del subrogado”, que favorece la burocratización y representa un obstáculo para la atención de la personas que acuden a sesiones de hemodiálisis subrogada en IGSA, puesto que si el papel de subrogado no reúne todas las firmas, entonces no se brinda la atención; por lo que las personas con ERC, sea cual sea su estado de salud, deben reunir las firmas a condición de ser atendidas.

Asimismo, el número insuficiente de máquinas de hemodiálisis dentro del HGZ No. 50, conlleva a que los tiempos de espera sean prolongados y que en consecuencia algunas personas deban acudir a sesiones de hemodiálisis en clínicas privadas pagando de su propio bolsillo, dando cuenta así de que la atención en salud en el subsistema de salud público no es asequible. Lo mismo sucede con el gasto extra que realizan las personas en cuanto a medicamento y procedimientos que, ya sea por falta de presupuesto, por tiempos de espera prolongados o por falta de infraestructura, no se pueden brindar por parte del instituto.

Ahora bien, relativo a las empresas que celebraron contratos con el IMSS para el servicio de hemodiálisis en el periodo 2015-2019, algunas no han cumplido con los contratos celebrados anteriormente con la institución o han existido irregularidades, como es el caso de Clínicas Periféricas y Ambulatorias S.A. de C.V. que prestaba el servicio de hemodiálisis subrogada en el estado de Querétaro y que en noviembre de 2017 se echó abajo el contrato con valor superior a 300 millones de pesos debido a que no cumplía con requerimientos técnicos que no se habían evaluado de manera adecuada previamente.

Por lo anterior, se emitió un nuevo fallo en favor de Médica Santa Carmen como nuevo proveedor, con un contrato por 165 millones de pesos con vigencia de noviembre de 2017 a septiembre de 2019²⁹¹, aun incumpliendo con normatividad ya que ocultó ductos de gas de PEMEX con pasto sintético y esto pone en riesgo a las personas que acuden a dicho servicio, pues la distancia mínima de este tipo de instalaciones es de 150 metros²⁹².

Fresenius Medical Care y Reactivos y Químicos también ha tenido situaciones irregulares en cuanto a la contratación del servicio de hemodiálisis, pues ambas ocasionaron al IMSS un daño patrimonial por 557 millones de pesos por el servicio de hemodiálisis interna. La situación se dio luego de que Fresenius ofrecía sus servicios a un costo de entre \$ 180 y \$ 190 pesos, pero al final decidió no firmar dos contratos, por lo que estos se asignaron a Reactivos y Químicos pero con un precio de \$400 y \$410; la Secretaría de la Función Pública inhabilitó a Fresenius por 2 años y medio y se le impuso una multa por 1 millón de pesos, lo que significa que podrá participar o participó en la licitación del año en curso²⁹³.

Isha International SA de CV o IGSA Medical Services SA de CV, que en el estado de San Luis Potosí ganó las licitaciones del HGZ No. 1 y HGZ No. 50 por la cantidad de 55 millones y 73 millones respectivamente²⁹⁴, fue denunciada por un grupo de personas que acudían al servicio de hemodiálisis en Ciudad Juárez, Chihuahua, por lo que la COEPRIS acudió a realizar una verificación. De acuerdo a la denuncia, las personas informaron que se les vendía el catéter que

²⁹¹ SÁNCHEZ, Arely, “Admite IMSS error en licitación de Qro”, *Reforma*, México, 8 de noviembre de 2017.

²⁹² REDACCIÓN AM, “Disfrazan ductos y ganan contrato”, *AM*, México, 15 de noviembre de 2017.

²⁹³ CRUZ MARTÍNEZ, Ángeles, “IMSS deberá lidiar con empresas que le causaron quebrantos por \$557 millones”, *La Jornada*, México, 7 de marzo de 2019.

²⁹⁴ Diario Oficial de la Federación, Octava Sección, jueves 19 de noviembre de 2015, p. 46.

ocupaban para su tratamiento a un costo de \$ 3500 y que no existía un nefrólogo presente en las sesiones²⁹⁵.

La COEPRIS también señaló que la clínica Isha fue acusada por una de las personas que acudía a las sesiones de hemodiálisis de haber sido contagiada de hepatitis C en sus instalaciones. Se acudió a revisar la clínica en donde se encontraron malos procedimientos médicos, pero al cambiar la empresa de razón social a IGSA se frenó el procedimiento; se detectaron anomalías como falta de personal médico, falta de manual de procedimientos y deficiencias en las instalaciones y equipo médico. El área de comunicación social de la COEPRIS del estado de Chihuahua, mencionó que las anomalías encontradas no representaban un riesgo para la salud²⁹⁶.

El panorama anteriormente descrito, en donde se puntualizan irregularidades tanto en las empresas con las que se celebraron contratos para la subrogación de servicio de hemodiálisis así como en el IMSS, es repetido en la ciudad de San Luis Potosí, pues como respuesta a la solicitud de información realizada al IMSS a través de la PNT con folio 0064101436219, la jefatura delegacional de prestaciones médicas de San Luis Potosí informa que la certificación de la empresa IGSA ante el Consejo de Salubridad General no es indispensable para la contratación de los servicios, no así la licencia y permisos correspondientes ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS); esta información contrasta con la convocatoria de la Licitación Pública para el Servicio de Hemodiálisis Subrogada en donde se hace mención de este requisito y con el mismo contrato Núm. D5M1163 signado entre IMSS, IGSA e Isha el 18 de septiembre de 2018 (solicitud de información folio 0064101224719). Es fundamental mencionar que el HGZ No. 50 no cuenta con dicha certificación, mientras que IGSA se encuentra en proceso de hacerlo²⁹⁷.

IGSA Medical Services e Isha International en el contrato anteriormente mencionado, manifiestan que reúnen condiciones de organización, experiencia, personal capacitado y demás

²⁹⁵ MARTINEZ, Josefina, “Investigará Coespris servicio subrogado de hemodiálisis”, *El Diario*, Ciudad Juárez, 5 de marzo de 2015.

²⁹⁶ ÁVILA, Cinthya, “Clínica acusada de contagio frenó investigación”, *El Diario*, Ciudad Juárez, 5 de abril de 2016.

²⁹⁷ Consejo de Salubridad General, “Establecimientos de atención médica en proceso de certificación”, 2019, http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/establecimientos/en_proceso/INF_PUB_PROCESO_08_10_2019_168_EAM.pdf, consultado el 20 de agosto de 2019.

recursos técnicos, humanos y económicos necesarios para cumplir con las obligaciones del contrato. Lo anterior discrepa con lo documentado por la COEPRIS acerca de visitas de verificación sanitaria (solicitud de información folio 00820319) realizadas tanto a IGSA como al HGZ No. 50. Se determinó que en visitas ejecutadas el 12 de febrero de 2016, 16 de marzo y 27 de septiembre de 2017, 18 de septiembre de 2018 y 11 de abril de 2019 a IGSA se encontró con que no se contaba con documentación completa de profesionales de la salud: 4 enfermeras de nuevo ingreso tenían permiso provisional en trámite, 6 se encontraban en proceso de capacitación y la fecha del primer reprocesamiento de filtros no se encontraba en la etiqueta; un número importante de enfermeras solo contaba con carta de pasante, no todo el personal contaba con evidencia documental de capacitación con mínimo de 6 meses de duración, no todos los pacientes y personal de salud contaban con esquema de vacunación o con evidencia de aplicación de vacuna para hepatitis B, la determinación de TGO la realizaban entre 1 y 2 meses a pacientes, el personal de salud no contaba con determinación de panel viral y de los expedientes clínicos revisados no todos contaban con carta de consentimiento informado para las sesiones de hemodiálisis.

Por su parte, en visitas hecha por COEPRIS al HGZ No. 50 el 16 de enero de 2018 se encontró que la unidad de hemodiálisis contaba con apoyo de médico nefrólogo para valoración de pacientes pero no con nombramiento de responsable del servicio, no se contaba con documentación completa del personal, contaba con 216 pacientes programados en diferentes turnos para un total de 19 enfermeras, con un promedio de 11 a 12 pacientes por personal, la carta de consentimiento no se encontraba requisitada debidamente y en la misma solo se indica autorización para la realización del procedimiento sin mencionar el número de sesiones.

La capacitación al personal se comparte con la empresa que tiene a comodato las unidades de hemodiálisis y la supervisión de la planta de tratamiento está a cargo de la empresa Efilpro; no en todos los pacientes se realizaba el registro de peso pre y post hemodiálisis y no se encontraban actualizadas las cartillas de vacunación en aplicación de vacuna de hepatitis B en profesionales y pacientes. El expediente clínico del servicio de hemodiálisis solo contaba con la nota de la última consulta médica brindada por el médico nefrólogo, no se contaba con programación de seguimiento al paciente para vacunación para hepatitis B y no se llevó a cabo la determinación de TGO. El personal no contaba con delantal o bata de material impermeable.

En la visita del 17 de enero de 2019 se determinaron más que avances, retrocesos, en los que La Dra. Peña Ramírez se encontraba como responsable sanitaria con especialidad de anestesiología en el servicio de hemodiálisis pero no de nefrología, igual que en la visita anterior, no se contaba con documentación completa del personal y ahora se contaba con 247 pacientes programados en diferentes turnos, para un total de 19 enfermeras, con un promedio de 13 pacientes por personal. La carta de consentimiento informado no se encontraba requisitada debidamente y en la misma solo se indicaba la autorización para la realización de procedimiento sin mencionar el número de sesiones o periodo autorizado; algunos expedientes no contaban con carta de consentimiento.

No todo el personal de enfermería contaba con soporte documental que ampare capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de 6 meses. En expedientes revisados no se realizó pesaje pre y pos hemodiálisis, al igual que con signos vitales. De 3 expedientes clínicos solicitados sólo uno contó con nota de ingreso. No se realizó determinación de TGO y no se contó con programa de vacunación para hepatitis B. El personal no contaba con equipo de protección consistente en careta y delantal de material impermeable y se contaba con dos básculas de las cuales una se encuentra descalibrada.

La información anterior es de relevancia, pues da cuenta que no se cumple con la NOM 003 por parte de IMSS ni de IGSA y con el contrato Núm. D5M1163 por parte de IGSA. Además, la información coincide con la brindada por las personas entrevistadas en cuanto a vacunación y determinación de TGO, capacitación del personal de enfermería, determinación de panel viral, pesaje pre y post a la sesión de hemodiálisis y número insuficiente de personal de enfermería por paciente; por parte de las personas entrevistadas no se contó con información acerca del uso de material de protección para el personal de enfermería como careta y delantal impermeable. Sin embargo, en la visita realizada para la realización de entrevistas se observó dicha situación, además que personal de enfermería reportó que muchos de los sillones reclinables no servían y había personal de salud que en reiteradas ocasiones se les había pedido documentación completa por parte de la jefatura de enfermería, haciendo caso omiso.

Respecto al responsable sanitario en IGSA, que no es mencionado en las visitas de la COEPRIS, se tiene que en el contrato Núm. D5M1163 la responsable sanitaria es la Dra. Urbina Reyes con especialidad en nefrología, mientras que ante COFEPRIS, se encuentra dada de alta como responsable sanitario la Dra. Estrada Aldrete, también con especialidad en nefrología.

Otro dato sustancial es que en el contrato, se verificó que IGSA contaba con el servicio de ambulancia subrogada, pero no se exhibe el contrato con la empresa prestadora del servicio, aun cuando la Licitación hace mención que se debe presentar el contrato; este dato fue corroborado por las personas entrevistadas, pues mencionan que no se cuenta con ambulancia dentro de las instalaciones y hay que esperar a que vaya la ambulancia del IMSS en caso de requerirse traslado de urgencia al hospital.

En relación con las visitas mencionadas efectuadas por parte de la COEPRIS tanto a IGSA como al HGZ No. 50, se advierte a ambas instancias que cuentan con un plazo de 15 días hábiles a partir del día siguiente de la recepción del dictamen para corregir las anomalías observadas. En ambos casos ha transcurrido un periodo mucho mayor a 15 días y se siguen encontrando las mismas anomalías.

Referente al procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico, menciona que el comité de terapias sustitutivas debe reunirse con una periodicidad de siete días y elaborar minuta correspondiente a cada sesión. Sin embargo, en solicitud de información con folio 0064101436219 se encuentra que tanto en el HGZ No. 1 como en el HGZ No. 50 del IMSS, no se sesionan todas las semanas, y no todas las personas del comité firman las minutas. Esta información coincide con la brindada en la entrevista por el trabajador IMSS el 5 de abril de 2019, en donde menciona que las sesiones del comité no se llevan a cabo cada siete días, que la responsabilidad recae únicamente en el jefe de medicina interna y que las personas se mantienen a la espera de la sesión ya sea en el hospital o en su domicilio en lo que se emite el dictamen del comité.

En la misma solicitud de información, se comunicó que en la clínica IGSA nunca se ha presentado una situación de complicación o gravedad con alguna de las personas atendidas desde el inicio de la licitación, por lo que no ha sido necesario el traslado al IMSS en caso de urgencia. Esto difiere de las entrevistas realizadas a personas con ERC en hemodiálisis en IGSA en las cuales mencionan que “A medida de sus circunstancias atienden a la gente, pero la mayoría de los casos solicitan una ambulancia del Seguro, y usted sabe que nunca están disponibles, entonces en lo que llegan, están con el paciente, pero prácticamente no lo pueden sacar de estado. Hay algunos que han muerto ahí, hay otros que mueren en el trayecto y otros que llegan al Seguro y ahí mueren, pero en su mayoría es porque faltan cosas ahí” (EG, 11 de abril de 2019).

También, en dicha solicitud de información se notifica que el promedio de antigüedad de acceso temporal es de 1.5 años tanto en IMSS como en IGSA, aun cuando el Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico menciona un tiempo máximo de tres meses y la teoría menciona que dicho acceso vascular no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, entre ellos la bacteriemia.

Asimismo, se comunica en la solicitud que las supervisiones realizadas a IGSA por parte de IMSS son realizadas cada seis meses arrojando resultados de “sí cumple”, aun cuando personas entrevistadas que acuden a sesiones de hemodiálisis mencionan que hace mucho no se realizan supervisiones por parte de la delegación.

Es sustancial mencionar que IGSA cuenta con un total de 62 máquinas de hemodiálisis, de las cuales 3 son para personas seropositivas para hepatitis B o C y VIH, en tanto que el HGZ No. 50 cuenta con 14 máquinas, de las cuales ninguna está asignada a personas seropositivas para hepatitis B o C y VIH; esto difiere de lo regulado por la NOM 003 en donde se menciona que por lo menos una máquina debe ser asignada a personas seropositivas.

Para finalizar, y de acuerdo a la información solicitada, el costo total de la hemodiálisis para personas del HGZ No. 1 subrogados a IGSA es de \$1 075.97, mientras que el costo total en el HGZ No. 50 es de \$1 294.93, precio superior al precio más alto para hemodiálisis subrogada en el estado de Jalisco pactado con la empresa Laboratorios PISA. Sin embargo, si tomamos en cuenta que IGSA reutiliza filtros²⁹⁸, si no los reutilizara por cada sesión tendría un aumento aproximado de \$420 pesos²⁹⁹, lo cual incrementaría el costo a \$1420.95, lo que haría las sesiones de hemodiálisis más caras que en el IMSS³⁰⁰.

²⁹⁸ La permeabilidad de los filtros disminuye con el reprocesamiento del mismo utilizando Renalin. La reutilización del dializador con reprocesamiento manual, aunque tiene beneficios económicos, es segura y efectiva hasta el tercer y cuarto uso; más allá de ese número de usos, disminuye el porcentaje de eliminación de urea, dicho en otras palabras, disminuye la eliminación de toxinas del cuerpo (MITTAL, Mahim, *et.al.*, “Safety and efficacy of dialyzer reuse by manual reprocessing: an observational study”, *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2018, núm. 6, pp. 3047-3050. LABIB, Mohamed, “Water permeability of high-flux dialyzer membranes after Renalin reprocessing”, *Kidney International*, 2007, núm. 71, pp. 1177-1180.).

²⁹⁹ Instituto Mexicano del Seguro Social, “¿Qué se compró?”, 2014, <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprofich&f=11189492>, consultado el 1 de noviembre de 2019.

³⁰⁰ El estudio denominado “Costos directos de la hemodiálisis en unidades públicas y privadas” arrojó que en el IMSS el costo total por sesión de hemodiálisis es el más bajo tanto del sector público como del sector privado. El costo va de \$746.03 para persona con fístula arteriovenosa a \$822.86 para persona con catéter Mahurkar, en tanto que el costo de una unidad privada para persona con catéter Mahurkar es de \$1 077.58 y en SSA de \$1 033.35 para persona con fístula arteriovenosa (DURÁN ARENAS, Luis, *et.*

Respecto a la relación neoliberalismo-biopolítica-medicina-ERC, hablar de la medicina individual ya nos remite a la medicina social, a la medicalización de los cuerpos en donde el discurso médico es un componente integrado a las instituciones, pero también a la iniciativa privada. Mecanismos encaminados a combatir enfermedades y a promover el bienestar general, son enmarcados ya en política de Estado y en políticas mercantilistas en donde el Estado ha quedado como modulador, es decir, lo que en México durante el gobierno de Salinas de Gortari inició como responsabilidad individual en el cuidado de la salud, ahora se ha convertido en medicalización de la vida, la salud y la enfermedad, aunado a reformas de salud neoliberales que satisfacen las necesidades de la iniciativa privada.

En el caso de la ERC resulta inseparable el poder que tienen las instituciones sobre los cuerpos, pues son ellas quienes deciden qué, cómo, cuándo, dónde y por qué hacer con cada cuerpo lo que se hace, como lo mencionado en el Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico y en la Licitación para el servicio de hemodiálisis subrogada. Las personas ya no tienen un control propio sobre su cuerpo sino que es la iniciativa privada a través de las instituciones quien se encarga de ello al momento de disciplinar a las personas respecto de horarios, programación, lugares de atención, trámites. El Estado es ya una torre de control que revisa y organiza los movimientos de cada uno de los cuerpos y la iniciativa privada es el ejecutor de todos y cada uno de los planes que han sido proyectados en su beneficio.

La seguridad social no es ya la liberación de la necesidad, cimentada en el principio de la universalidad vinculado a la protección de la persona física, sino que la misma seguridad social produce necesidades para satisfacer el consumo, es decir, a partir de la provocada escases de servicios que deben ser proporcionados por el IMSS, se recurre a la subrogación teniendo esto como consecuencia una alza en el consumo de los servicios proporcionados por la iniciativa privada, terminando tajantemente con los principios de la seguridad social en favor de las personas beneficiadas. Ninguna persona tiene ya derecho a la asistencia sanitaria a menos que ésta haya sido adquirida a través del mercado o como producto de su trabajo.

Lo anterior da cuenta de que el derecho a la salud dentro del IMSS, tanto en el servicio de hemodiálisis interna como subrogada no se ve colmadamente cumplido, pues a través de la observación y como fue escuchado en las entrevistas realizadas, la persona se ve desolada en el

al., “Costos directos de la hemodiálisis en unidades públicas y privadas”, *Salud Pública de México*, 2011, núm. 53, pp. S516-S524).

andar por su padecimiento y no se ve guiada para confrontar el mismo; sus palabras no son escuchadas y la ERC no es combatida, pues aunque el servicio subrogado ha sido un desahogo para las personas que se encuentran en la hemodiálisis interna, se siguen enfrentando a trámites y trabas, no se diga en la asignación de la terapia de sustitución renal y en los tiempos de espera para sesión al interior de la institución.

Nos enfrentamos pues ante la regresividad del derecho a la salud, en donde éste se encuentra en el abstracto y no es una posibilidad real de materializar el discurso para las personas con ERC; pareciera que en un supuesto utilitarista se prioriza más a personas que acuden sanas puesto que éstas tienen mayores posibilidades de mejorar con la atención recibida para así seguir produciendo. En el Estado moldeado por el neoliberalismo, no hay posibilidades para la protección y garantía de la salud, y se considera esta como propiedad privada.

Es así que el Estado no cumple con las personas con su Obligación de Respetar, Proteger y Cumplir pues él mismo ha vulnerado el derecho que tienen las personas a la salud, no así con la iniciativa privada. No ha velado porque la privatización no represente una amenaza y no ha cumplido, o no del todo, con un sistema de seguro de salud público, privado o mixto asequible, accesible y de calidad para las personas con ERC.

Estamos viviendo una nueva forma de gubernamentalidad³⁰¹: las instituciones, los procedimientos y las tácticas que permitían ejercer el poder del Estado en la población, ahora se viven como una gubernamentalidad neoliberal, en la que instituciones como el IMSS son el vehículo y/o el instrumento por el cual, a través de las regulaciones impuestas por el Estado, se le entrega el poder a empresas de la iniciativa privada como IGSA o gigantes como Fresenius. El Estado, mínimo, ha legalizado y legitimado la inversión de la iniciativa privada a través de las licitaciones, viéndose estas fortalecidas por tratados, leyes, y reglamentos en tanto que en la práctica, las cláusulas de los contratos no son consideradas debidamente.

No es ya el Estado para el individuo en buena salud, sino el Estado para mantener la buena salud de la iniciativa privada; es la gubernamentalidad neoliberal que está interviniendo en todo el entramado de la sociedad, desde la responsabilidad individual para el bienestar propio, hasta

³⁰¹ “Por gubernamentalidad entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esta forma tan específica, tan compleja de poder, que tiene como meta principal la población, como forma primordial de saber, la economía política, como instrumento técnico esencial, los dispositivos de seguridad” (FOUCAULT, Michel, “La gubernamentalidad”, en el libro *Obras esenciales*, Barcelona, Paidós, 2013, p. 854).

licitaciones públicas, contratos y establecimiento de sistemas de salud en donde el aseguramiento y prestación del servicio están a cargo del sector privado y se deja a libre elección de la sociedad.

La gubernamentalidad neoliberal es incompatible con la libertad y la igualdad, pues el sistema de salud mexicano inserto en ella divide a la sociedad en incluidos y excluidos, en sanos y en enfermos; se desentiende de los primeros pero se perpetúa en ambos para seguir aumentando el poder y la riqueza de los privilegiados, pues ambos son rentables. Sin darnos cuenta los incluidos, las políticas neoliberales también nos está matando de a poco, quizás no a mansalva como a los excluidos de los cuales son parte las personas con ERC³⁰², pero sí de manera discreta pues las listas de espera de atención médica son tan largas, que podemos pensar que las instituciones públicas de salud están organizadas para que la iniciativa privada siga sorbiendo de nosotros.

En la experiencia propia, puedo decir que las personas con Enfermedad Renal Crónica son las más desamparadas en cuanto a la atención en salud ya que son personas cuyo padecimiento representa un gasto elevado en salud, además de que como dice la frase pasillera “son personas que no tienen futuro” “que ya se van a morir”; puedo decir que he escuchado que hacer un gasto en salud en ellas representa un desperdicio para el sistema de salud en México, gasto que puede ser realizado en personas que sí tienen futuro como son las embarazadas, las personas jóvenes y niños y niñas.

³⁰² “El trabajo lo tengo a partir de la enfermedad, porque antes de la enfermedad tenía otro trabajo donde cuando me enfermé me liquidaron aparentemente por recorte de personal pero sabemos que no fue por eso, fue por la enfermedad” (JC, 8 de mayo de 2019). “Se distancian porque piensan que esta enfermedad se contagia y hubo distanciamiento de varios amigos” (LG, 27 de marzo de 2019).

CONCLUSIONES

PRIMERA. La Enfermedad Renal Crónica es un problema de salud que va en crecimiento y que genera altos costos económicos y sin embargo, su atención dentro del IMSS vulnera el derecho a la salud de las personas que acuden al servicio de hemodiálisis, sobre todo en el servicio brindado al interior del instituto.

En el caso de los procesos para brindar hemodiálisis interna y subrogada, se presentan diferentes obstáculos que propician la vulneración del derecho a la salud, como son largos tiempos de espera para las sesiones y discriminación por parte de personal del IMSS, distancias largas y transporte limitado para acudir a las sesiones de hemodiálisis a IGSA, así como falta de personal en servicio de hemodiálisis y personal de enfermería poco capacitado en ambos lugares.

SEGUNDA. El burocratismo que prevalece en el IMSS provoca la saturación de documentos en trámites administrativos lo que retarda la prestación del servicio de hemodiálisis subrogada, como la de recoger mensualmente las firmas para renovar el servicio. Este burocratismo no se observa en las personas que acuden al servicio de hemodiálisis interna, y representa un obstáculo importante. Asimismo, el largo proceso que representa la asignación de terapia dialítica, ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis, favorece el progreso de la enfermedad y por tanto la complicación el curso de la enfermedad.

TERCERA. La subrogación, representa un mayor costo en relación con la atención intramuros y no cumple con requisitos como ambulancia para el traslado de personas en caso de urgencia, la certificación ante el Consejo de Salubridad General y la capacitación del personal de enfermería aun cuando las licitaciones hacen mención de que son requisitos para proceder a la firma del contrato entre el IMSS y las empresas particulares.

Situaciones similares también se viven dentro del servicio de hemodiálisis intramuros y dan cuenta de la mala calidad en la atención además de la clara vulneración del derecho a la salud: falta de capacitación de personal de enfermería, personas encargadas del servicio con una especialidad que no corresponde a la nefrología, largos tiempos de espera, falta de seguimiento en el panel viral y en los exámenes de laboratorio además de hostigamiento para el cambio de modalidad dan muestra de ello. Sin embargo, el IMSS posee dos ventajas muy importantes que

son el traslado en ambulancia en caso de requerirse otro tipo de atención respecto a las complicaciones que se presentan durante la sesión de hemodiálisis y el servicio de urgencias dentro de sus instalaciones.

CUARTA. El Estado no ha cumplido con las obligaciones de respetar, proteger y cumplir a las personas que padecen Enfermedad Renal Crónica y son tratados el IMSS ya sea de manera subrogada o intramuros pues, como se mencionó anteriormente, las personas que acuden a sus sesiones de hemodiálisis han encontrado muchos obstáculos para que la atención les sea brindada, se han topado con tratos discriminatorios, atención insuficiente, infraestructura deficiente y sobre todo que las personas encargadas de los programas de terapias dialíticas no ofrecen soluciones a las problemáticas que les son planteadas por las personas que acuden a los servicios de hemodiálisis, en cualquiera de las dos instituciones (HGZ No. 50 e IGSA).

En la experiencia propia, puedo decir que las personas con Enfermedad Renal Crónica son las más desamparadas en cuanto a la atención en salud ya que son personas cuyo padecimiento representa un gasto elevado en salud, además de que como dice la frase pasillera “son personas que no tienen futuro” “que ya se van a morir”; puedo decir que he escuchado que hacer un gasto en salud en ellas representa un desperdicio para el sistema de salud en México, gasto que puede ser realizado en personas que sí tienen futuro como son las embarazadas, las personas jóvenes y niños y niñas.

La Enfermedad Renal Crónica es una enfermedad que ya hace parte del perfil epidemiológico del país y que va en rápido crecimiento, por lo que no basta que se actúe desde nivel preventivo, sino desde nivel curativo para dar una solución a la problemática presente.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al IMSS que las supervisiones en el servicio de hemodiálisis, tanto interna como subrogada, sean realizadas de manera minuciosa; que se tome en cuenta la opinión de las personas que acuden a los servicios de hemodiálisis a fin de tener una opinión realista de los que se vive en dicho servicio.
- Supervisar las licitaciones y contrataciones del servicio de hemodiálisis; no necesariamente la supervisión debe ser realizada por parte del instituto, pues muchas prácticas viciadas que son llevadas a cabo dentro de los servicios de hemodiálisis, pueden ser normalizadas por las personas que acuden a las supervisiones.
- Incluir en la evaluación del servicio de hemodiálisis a las personas que acuden al servicio de hemodiálisis, su familia, organizaciones de la sociedad civil, academia e IMSS a fin de terminar con las malas prácticas que vulneran el derecho a la salud y satisfacen intereses de particulares, tanto en el servicio de hemodiálisis interna como subrogada; asimismo, es menester mencionar que dichas supervisiones deben ser útiles para realizar la contratación o la renovación del contrato del servicio de hemodiálisis.
- Para el cumplimiento de la propuesta realizada, se debe familiarizar, en la colectividad, a las personas que no se encuentran relacionadas totalmente con el tema de la Enfermedad Renal Crónica a fin de profundizar el conocimiento sobre las características principales de la enfermedad, su tratamiento, el procedimiento que deben seguir las personas que serán hemodializadas, costos y asignación de contratos a empresas privadas.

Se debe sobrevivir para contar todos los obstáculos por los que pasan las personas que acuden a los servicios de hemodiálisis... sobre todo dentro del propio instituto.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEMÁN DÍAZ, Germán y MORALES ORTEGA, Raymundo, “Principios y fundamentos de la seguridad social”, AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura, 2009, núm. 1, pp. 51-56.
- ALMAGUER, Miguel, *et. al.*, “Enfermedad renal crónica de causa de causa desconocida en comunidades agrícolas”, *MEDICC Review*, 2014, núm. 2, pp. 9-15.
- ARGOTE, Eduardo, *et. al.*, “Glomerulonefritis”, *Colombia Médica*, 2004, vol. 35, núm. 1, pp. 38-45.
- Auditoría Superior de la Federación, “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública”, 2011, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2011i/Grupos/Desarrollo_Social/2011_0450_a.pdf, consultado el 22 de abril de 2019.
- Auditoría Superior de la Federación, “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública”, 2013, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_0215_a.pdf, consultado el 21 de febrero de 2015.
- Auditoría Superior de la Federación, “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública”, 2013, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_0196_a.pdf, consultado el 23 de abril de 2019.
- ÁVILA SALCEDO, Luis Fernando, *La seguridad social y el Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, Editorial Porrúa, 2007.
- ÁVILA, Cinthya, “Clínica acusada de contagio frenó investigación”, *El Diario*, Ciudad Juárez, 5 de abril de 2016.
- BAN, Ki-moon, “Prólogo”, *Declaración Universal de Derechos Humanos*, ONU, 2015.
- Banco Mundial, “Gasto en salud, sector público. % del PIB”, 2014, https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS?end=2014&start=1995&year_high_desc=true, consultado el 28 de abril de 2019.
- Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*, Washington D.C., Banco Mundial, 1993.
- BEVERIDGE, William, *El seguro social y sus servicios conexos*, trads. C. Palomar y P. Zuluaga, México, Jus, 1946.

- Cámara de Diputados, XLIV Legislatura, “Boletín No. 4602. México no cumple con recomendaciones de OMS en número de médicos y enfermeras por habitante”, 2014, <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2014/Noviembre/10/4601-Mexico-no-cumple-con-recomendaciones-de-OMS-en-numero-de-medicos-y-enfermeras-por-habitante>, consultado del 16 de noviembre de 2019
- CAMERO NADER, Lina María, *et. al.*, *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS*, Bogotá, D.C., Ministerio de Salud y Protección Social, 2016.
- CASTAÑEDA, Jorge y DEL CORRAL, Jahazael, “Neuropatías periféricas”, *MEDISAN*, 2003, núm. 4, pp. 35-41.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, “¿Qué hacemos?”, 2019, <https://www.gob.mx/salud/cenetec>, consultado el 10 de octubre de 2019.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, “Guías de práctica clínica”, 2019, <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?cat=167>, consultado el 10 de octubre de 2019.
- Código Iberoamericano de Seguridad Social.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, “Catálogo Universal de Servicios de Salud”, 2018, <http://causes.cnpss.gob.mx/#/app/inicio>, consultado el 1 de septiembre de 2018.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, “Informe del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública”, 2013, http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_0215_a.pdf, consultado el 11 de septiembre de 2018.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, “Informes programático-presupuestarios”, 2004, <http://www.seguropopularbc.gob.mx/Anexos/MANUAL%20DE%20AFILIACION%20Y%20OPERACION%202016.pdf>, consultado el 25 de enero de 2019.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, “Intervenciones del Seguro Médico Siglo XXI”, 2018, <http://causes.cnpss.gob.mx/anexos/intervenciones-del-siglo-xxi.pdf>, consultado el 1 de septiembre de 2018.
- Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, “Informe final. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, 2009, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/, consultado el 1 de septiembre de 2018.
- Consejo de Salubridad General, “Establecimientos de atención médica en proceso de certificación”, 2019, http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/establecimientos/en_proceso/INF_PUB_PROCESO_08_10_2019_168_EAM.pdf, consultado el 20 de agosto de 2019.

Constitución Política de Colombia.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

CRUZ MARTÍNEZ, Ángeles, “IMSS deberá lidiar con empresas que le causaron quebrantos por \$557 millones”, *La Jornada*, México, 7 de marzo de 2019.

CUEVAS GUAJARDO, Leticia y GUILLÉN CADENA, Dulce María, “Breve historia de la enfermería en México”, *Cuidarte: “El arte del cuidado”*, 2012, núm. 1, pp. 71-80.

DE LA TORRE RANGEL, Jesús Antonio, *Derecho a la salud*, Guadalajara Jalisco, ITESO, 2006.

DE SOUZA MINAYO, María Cecilia, *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 9ª ed., 2015, p. 17.

Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.

DEHESA LÓPEZ, Edgar, “Enfermedad renal crónica: definición y clasificación”, *El Residente*, 2008, núm. 3, pp. 73-78.

Diario Oficial de la Federación, Octava Sección, jueves 19 de noviembre de 2015.

DURÁN ARENAS, Luis, *et. al.*, “Costos directos de la hemodiálisis en unidades públicas y privadas”, *Salud Pública de México*, 2011, núm. 53, pp. S516-S524.

FOUCAULT, Michel, “Historia de la medicalización”, *Educación médica y salud*, 1977, núm. 1, pp. 3-25.

FOUCAULT, Michel, “Incorporación del hospital en la tecnología moderna”, *Educación médica y salud*, 1978, núm. 1, pp. 20-34

FOUCAULT, Michel, “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, *Educación médica y salud*, 1976, núm. 2, pp. 152-170.

FOUCAULT, Michel, “La gubernamentalidad”, en el libro *Obras esenciales*, Barcelona, Paidós, 2013.

FOUCAULT, Michel, *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France 1975-1976*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2000.

FRANCO GIRALDO, Álvaro, *Salud global. Política pública, derechos sociales y globalidad*, Medellín, Universidad de Antioquia, 2010.

GÓMEZ DANTÉS, Octavio, *et. al.*, “Sistema de Salud en México”, *Salud Pública de México*, 2010, núm. 2, pp. 220-232.

- GUERRERO VERANO, Martha Guadalupe, “La protección de los derechos humanos en el Estado de Derecho Internacional”, en Manuel Becerra Ramírez y Nuria González Martín, *Estado de Derecho Internacional*, México, UNAM, 2012, p. 261-265.
- GUERRERO, Ramiro, *et. al.*, “Sistema de salud de Colombia”, *Salud Pública de México*, 2011, vol. 53, sup. 2, pp. 144-155
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, *Metodología de la Investigación*, México, Mc Graw-Hill, 6ª ed., 2014.
- ILLICH, Iván, “Némesis médica”, en *Obras reunidas*, trad. J. Tovar, México, FCE, 2006, vol. I, p. 538.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, “¿Qué se compró?”, 2014, <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprofich&f=11189492>, consultado el 1 de noviembre de 2019.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, “Licitación Pública Electrónica Internacional bajo la Cobertura de Tratados para la Contratación Plurianual Abierta del Servicio de Hemodiálisis Subrogada. LA-019GYR047-T40-2015”, 2015, <http://repositorio.imss.gob.mx/integrales/CABCS/2015/LicitPubInvi/LA-019GYR047-T40-2015/Convocatoria/Convocatoria%20para%20la%20Contrataci%C3%B3n%20del%20Servicio%20de%20Hemodi%C3%A1lisis%20Subrogada%20LPEIBCT.docx>, consultado el 4 de abril de 2019.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, “Norma que establece las disposiciones generales y criterios técnico médicos para la planeación, contratación, obtención y control de los servicios subrogados de atención médica”, 2010, http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-006_1.pdf, consultado el 26 de octubre de 2017.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, “Procedimiento para otorgar el tratamiento dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención”, 2013, <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2660-003-057.pdf>, consultado el 2 de julio de 2019.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de prestaciones médicas, “Censo de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica”, 2018.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, *Los rostros del IMSS*, México, Agencia Promotora de Publicaciones, 2017.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Comunicado de prensa núm. 525/18”, 2018, <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>, consultado el 26 de abril de 2019.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Población total según condición de derechohabiencia”, 2015, <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>, consultado el 25 de enero de 2019.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Proyecciones de población a mitad de año”, 2015, <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>, consultado el 15 de septiembre de 2018.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Recursos para la salud: Enfermeras en instituciones del Sistema Nacional de Salud 2000 a 2014”, 2016, <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal40&s=est&c=35173>, consultado el 15 de septiembre de 2018.

Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud”, 2000, http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf, consultado el 12 de septiembre de 2017.

LABIB, Mohamed, “Water permeability of high-flux dialyzer membranes after Renalin reprocessing”, *Kidney International*, 2007, núm. 71, pp. 1177-1180.

LAURELL, Asa Cristina, *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*, Buenos Aires, CLACSO, 2013.

LEAL, Gustavo, “Subrogación de guarderías: ¿por qué estamos donde estamos? Cinco apuntes, “Estudios políticos”, 2010, núm. 20, pp. 145-154.

Ley del Seguro Social.

Ley General de Salud.

LONDOÑO Juan Luis y FRENK MORA Julio, *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*, Washington D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.

LÓPEZ ARELLANO, Oliva y BLANCO GIL, José, “La polarización de la política de salud en México”, *Cadernos de Saúde Pública*, 2001, núm. 1, pp. 43-54.

LÓPEZ CERVANTES, Malaquías, *Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México*, México, UNAM, 2010.

LOZADA MOLINA, Ana, *et. al.*, “Parálisis ascendente asociada a hiperkalemia severa”, *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 2016, año 8, núm. 3, pp. 90-93.

MARTÍNEZ RANGEL, Rubí y SOTO REYES-GARMENDIA, Ernesto, “El Consenso de Washington: la instauración de políticas neoliberales en América Latina”, *Política y Cultura*, 2012, núm 37, pp. 35-74.

- MARTINEZ, Josefina, “Investigará Coespris servicio subrogado de hemodiálisis”, *El Diario*, Ciudad Juárez, 5 de marzo de 2015.
- MÉNDEZ DURÁN, Antonio, “Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2016, núm. 5, pp. 588-593.
- MERCADO MARTÍNEZ, Francisco y HERNÁNDEZ IBARRA, Eduardo, *Crónica de la enfermedad renal. Voces que viven y escuchan el padecimiento*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 2016.
- MITTAL, Mahim, *et.al*, “Safety and efficacy of dialyzer reuse by manual reprocessing: an observational study”, *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2018, núm. 6, pp. 3047-3050.
- MORALES BUENROSTRO, Luis Eduardo y RAMOS GORDILLO, Jesús Manolo, “Etapas tempranas de le ERC: detección y manejo”, en Juan A. Tamayo y Orozco y H. Santiago Lastiri Quirós, *La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla*, México, Academia Nacional de Medicina de México, 2016.
- MORENO MORENO, Mónica Cecilia y LÓPEZ LÓPEZ, María Victoria, “La salud como derecho en Colombia”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2009, núm. 8, pp. 133-152.
- MÚNERA GAVIRIA, Hugo Alberto, “La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa”, *Investigación y Educación en Enfermería*, 2011, vol. 29, núm. 1, pp. 76-86.
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis. Secretaría de Salud, “Manual de Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud”, 2014, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16884/MANUAL_DE_LINEAMIENTOS.pdf, consultado el 7 de octubre de 2017.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, Salud ambiental, Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos. Clasificación y especificaciones de manejo.
- Observación General No. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- OCDE, *Estudio sobre la contratación pública. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia médica: Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, OECD Publishing, 2012.
- OCDE, *Segundo estudio de la OCDE sobre contratación pública en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): Rediseñando las estrategias para mejorar el cuidado de la salud*, México, OECD Publishing, 2018.

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, “Ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, 2018, <http://indicators.ohchr.org/>, consultado el 8 de febrero de 2019.

Organización Mundial de la Salud, “Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Principios”, 2014, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>, consultado el 5 de octubre de 2017.

Organización Mundial de la Salud, “Model List of Essential Medicines. 21st List”, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325772/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.07-eng.pdf?ua=1>, consultado el 1 de septiembre de 2019.

Organización Panamericana de la Salud, *Epidemia de Enfermedad Renal Crónica en comunidades agrícolas de Centroamérica. Definición de casos, base metodológica y enfoques para la vigilancia de salud pública*, Washington DC, OPS, 2017.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PISARELLO, Gerardo, *Los derechos sociales y sus garantías: Elementos para una reconstrucción*, Madrid, Editorial Trotta, 2007.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, 2007, http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf, consultado el 6 de octubre de 2017.

POMAR FERNÁNDEZ, Silvia, “La guardería subrogada: una estrategia de cambio en la forma de organización”, Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, 2004, núm. 56, pp. 193-215.

Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

QUINTERO MOSQUERA, Diana Patricia, *La salud como derecho. Estudio comparado sobre grupos vulnerables*, Bogotá, Siglo del hombre editores, 2011.

RANGEL LÓPEZ, Azael, *Ejército Zapatista de Liberación Nacional “La Construcción de la Política desde abajo”. Democracia y Autonomía en Chiapas*, tesis, Sevilla, Universidad Pablo de Olavide, 2012, pp. 200-219.

REDACCIÓN AM, “Disfrazan ductos y ganan contrato”, *AM*, México, 15 de noviembre de 2017.

Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resolución 64/265 Prevención y control de enfermedades no transmisibles.

ROMERO GÓMEZ, Diego Fernando, *Sistema General de Seguridad Social en Salud I*, Bogotá, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2017.

SÁNCHEZ, Arely, “Admite IMSS error en licitación de Qro”, *Reforma*, México, 8 de noviembre de 2017.

Secretaría de Salud, “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI”, 2018, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/287727/Reglas_de_Operacion_SXXI_2018.pdf, consultado el 1 de septiembre de 2018.

Secretaría de Servicios Parlamentarios Centro de Documentación, Información de Análisis Dirección de Bibliotecas y de los Sistemas de Información, “Cuaderno de apoyo: Ley del Seguro Social”, 2007, <http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/archivo/SAD-03-07.pdf>, consultado el 30 de Octubre de 2018.

TIRADO GÓMEZ, Laura, et. al., “Las unidades de hemodiálisis en México: una evaluación de sus características, procesos y resultados”, *Salud Pública de México*, 2011, núm. 53, pp. S491-S498.

Tribunales Colegiados de Circuito, Décima Época, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Libro XXV, Octubre de 2013, Pág. 1759.

ZURITA, Beatriz y RAMÍREZ, Teresita, “Desempeño del sector privado de la salud en México”, *Caleidoscopio de la Salud*, 2003, pp. 153-163.