



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Iztapalapa

**Políticas públicas de combate al cáncer en México**  
Su oportunidad y cobertura efectivas conforme al lugar  
de residencia de los enfermos jubilados del ISSSTE

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN

C I E N C I A P O L Í T I C A

P R E S E N T A

**Brenda Lizbeth Medina Castañeda**

MATRICULA: 2123014980

MTRO. MIGUEL GÓNZALEZ MADRID

ASESOR

MTRA. MARTHA ELENA BAÑUELOS CÁRDENAS

LECTORA

*Iztapalapa, Ciudad de México, 03 de septiembre de 2018*



Casa Abierta al Tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA – Unidad *Iztapalapa*  
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA - COORDINACIÓN DE CIENCIA POLÍTICA

## D I C T A M E N

Después de examinar este documento final con el título ***Políticas públicas de combate al cáncer en México. Su oportunidad y cobertura efectivas conforme al lugar de residencia de los enfermos jubilados del ISSSTE***, presentado por la alumna **Brenda Lizbeth Medina Castañeda**, con matrícula **2123014980**, se consideró que reúne las condiciones de forma y contenido para ser aprobado como conclusión de la Tesina o Trabajo Terminal correspondiente a la Licenciatura en Ciencia Política que se imparte en esta Unidad, con lo cual se cubre el requisito establecido en la Licenciatura para aprobar el Seminario de Investigación III y acreditar la totalidad de los estudios que indica el Plan de Estudios vigente.

En especial, cabe señalar que la autora de este trabajo realizó un planteamiento apropiado sobre el factor principal que dificulta la cobertura de tratamiento de enfermos de cáncer jubilados del ISSSTE, lo cual en el fondo connota una violación a su derecho a la salud, ya que las personas en esa condición deben desplazarse a la Ciudad de México provenientes de distintos puntos de la República mexicana, lo cual carece de alternativas e incide negativamente además en sus escasos recursos económicos.

Asesor

MTRO. MIGUEL GONZÁLEZ MADRID

Lectora

MTRA. MARTHA ELENA BAÑUELOS CÁRDENAS

Fecha: 05 de septiembre de 2018 Trimestre: 2018-P Rec No. Registro de Tesina: M C B L / 2018 - P

UNIDAD *Iztapalapa*

Av. Michoacán y la Purísima, Col. Vicentina, 09340, México, D. F., Tels.: 5804-4600 y 5804-4898, Tel. y Fax: [01-55] 5804-4793

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>Introducción</b>	4
<b>Capítulo 1. Derechos humanos y políticas públicas</b>	<b>17</b>
1.1. <i>¿Qué son las políticas públicas?</i>	17
1.2. <i>¿Qué son los derechos humanos?</i>	20
1.3. <i>El enfoque de derechos humanos como fundamento macrojurídico de las políticas públicas.</i>	22
1.4. <i>El enfoque de políticas públicas y el Estado en acción para resolver los grandes problemas de salud pública.</i>	26
<b>Capítulo 2. Seguridad social, políticas de salud y el papel del Estado</b>	<b>28</b>
2.1. <i>El papel del Estado y los sistemas de seguridad social en Europa en los siglos XIX y XX.</i>	28
2.2. <i>El surgimiento de los sistemas de seguridad social en México.</i>	29
2.3. <i>El sistema de jubilación y pensión con la nueva Ley del ISSSTE.</i>	31
2.4. <i>La salud en la seguridad social de México</i>	37
<b>Capítulo 3. El problema del cáncer y el problema de atención a jubilados del ISSSTE</b>	<b>39</b>
3.1. <i>La magnitud del problema del cáncer en el mundo.</i>	39
3.2. <i>La magnitud del problema del cáncer en México.</i>	40
3.3. <i>Las políticas de atención a la población enferma de cáncer en México.</i>	42
3.4. <i>Política e infraestructura de atención a enfermos de cáncer en el ISSSTE.</i>	49
3.5. <i>El problema de atención a jubilados del ISSSTE.</i>	50
<b>Capítulo 4. Cobertura de las políticas públicas de combate al cáncer a través del ISSSTE</b>	<b>51</b>
4.1. <i>El problema de cobertura ineficiente a los jubilados enfermos de cáncer.</i>	51
4.2. <i>Alternativas de garantía al derecho a la salud de los jubilados del ISSSTE conforme a políticas de nueva generación.</i>	64
<b>Anexos</b>	67
<b>Conclusiones</b>	74
<b>Fuentes consultadas</b>	78

# INTRODUCCIÓN

## PRIMERA PARTE

### ***1. Consideraciones preliminares***

El problema de fondo que planteo con el tema aquí desarrollado consiste en la carga económica respecto a cómo administrar los recursos del país para hacer frente -con oportunidad y óptima cobertura– a la enfermedad del cáncer en México y la manera en que, al no ser atendidos quienes la padecen, conforme a esos parámetros, ella afecta a los enfermos por cuanto al agravamiento de su salud y la incidencia en sus ingresos.

El cáncer es la tercera causa de muerte en el país, según estudios de la Unión Internacional en contra del Cáncer, publicado por la subsecretaría de prevención y promoción de la salud, por lo que constituye un problema de salud pública. La Unión Internacional en Contra al Cáncer (UICC) es una organización que existe para ayudar a la comunidad sanitaria mundial a acelerar la lucha en contra el cáncer, y su lema es este: “Nos unimos a la comunidad del cáncer para reducir la carga mundial del cáncer, para promover una mayor equidad y para integrar el control del cáncer en la agenda de la salud y el desarrollo del mundo”.

La UICC fue fundada en 1933, con sede en Ginebra; tiene un creciente número de miembros de más de 800 organizaciones en 155 países de la UICC. Cuenta con importantes sociedades contra el cáncer en el mundo, incluidos ministerios de salud, institutos de investigación y grupos de pacientes. Junto con sus miembros, socios clave, la Organización Mundial de la Salud, el Foro Económico Mundial y otros, está abordando la creciente crisis del cáncer en una escala global.

### ***2. El objeto de la investigación***

#### ***A) Justificación***

Al inicio de la investigación realizada sobre el tema, pude advertir que éste era académica y socialmente interesante, además de que ha tenido durante muchos años un impacto multidimensional en el sector salud mexicano, tanto por la asignación de los recursos disponibles como por su incidencia social, puesto que el del cáncer es un grave problema nacional de salud pública, ya que tiene un carácter epidémico. De igual manera, su estudio involucra a diversas instituciones de seguridad social y centros de investigación.

Por otra parte, y para efectos del planteamiento de mi hipótesis, consideré interesante poder determinar cómo el lugar donde radican las personas enfermas que debiesen beneficiarse de dichas políticas públicas afecta la cobertura efectiva de éstas, toda vez que su lejanía debilita la oportunidad del tratamiento recomendado médicamente.

La importancia de estudiar el tema se desprende del hecho de que no se ha estudiado suficientemente la cuestión de la oportunidad de su tratamiento ni la eficiencia de su cobertura social y territorial, y ello conlleva grandes implicaciones para la salud de la población y cargas económicas para el país no evaluadas aún.

Por otra parte, el sistema de seguridad social en México actualmente está en una fase crítica en la que el derecho a la salud, la jubilación y la pensión, se ven fuertemente encaminadas a la privatización y a coberturas limitadas, por lo que es prudente seguir de cerca un estudio de esta índole para conocer específicamente cómo las reformas a la seguridad social afectan la cobertura efectiva de los jubilados enfermos de cáncer.

## ***B) El problema de investigación***

### **● *Planteamiento general***

Según datos más recientes del INEGI, la enfermedad del cáncer afectó en 2013 a un sector de la población de 20 años: 48.9 % hombres y 51.1 % mujeres por cada cien mil habitantes en México (INEGI, 2015: 16). Esta enfermedad no distingue sexo, edad, ni condición económica; pero, para fines de mi proyecto de investigación, *consideré la pertinencia de enfocarme a la población que requiere acceder al sistema de salud público en México*, la cual se divide en dos sectores: uno de Seguridad Social y otro de la Secretaría de Salud (SESA).

Las instituciones de seguridad social en México son el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Respecto a las unidades hospitalarias del ISSSTE, para tratamientos oncológicos existe sólo la unidad de oncología del Centro Médico Nacional “20 de noviembre”; y, en cuanto a las unidades hospitalarias de tratamientos oncológicos del IMSS, existe el Hospital de Oncología y unidades médicas de alta especialidad. Este primer sector contempla como usuarios a los trabajadores del sector formal, familias de los trabajadores y los jubilados.

A la Secretaría de Salud (SESA) está adscrito el Seguro Popular de Salud como institución y referente para tratamientos oncológicos; cuenta con el Instituto Nacional de Cancerología (InCAN), la Unidad Oncológica del Hospital General de México, el Hospital Juárez de México y centros estatales de cáncer, y entre sus usuarios contempla a los auto empleados, los trabajadores del sector informal, los desempleados y las personas fuera del mercado de trabajo.

De cierta manera, el sistema de salud en México es tan amplio que sería difícil efectuar una investigación que abarque tantas instituciones, y más difícil sería investigar y determinar las características de todos los usuarios que contempla, específicamente sobre la investigación y creación de indicadores respecto a los usuarios del sector de la Secretaría de Salud, porque son autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas fuera del mercado de trabajo y, por tanto, sería difícil obtener información que se pueda generalizar.

Debido a esa dificultad de acceso a la información pormenorizada relativa a dicho padecimiento, **consideré conveniente que mi tema se limitara al estudio de los jubilados del ISSSTE enfermos de cáncer que requieren acceder a la seguridad social para ser tratados con oportunidad y con suficiente cobertura.**

Para los fines del tema, entonces, en la exposición por capítulos de los resultados de la investigación emprendida me referiré a un periodo comprendido del año 2008, a partir del cual el cáncer se caracterizó por ser la principal causa de muerte en el mundo según informa la Unión Internacional en Contra del Cáncer; y es a partir de ello que el tema del combate al cáncer cobró prominencia en los temas de debate público. Para efectos del presente trabajo, cerraré el periodo hasta el año 2014. Este periodo lo he seleccionado al considerar la disponibilidad de los datos más recientes que ofrece el INEGI y que datan de 2009 en adelante; de igual modo he considerado este periodo conforme a la elaboración del Plan Nacional de Control de Cáncer en México. Es importante subrayar que "la elaboración de programas nacionales de lucha contra el cáncer consiste en aplicar la ciencia a la práctica en la esfera de la salud pública exponiendo de forma concisa lo que es viable y conveniente en relación con la prevención y control del cáncer con el objetivo final de reducir la morbilidad y mortalidad causadas por esta enfermedad y mejorar la calidad de vida de la población a la que está destinado el programa" (Organización Mundial de la Salud, 2004: IX).

A pesar de que desde 1991 se conformó un grupo de trabajo sobre programas nacionales de lucha contra el cáncer, celebrado en la sede de la OMS, e incluso en 2000 se realizó una reunión dedicada a los programas nacionales de lucha contra el cáncer en los países en desarrollo, fue hasta 2012 que surgió en México la iniciativa de redactar un Plan Nacional de Control de Cáncer, el cual se presentó en 2013.

El Plan Nacional de Control de Cáncer es una compilación de las propuestas de la sociedad civil recogidas a través de un trabajo conjunto entre la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología (InCAN). La Secretaría de Salud convocó a más de 50 organizaciones civiles que se encuentran en constante lucha contra el cáncer, para que en forma conjunta se diera forma y estructura al plan nacional de control de cáncer. El plan integraría seis temas principales: políticas públicas para tratamiento, la prevención, la reducción de la incidencia de la enfermedad, la promoción de la supervivencia, la calidad de vida y la investigación.

Conforme a las consideraciones preliminares expuestas, formulé mi protocolo de investigación y lo fui ajustando en lo pertinente. Habiendo concluido esta tarea,

hasta donde la disponibilidad de información me permitió avanzar, espero que los resultados aquí expuestos guarden coherencia con los planteamientos metodológicos que enseguida se señalan. Así, me pareció que, **en el fondo, hay una pregunta relevante como punto de partida del estudio de la temática aquí planteada**, a la que había que responder con elementos informativos, descriptivos y analíticos. Y eso me llevó al planteamiento de mi hipótesis.

### ● ***Preguntas de investigación***

¿Cómo contemplan las políticas públicas de México en materia de salud el combate integral del cáncer, el espacio de acción?

¿Son las características de las unidades médicas oncológicas un factor para determinar el acceso a la salud para los enfermos de cáncer jubilados del ISSSTE?

Consecuentemente, en mi proyecto de investigación formulé los siguientes objetivos:

### ● ***Objetivos de investigación***

#### ***Objetivo general de la investigación***

1.- **Describir la incidencia de las políticas públicas de combate al cáncer** en relación al lugar en el que radican los jubilados del ISSSTE enfermos de cáncer, para una cobertura efectiva, considerando los recursos públicos con que cuenta el ISSSTE a través de la Unidad de Oncología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

#### ***Objetivos específicos***

1.- Evaluar de forma preliminar cómo el déficit de cobertura de dichas políticas puede socavar el derecho humano a la salud.

2.- Analizar el enfoque de las reformas a la Ley de Seguridad Social del ISSSTE y determinar de qué manera incide en la cobertura efectiva a la salud.

### ● ***Hipótesis***

**Las políticas públicas de combate al cáncer, que establecen a la Ciudad de México como el único lugar de atención y tratamiento para los jubilados del ISSSTE que padecen esta enfermedad en toda la República, son violatorias del derecho humano a la salud.**

### ● ***Variables de estudio***

Conforme a esta hipótesis, desprendí que mi variable independiente consistiría en los lugares de residencia de los enfermos de cáncer, en tanto que mi variable dependiente consistiría en la cobertura efectiva hacia dichos enfermo. En esta tesitura, me parece pertinente precisar que la cobertura efectiva de las políticas contra el cáncer está determinada por la dificultad que enfrentan los enfermos para acceder al procedimiento de tratamiento en un lugar único, centralizado y alejado de su lugar de residencia, lo cual, además, tiene el inconveniente de que impacta a sus ingresos familiares debido a los gastos que implica su traslado frecuente a la Ciudad de México.

### **3. Las herramientas de la presente investigación**

**Tipo de investigación:** Documental.

**Métodos de investigación:** Deductivo.

**Técnicas de investigación a utilizar:** Elaboración de fichas de trabajo y análisis documental.

### **4. Fundamentos teóricos y jurídicos.**

#### **● Análisis del estado del arte o revisión de la literatura**

- a) En el libro *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: debates, métodos y empirismo*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 2003 el concepto de cobertura efectiva como la forma de medir el desarrollo a través del cual la salud pública y la atención médica pueden mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades en salud. El marco conceptual sobre la cobertura efectiva comprende tres áreas, una la cobertura específica por intervención, otra por la demanda de servicios de atención en salud y por último el acceso a dichos servicios.
- b) En el libro *Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión*, la Organización mundial de la Salud (OMS) presentó en el 2004 un marco para la elaboración de programas nacionales de control del cáncer eficaz, equitativo, factible y sostenible, en la gestión de los programas adaptables a la realidad de cada nación.
- c) En el libro *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*, se presenta un marco teórico- metodológico para el análisis de las políticas de salud, algunos análisis de políticas de salud de interés en salud pública aplicando su marco metodológico y es un libro que se dirige a los interesados en la gestión y análisis de políticas públicas en salud, en este sentido, es un libro que contribuye al conocimiento del tema tanto para investigadores , tomadores de decisiones y a quienes ponen en práctica políticas públicas de salud.

- d) En el libro *Derechos del pensionado y del jubilado de Barajas Montes de Oca*, se exponen tanto los fundamentos legales del derecho a la jubilación y la pensión, como sus orígenes sociales, así como una revisión histórica de las legislaciones en el tema, tanto a nivel internacional como nacional.
- e) El artículo *Derechos Humanos y políticas públicas*, de Sandoval Vásquez Vásquez, Alexis Francisco, estudia una perspectiva para guiar la acción, la intervención de las autoridades públicas y la participación de la sociedad civil, en la implementación de planes y programas de desarrollo ya sean económicos, políticos o sociales. Para crear un referente hacia las políticas públicas, y estas, a su vez, en el instrumento para su realización.
- f) El artículo *La salud. Un derecho humano por construir desde la educación*, de Romero Uzcátegui, Yajaira Coromoto, es una reflexión teórica acerca de la construcción del derecho a la salud desde la educación, como proceso general que involucre a toda la sociedad, a las instituciones de educación superior y a las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- g) En el artículo *Salud pública y los derechos humanos de los adultos mayores*, de Peláez Martha B. Ferrer Lues Marcela, se analiza que la necesidad de proteger los derechos humanos de los adultos mayores no ha sido reconocida por la comunidad internacional, lo cual genera discriminación por edad y se expresa en un conjunto de acciones u omisiones que tienden a tratar al individuo o a una colectividad con estándares inferiores en razón exclusiva de la edad, la discriminación por edad actúa conjuntamente con otros factores, aumentando el riesgo de vulnerabilidad y potenciando la discriminación por ejemplo, la salud, el género y las desigualdades económicas.
- h) En el libro *Veinte años de evolución de los derechos humanos*, se abordan fuentes de primera mano para el estudio de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos así como las ideas jurídico – políticas que inspiraron las declaraciones de los derechos humanos tanto nivel nacional como internacional.
- i) En el libro *Derechos humanos entre lo real y lo posible*, interesa primariamente el artículo de “Comentarios sobre la reforma constitucional de 10 de junio del 2012 en México: Artículo primero.” debido a la importancia que tiene la vinculación de la constitución respecto a los tratados internacionales de derechos humanos.
- j) El libro *Derechos Humanos. Dignidad y conflicto*, de Héctor Morales Gil de la Torre, es relevante para el tema en el análisis de la protección a la salud como un derecho humano y su vigencia en México, así como una breve revisión de las instituciones de salud en México y el derecho a la salud.
- k) El libro *Los derechos humanos en las ciencias sociales: una perspectiva multidisciplinaria*, de Ariadna Estévez, se retomara la relación existente entre políticas públicas y derechos humanos, igual que el vínculo de la ciencia política con los derechos humanos.
- l) El libro *Designing Public policies*, de Michael Howlett ayudara a este trabajo en las definiciones sobre lo que se entiende por política pública desde la perspectiva de quienes se consideran los pioneros en el tema, también

aborda los principios y elementos en el diseño de las políticas en el gobierno contemporáneo. .

- m) El artículo *Derecho Humano a la Salud: Fundamento y construcción*, de Nicoletti Javier Augusto revisa como se ha desarrollado históricamente el concepto del Derecho Humano a la Salud, analizando los tres rasgos fundamentales de los Derechos Humanos, es decir, el carácter absoluto, la universalidad y la inalienabilidad.
- n) El libro *Políticas Públicas. Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos*, de Mauricio Merino, estudia los orígenes de las políticas públicas a través de su enfoque así como sus características principales, lo cual enriquecerá la parte teórica de este trabajo, por otra parte, se analiza el proceso de las políticas públicas lo cual ayudara al análisis del programa que tiene como fin este trabajo analizar.
- o) El libro *Las Políticas Públicas*, de Ives Meny y Jean-Claude Thoenig, aborda como tema el análisis de la acción de las autoridades públicas, este tema se clasifica como una especialidad dentro de la ciencia política, el objeto de la gestión del poder público en este libro esta estrechamente relacionada con la función del Estado. El libro explica pues como la acción gubernamental se expresa en políticas públicas.
- p) El libro *El estudio de las políticas públicas*, de Luis Aguilar Villanueva, estudia la historia intelectual de las políticas públicas, desde el nacimiento, sus propósitos, desarrollos, escuelas y enfoques, así como textos de los autores fundadores en el tema.

### **Marco jurídico correlativo**

Como parte del marco jurídico de derechos humanos, cabe precisar que todos los derechos humanos están protegidos en diversos instrumentos internacionales y en las Constituciones. En el caso mexicano, el derecho a la salud se encuentra protegido por la Convención Americana de Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales. Enseguida, presento un catálogo de esos instrumentos, considerando que la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 es el antecedente contemporáneo y la base de una serie de tratados, pactos y convenciones internacionales en materia de derechos humanos.

Específicamente, en lo que concierne al derecho humano a la salud en los instrumentos internacionales, Aguilar Villanueva (2006: 142) señala lo siguiente:

La Declaración Universal de Derechos Humanos proclama en su artículo 25, Inciso 1º, 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.

En el Protocolo de San Salvador se señala en el Preámbulo que recordando que, con arreglo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, sólo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y

de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como sus derechos civiles y políticos.

En el Artículo Décimo, del mismo Protocolo, se declara que: 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar medidas para garantizar este derecho. En la Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969, se hace referencia a que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral (Parte I, Capítulo II, Artículo V, Inciso I).

En la Convención sobre los Derechos del Niño, se reconoce el *derecho* del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y el acceso a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su *derecho* al disfrute de esos servicios de salud, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud, la orientación a los padres y los servicios en materia de planificación de la familia. Además, se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la realización del *derecho*, teniendo en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

En el Artículo 25, los Estados Partes reconocen el Derecho del niño, que ha sido internado en un establecimiento, por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de la salud física o mental.

En la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, el Artículo 12 refiere a que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica (Nicoletti, 2008: 55).

La seguridad social en el marco jurídico se consagra cuando el 19 de enero de 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social, donde se reafirmó que el seguro social es un servicio público nacional con carácter obligatorio y se construyeron instituciones como el IMSS y el ISSSTE.

El marco jurídico mexicano de la seguridad social ha tomado a esta función como parte fundamental de las obligaciones del Estado, desde el momento de su creación, y fue nuestra Constitución la primera en incluir los derechos sociales.

En México, la seguridad social se encuentra prevista en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, básicamente en el artículo 123, aunque se incluyen de igual forma en el artículo 3 sobre el derecho a la educación, el artículo 4 respecto a la obligación del Estado para otorgar servicios de vivienda y de salud, el artículo 5 sobre la libertad de ideas, el artículo 27 sobre derecho agrario y el artículo 123 sobre el derecho al trabajo.

En el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la seguridad social se encuentra regulada en el Apartado A fracción XXIX y en el Apartado B fracción XI.

Artículo 123. Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la

Ley. El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:

A. Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo:

...

XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

...

B. Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores:

...

XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.

b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.

c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieran adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.

e) Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares.

f) Se proporcionarán a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados. Además, el Estado mediante las aportaciones que haga, establecerá un fondo nacional de la vivienda a fin de constituir depósitos en favor de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas, o bien para construirlas, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.

Las aportaciones que se hagan a dicho fondo serán enteradas al organismo encargado de la seguridad social regulándose en su Ley y en las que corresponda, la forma y el procedimiento conforme a los cuales se administrará el citado fondo y se otorgarán y adjudicarán los créditos respectivos.

## ▪ **Ley del Seguro Social**

En sus artículos 2 y 3 establece:

Artículo 2. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Artículo 3. La realización de la seguridad social está a cargo de las entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos públicos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.

▪ **Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT)**

Artículo 3o.- El Instituto tiene por objeto:

I.- Administrar los recursos del Fondo Nacional de la Vivienda;

II.- Establecer y operar un sistema de financiamiento que permita a los trabajadores obtener crédito barato y suficiente para:

a).- La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas,

b).- La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones, y

c).- El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores;

III.- Coordinar y financiar programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los trabajadores; y

IV.- Lo demás a que se refiere la fracción XII del Apartado A del Artículo 123 Constitucional y el Título Cuarto, Capítulo III de la Ley Federal del Trabajo, así como lo que esta ley establece.

▪ **Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro**

Artículo 1o.- La presente Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto regular el funcionamiento de los sistemas de ahorro para el retiro y sus participantes previstos en esta Ley y en las leyes del Seguro Social, del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Artículo 2o.- La coordinación, regulación, supervisión y vigilancia de los sistemas de ahorro para el retiro están a cargo de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público dotado de autonomía técnica y facultades ejecutivas, con competencia funcional propia en los términos de la presente ley.

▪ **Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)**

Artículo 1o.- La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República; y se aplicará:

I. A los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la Administración Pública Federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros;

II. A las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los Poderes de la Unión a que se refiere esta Ley;

III. A las dependencias y entidades de la Administración Pública en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta Ley, y las disposiciones de las demás legislaturas locales;

IV. A los Diputados y Senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta Ley; y

V. A las agrupaciones o entidades que en virtud de acuerdo de la Junta Directiva se incorporen al régimen de esta Ley.

Artículo 2o.- La seguridad social de los trabajadores comprende:

I. El régimen obligatorio; y

II. El régimen voluntario.

▪ **Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM)**

Artículo 2o. Las funciones del Instituto son:

I. Otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo que la presente Ley le encomienda;

II. Administrar su patrimonio exclusivamente para el fin señalado en la presente Ley;

III. Administrar los fondos que reciba con un destino específico, aplicándolos a los fines previstos;

IV. Administrar los recursos del Fondo de la Vivienda para los miembros del activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, a fin de establecer y operar un sistema de financiamiento que les permita obtener crédito barato y suficiente para:

a) La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas, incluyendo las sujetas al régimen de condominio;

b) La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones, y

c) El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores.

V. Coordinar y financiar con recursos del Fondo de la Vivienda programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los miembros del Ejército, Fuerza Aérea y Armada;

VI. Adquirir todos los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus cometidos;

- VII. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones especiales de esta Ley;
- VIII. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio;
- IX. Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas;
- X. Expedir el estatuto orgánico, manuales, normas y procedimientos interiores para la debida prestación de los servicios y para su organización interna;
- XI. Difundir conocimientos y orientaciones sobre prácticas de previsión social, y
- XII. Las demás que le confieren las leyes y reglamentos.

▪ **Ley del Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores**

Artículo 1. Se crea el Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores como un organismo público descentralizado de interés social, con personalidad jurídica y patrimonio propio, así como con autosuficiencia presupuestal y sectorizado en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 2.- El Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores tendrá como objeto promover el ahorro de los trabajadores, otorgarles financiamiento y garantizar su acceso a créditos, para la adquisición de bienes y pago de servicios.

Asimismo, el Instituto deberá actuar bajo criterios que favorezcan el desarrollo social y las condiciones de vida de los trabajadores y de sus familias. Además, deberá ajustar su operación a las mejores prácticas de buen gobierno y mejora continua, quedando sujeto, entre otras, a la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Para la aplicación de la seguridad social en México, se han creado instituciones encargadas de asistir a las diferentes circunstancias que se presentan al respecto.

## **5. Matriz de Congruencia Metodológica**

Conforme a lo anterior, es posible resumir en el siguiente cuadro los elementos metodológicos con los cuales fue organizada y realizada la investigación proyectada:

### Matriz de congruencia metodológica de la presente tesina

<b><i>Preguntas de investigación</i></b>	<b><i>Objetivo general</i></b>	<b><i>Objetivos específicos</i></b>	<b><i>Hipótesis</i></b>	<b><i>Variables</i></b>
<p>1.- ¿Cómo contemplan las políticas públicas de México en materia de salud el combate integral del cáncer, el espacio de acción?</p> <p>2.-¿Son las características de las unidades médicas oncológicas un factor para determinar el acceso a la salud para los enfermos de cáncer jubilados del ISSSTE?</p>	<p>1.- Describir la incidencia de las políticas públicas de combate al cáncer en relación al lugar en el que radican los jubilados del ISSSTE enfermos de cáncer, para una cobertura efectiva, considerando los recursos públicos con que cuenta el ISSSTE a través de la Unidad de Oncología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".</p>	<p>1.- Evaluar de forma preliminar cómo el déficit de cobertura de dichas políticas puede socavar el derecho humano a la salud.</p> <p>2.- Analizar el enfoque de las reformas a la Ley de Seguridad Social del ISSSTE y determinar de qué manera incide en la cobertura efectiva a la salud.</p>	<p>Las políticas públicas de combate al cáncer, que establecen a la Ciudad de México como el único lugar de atención y tratamiento para los jubilados del ISSSTE que padecen esta enfermedad en toda la República, son violatorias del derecho humano a la salud.</p>	<p>Mi variable independiente serán los lugares de referencia de los enfermos de cáncer y mi variable dependiente será la cobertura efectiva (acceso físico: unidades, espacio, calidad, intervenciones utilizadas).</p>

# Capítulo 1. Derechos humanos y políticas públicas

---

En este capítulo se revisará lo que se entiende por política pública desde algunos de sus precursores y hasta algunos autores mexicanos sobre el tema, para después revisar de qué manera se puede comprender específicamente una política pública en salud. Posteriormente se explica cuál es la relación entre la ciencia política y las políticas públicas, así mismo se detalla el análisis de políticas públicas debido a que el fin de este trabajo es analizar las políticas públicas en materia de salud en México respecto al cáncer. Se estudia que son los derechos humanos a partir de la perspectiva de las principales organizaciones sobre el tema, hasta pasar específicamente a lo que se entiende por derecho humano a la salud, la distinción entre los derechos de la primera y segunda generación, así como la relación entre la ciencia política y los derechos humanos, por último, se revisa la relación general entre políticas públicas y derechos humanos.

## 1.1 ¿Qué son las políticas públicas?

Existen diversas definiciones de política pública este trabajo mencionará solamente algunas de ellas, quizá las que han logrado conducir el debate de forma más aceptada, y son las de Thomas Dye y Harold Laswell.

Thomas Dye (1972: 15), en el libro *Understanding public policy*, define una política pública como “what government chooses to do or not to do” (“Lo que el gobierno decide hacer o no hacer”). Respecto a esta definición, existen elementos para empezar a esclarecer las propiedades que permiten clasificar lo que es una política pública, como lo expresa Michael Howlett: “This is a useful definition in so far as it underscores the notions that policies are conscious choices and not accidents or accidental occurrences; that they result from government decisions and not those of other actors in society such as private companies or other non-governmental organizations [...]”<sup>1</sup> (Howlett, 2011: 15).

En este sentido, es evidente que las políticas son decisiones que sólo el gobierno puede tomar, basándose en razones elegidas conscientemente para su implementación y buen resultado. Pero, “This definition, however, is not all that helpful from a design perspective because it does not reveal anything about the processes through which policies are made, nor the *substantive* content of

---

<sup>1</sup> “Esta definición es útil en medida que pone de relieve las nociones de que las políticas son elecciones conscientes y no accidentes u ocurrencias accidentales; que son resultado de decisiones de gobierno y no de otros actores de la sociedad como compañías privadas u otras organizaciones no gubernamentales”.

government decisions and the different elements which go into making them up”<sup>2</sup> (Howlett, 2011: 15).

En efecto el debate que sugirió esta definición es la escasa información para poder saber todos los elementos que componen una política pública para poder clasificarla, como por ejemplo su contenido y el proceso. Es por ello que la definición de uno de lo más reconocidos pioneros sobre políticas públicas, es la más aceptada, o al menos la que se toma como referente para guiar las actuales investigaciones sobre el tema. “Lasswell, like Dye, also defined public policies as government decisions but noted that they were composed of two interrelated elements: policy goals and policy means operating at different levels of abstraction”<sup>3</sup> (Howlett, 2011: 15).

Es prudente abordar la perspectiva de Ives Mény y Jean-Claude Thoenig en la definición de políticas públicas, debido al gran reconocimiento de su libro *Las políticas públicas* y conocimiento en el campo, para tales autores “Una política pública es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental” (Ives y Thoenig, 1992: 89).

En México, por ejemplo, los estudios más citados en el tema de políticas públicas son los de Luis F. Aguilar Villanueva, quien es tomado como referencia para elaborar definiciones como las de Mauricio Merino, quien dice que “una política pública puede ser definida como una intervención deliberada del Estado para corregir o modificar una situación social o económica que ha sido reconocida como problema público” (Aguilar Villanueva, 1992: 17).

### ¿Qué son las políticas públicas en salud?

No existe definición precisa de lo que es una política pública en salud debido a que sólo es la materia específica en la que se desarrolla alguna política pública, es decir, la salud es un campo de acción, para implementar ciertas políticas públicas. Pero se pueden dar ciertas características para reconocerlas como por ejemplo “según los principios de las democracias liberales, las políticas públicas relacionadas con la salud deberían formularse para resolver un problema de salud considerado de interés público” (Salas, Ríos, Gómez y Álvarez, 2012: 77).

De igual forma es prudente saber que la investigación sobre este tipo de políticas públicas es desarrollado y busca avances en su metodología aunque “La investigación en políticas públicas en salud es complicada no sólo por lo que implica la investigación en sí misma sino también por la complejidad de las políticas

---

<sup>2</sup> “Esta definición, como sea, no es del todo útil desde una perspectiva de diseño porque esta no revela nada sobre el proceso mediante el cual las políticas son hechas, ni el contenido esencial de las decisiones de gobierno y los diferentes elementos con que se componen.”

<sup>3</sup> “Harold D. Laswell, como Dye, también definió a las políticas públicas como decisiones de gobierno, pero observó que están compuestas de dos elementos interrelacionados: metapolíticas y significados políticos que operan en diferentes niveles de abstracción.”

públicas, dados los múltiples factores que las influyen, sus componentes y actores que involucra” (Molina y Cabrera, 2008: 7).

## Políticas públicas y Ciencia Política

El enfoque de la Ciencia Política respecto a las políticas públicas tiene su objeto de estudio concreto, es decir, el “Estudio *de* las políticas y estudio *en* las políticas mismas, una vez que estas decisiones se han convertido en acciones de gobierno. Pero este enfoque no representa una continuación de la disciplina de la administración pública ni es consecuencia lógica de su evolución” (Merino, 2013: 29). Como se puede observar, el autor señala las diferencias entre el enfoque de la Ciencia Política y la Administración Pública.

De acuerdo con el enfoque de la Ciencia Política, “cada problema admite una solución singular, con técnicas y participantes distintos” (Merino, 2013: 29). Al abundar en el tema, este autor dice que:

Lo que cuenta en las ciencias de las políticas es la elección de alternativas para afrontar problemas públicos en su sentido más amplio: no sólo de los gobernantes que asumirán la responsabilidad de decidir y manejar los recursos disponibles, sino también de la racionalidad con la que se toman decisiones y se manejan los recursos. Y de ahí también que su condición política sea la democracia liberal, entendida como un conjunto de procedimientos destinados a construir las decisiones en un entorno de legitimidad y , al mismo tiempo, de responsabilidad pública para acotar la acción de los poderes. Ciencias de las políticas que renuncian en definitiva a la construcción de una sola disciplina, para situar su objeto de estudio en las decisiones que produce el Estado en busca de las mejores soluciones a los problemas públicos que agobian a la sociedad. Pasamos así de una disciplina sin objeto de estudio, a un objeto de estudio que desechó, desde su origen, la idea de contar con una sola disciplina (Merino, 2013: 30).

Luis Aguilar Villanueva (1992: 64), por ejemplo, expresa que “por el lado de la ciencia política, en busca de vocación práctica, se afirmó que había sido excesiva la atención dada al *input* de la política, a los estudios sobre las formas, mecanismos y grupos de representación y agregación de intereses, de configuración del interés público, pero poca atención se había prestado al *output* de la política, a la manera como se elaboraban las decisiones, a las políticas que pretendían satisfacer el interés público”.

## Análisis de políticas públicas

Es necesaria la explicación de lo que es el análisis de políticas públicas debido a que el fin de este trabajo es analizar las políticas públicas en materia de salud en México respecto al cáncer, por lo que es prudente esclarecer que se entiende más aceptadamente por análisis de políticas públicas para ello se retomara a Luis Aguilar Villanueva quien menciona algunas de las definiciones más citadas y precisas con referencia al objeto de conocimiento (orientación más disciplinaria) del análisis de políticas públicas:

El análisis de política pública es la evaluación de cuál, entre las varias opciones de política o decisión gubernamental, es la mejor (o la buena) decisión o política a la luz de determinados fines, restricciones y condiciones. Es parte muy importante del campo más amplio de los estudios de política, que tratan de la naturaleza, causas y efectos de las diversas opciones de política pública"<sup>4</sup>. De igual modo,

[...] puede incluir la investigación de las causas o de las consecuencias de las políticas o programas de gobierno. En los estudios de las causas de las políticas públicas, éstas son las variables dependientes y el analista busca explicarlas con referencia a variables independientes fuerzas sociales, económicas, tecnológicas, políticas. Esta investigación puede ser llamada investigación de la 'determinación de la política'. En los estudios de las consecuencias de las políticas públicas, éstas son las variables independientes y las dependientes son las condiciones sociales, económicas o políticas que se suponen serán afectadas por la política pública. Esta investigación puede ser llamada investigación del 'impacto de la política'.<sup>5</sup>

## 1.2 ¿Qué son los Derechos Humanos?

Definir qué son los derechos humanos puede suscribir un amplio debate por lo que se entiende en cada definición, y de hecho existen según cada perspectiva definiciones heterogéneas de lo que cada autor o estudioso del tema entiende por derechos humanos, además que abordar todos los enfoques y perspectivas en la definición sería un fin muy ambicioso para este trabajo, es por ello que propongo entender a los derechos humanos de acuerdo con las definiciones que declara internacionalmente el Alto Comisionado de Derechos Humanos de la ONU, así como nacionalmente la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

La CNDH (en línea: [http://www.cndh.org.mx/Que\\_son\\_derechos\\_humanos](http://www.cndh.org.mx/Que_son_derechos_humanos)) declara que "los Derechos Humanos son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes".

---

<sup>4</sup> Stuart S. Nagel. a) *Contemporary Public Policy Analysis*, The University of Alabama Press, Alabama, 1984. b) *Public Policy: Goals, Means and Methods*, (SI. Martin's Press, New York, 1984). Ofrece también una definición similar en la introducción a la *Encyclopedia of Policy Studies*, por él editada, Marcel Dekker, (New York), 1983, citado por Aguilar Villanueva, Luis F. *El Estudio de las Políticas Públicas*. (México: Miguel Ángel Porrúa, 1992), 70.

<sup>5</sup> DYE, T. R, *Policy Analysis: What Governments Do, Why They Do It, and What Difference It Makes*. (University, AL, University of Alabama Press, 1976), citado por Aguilar Villanueva, Luis F. *El Estudio de las Políticas Públicas*. (México: Miguel Ángel Porrúa, 1992), 70.

## Definición de derechos humanos de la ONU

En cuanto al Alto Comisionado de los Derechos Humanos de la ONU, declara (en línea: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>) que “los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles”.

## Derecho humano a la salud

La CNDH (en línea: [http://www.cndh.org.mx/Cuales\\_son\\_los\\_derechos\\_humanos](http://www.cndh.org.mx/Cuales_son_los_derechos_humanos)) reconoce el derecho humano a la salud y lo define como “aquel en el que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, si las personas hacen uso de los servicios de salud tienen el derecho de obtener prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables”. Y aclara que: el Estado otorgará servicios de salud a través de la Federación, Estados y Municipios de acuerdo con lo establecido en la ley.

Entre los derechos económicos, sociales y culturales de segunda generación podemos ubicar el derecho a la salud. De este modo, en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobados y aclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, queda formalmente consignado el derecho a la salud: “*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...*” (Morales, 1996: 97)

## Los principios de los derechos humanos aplicables al derecho humano a la salud

Sobre los rasgos fundamentales de un derecho humano, Nicoletti se pregunta si son posibles tales afirmaciones en el específico caso del derecho humano a la salud. Él afirma que el derecho humano a la salud debe gozar del rasgo de la *universalidad*, debido a que:

Se trata de un *derecho* que los seres humanos, cualesquiera que sean las circunstancias en que se encuentren, son poseedores de este, simplemente, por su condición humana y por la esencial igualdad de todos. A los efectos de la titularidad de este *derecho*, los nombres propios y las descripciones definidas son perfectamente irrelevantes. Es decir, nadie es poseedor del *derecho a la salud* por ser quién es, por llamarse como se llama o por ocupar una posición definida en cualquier relación social. La obligación de promover este Derecho Humano, el deber de no violarlo o conculcarlo, es de todos. Se trata de un deber positivo y general. (Nicoletti 2008: 52)

Para afirmar el carácter *inalienable*, Nicoletti recurre a Laporta. Según este autor, las consideraciones que cabe hacer sobre el rasgo de inalienabilidad son en referencia a problemas de justificación y la respuesta sólo puede basarse en argumentos referidos al concepto de persona humana que está en la base de cada concepción moral. Además, indica que “es preciso distinguir la titularidad de un *derecho* del ejercicio de un *derecho*. Cualquiera podría decidir no ejercer algún *derecho* que tuviera, pero lo que no podría hacer es renunciar a ser titular de ese *derecho*” (Nicoletti, 2008: 52).

El carácter *absoluto* de un derecho humano conlleva la pretensión de llevar consigo una particular fuerza vinculante, para Nicoletti el derecho humano a la salud es, sin lugar a dudas, un derecho absoluto, “porque es un *derecho* que implica el deber de realizar ciertas acciones, no puede ser sobrepasado en ninguna circunstancia y no admite excepciones respecto de su protección y promoción” (Nicoletti, 2008: 53).

### En qué se diferencian los derechos humanos de primera y segunda generación

Es prudente señalar las diferencias entre el derecho a la salud clasificado dentro de los derechos humanos de segunda generación respecto a los derechos de primera generación. La diferencia medular consiste en que, “mientras que aquellos, por su carácter político y civil, requieren de una actitud del Estado que los reconozca y respete, los de segunda generación por su naturaleza social exigen al Estado una aptitud, un determinado nivel de desarrollo, principalmente económico, que haga posible que tales derechos sean satisfechos” (Morales, 1996: 98).

En este sentido, los derechos civiles y políticos son “susceptibles de aplicación inmediata y requerían obligaciones de abstención por parte del Estado; mientras que los *Derechos económicos, sociales y culturales* debían ser implementados por reglas susceptibles de aplicación progresiva, con obligaciones positivas implícitas” (Nicoletti, 2008: 54).

### 1. 3 El enfoque de derechos humanos como fundamento macrojurídico de las políticas públicas.

Los derechos humanos en la ciencia política “se estudian significativamente en la subdisciplina de la teoría política y la subdisciplina de las relaciones internacionales, a diferencia de otros campos como la política pública y comparada, estudios de la democracia, participación política e instituciones políticas, lo cual señala es desconcertante debido a la relación tan estrecha entre derechos humanos y legitimidad del poder” (Velasco, 2010: 261).

Velasco estudia los derechos humanos en tres ámbitos de la Ciencia Política: primero, la filosofía política; segundo, las doctrinas políticas; y, tercero, las relaciones sociedad- Estado.

## Derechos humanos y la Filosofía Política

El documento principal de normas en la Carta Internacional de Derechos Humanos es la Declaración Universal de Derechos Humanos; y, aunque no es legalmente vinculante, es “un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse” según se enuncia en el preámbulo de la declaración.

Es a partir de ello que se despende el estudio de las concepciones filosóficas que pudiesen desarrollarse en la la Carta Internacional de Derechos Humanos. Velasco cita a John Rawls para demostrar que, aunque los derechos humanos no se derivan de una concepción filosófica sobre la naturaleza. En efecto, son universales en un sentido más bien práctico. Los derechos humanos “no dependen de ninguna doctrina moral comprensiva ni de ninguna concepción filosófica de la naturaleza humana” (Velasco, 2010: 264). Sin embargo, “los derechos humanos básicos expresan un estándar mínimo para las instituciones políticas bien ordenadas”. Dicho estándar es “válido para todos los pueblos que pertenecen, como miembros de pleno derecho, a una justa sociedad política de pueblos” (Velasco, 2010 : 264).

Velasco considera la perspectiva filosófica actual de Karl-Otto Apel citando: “La concepción universal de la ley, por ejemplo de los derechos humanos, no tiene que estar basada en una metafísica de la ley natural... pero sí debe basarse, en última instancia, en las normas fundamentales de una comunidad ideal de comunicación, que siempre hemos reconocido en cualquier discurso serio” (Velasco, 2010: 264). Esto para explicar que no tiene importancia si las leyes se derivan de la naturaleza humana, lo que en realidad importa es la interacción, es decir, lograr la comunicación y la deliberación.

Aunque también expresa que la propia ONU ha constatado en 1948 al consultar las opiniones de pensadores acerca de las bases teóricas y filosóficas de los derechos humanos, que cada escuela de pensamiento “trae (al debate) su justificación y visión particular de los derechos individuales, inclinándose, en grados diversos, hacia la interpretación clásica o la revolucionaria... La paradoja es que esas justificaciones racionales son al mismo tiempo indispensables y sin embargo impotentes...Las cuestiones que ellas plantean son difíciles y las tradiciones filosóficas con las que se relacionan tienen una larga historia de divergencias” (Velasco, 2010: 267).

## Derechos humanos y las doctrinas políticas

Las normas de los derechos humanos son una serie de documentos normativos del siglo XVIII. “Entre los más celebrados de estos antecedentes están: la Carta de Derechos de Inglaterra (1689), la Declaración de Derechos de Virginia (1776), la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano y la Carta de Derechos de Estados Unidos (1791)” (Velasco, 2010: 271).

Las anteriores son normas políticas y estas no surgen de teorías científicas o de doctrinas estrictamente filosóficas aunque tienen influencia importante en ellas, surgen más bien de las doctrinas políticas donde “ se encuentran una serie de valores, generalmente integrados a una distintiva visión del mundo. Pero la doctrina también incluye al menos por implicación, a los portadores de estos valores, es decir, al conjunto de líderes, militantes y simpatizantes, integrados en una fuerza política dispuesta a luchar por ellos. A diferencia de las normas, que se presentan como impersonales e imparciales [...]” (Velasco, 2010: 272).

Al distinguir las diferencias entre norma y doctrina política el autor considera que se puede separar analíticamente la génesis y la justificación de los derechos humanos debido a que “El liberalismo, en sus diferentes versiones, es sin duda la doctrina política más importante en el surgimiento del corpus moderno de los derechos humanos. Pero también es visible la impronta del movimiento socialista. La influencia de la socialdemocracia, directamente o a través del keynesianismo, es muy clara en los artículos 22 al 26 de la Declaración Universal” (Velasco, 2010: 273).

Cabe señalar que existen desacuerdos entre la tendencia liberal y socialista ya que en la Declaración Universal los votos de las doctrinas no llegaron a un consenso en el sentido de poner en un sólo pacto o convención a los derechos políticos y civiles así como a los económicos, sociales y culturales juntos hasta que “la sexta Asamblea General de la ONU (1951-1952) decidió separar esos dos grupos de derechos en dos pactos diferentes. En este mismo sentido, es sumamente significativo que, hasta 2010, Estados Unidos no haya ratificado el pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a pesar de que firmó en 1977. El argumento frecuentemente esgrimido es que las estipulaciones del Pacto expresan una aspiración, pero no un conjunto de derechos” (Velasco, 2010: 274).

Se podría concluir que “los derechos humanos actuales son un resultado de la confluencia de varias doctrinas políticas, especialmente de dos de ellas... Pero los derechos humanos actuales no son sólo un producto de varias doctrinas: ellos mismos se han convertido en una doctrina política con varias corrientes... Es una doctrina política que goza de enorme legitimidad” (Velasco, 2010: 275).

## Políticas públicas y derechos humanos

La relación entre políticas públicas y derechos humanos “ en las reflexiones contemporáneas sobre los derechos humanos (DH) es común la referencia a las políticas públicas, particularmente a partir de la década de 1990. No ocurre así en los análisis sobre políticas públicas (pp), en los que recién hace pocos años se inició la reflexión sobre el vínculo que pueden tener con los DH” (Canto, 2010: 77). Hay que considerar que “La necesidad del estudio de las políticas públicas se va manifestando en la medida en que se buscan formas de concretización de los derechos humanos, en particular de los derechos sociales” (Canto, 2010: 60).

Canto Chac considera tres preguntas fundamentales para la explicación de la relación entre derechos humanos y políticas públicas. Primero: ¿Son los derechos humanos solamente un horizonte utópico, o mejor, criterios de orientación de las políticas públicas, o cumplen un papel relevante en la gestación, implementación y evaluación de éstas? Segundo: en las condiciones actuales, ¿pueden los derechos humanos contribuir a modificar el sentido y los procesos de las políticas públicas? Y, tercero: ¿De qué manera contribuirían los derechos humanos a la identidad y estrategia de los diversos actores sociales que pugnan por la reorientación de las políticas? (Canto, 2010: 78).

Respecto a la primer pregunta, este autor responde que, “hasta ahora, sólo se desenvuelven como criterios de orientación; no obstante, tampoco desdeñarían diversos trabajos que de manera sectorial (en educación, salud, vivienda, entre los principales) parten de una formulación de derechos e intentan diseñar estrategias e instrumentos y ponderar costos de su puesta en práctica” (Canto, 2010: 101). Aunque apunta que estos aún no logran la creación de un análisis generalizado para los retos que se enfrentan, además de que existen organizaciones civiles que desarrollan una metodología en el diseño de políticas específicas, hace falta un trabajo académico de crítica y sistematización.

La respuesta a la segunda pregunta es que, “por ahora, parecen ser la única alternativa para superar el estancamiento de la discusión ideológica en torno de las PP en Latinoamérica. La discusión entre neoliberales y neo-socialdemocratas se ha agotado” (Canto, 2010: 101). Canto señala respecto a este punto que “sigue pendiente el asunto del diseño de las PP concretas que permitan la realización de estos criterios de orientación, pero si los DH pueden serlo más allá de las disputas ideológicas contemporáneas es por que son obligaciones contraídas por los Estados; lo que haría falta para su traducción en políticas públicas es la formación de amplias coaliciones de sujetos con la capacidad política suficiente para exigir a los Estados el cumplimiento de las obligaciones contraídas” (Canto, 2010: 102).

Esto lo explica Sandoval Vásquez de la siguiente manera: “[...] las políticas públicas con enfoque de Derechos Humanos forman las articulaciones racionales de acciones y omisiones del Estado, basadas, por una parte en las obligaciones contraídas voluntariamente por los Estados a través de distintos instrumentos de Derechos Humanos y, por otra, en la definición participativa de los principales problemas y necesidades por parte de la población, así como su participación directa en el diseño, monitoreo y evaluación” (Sandoval Vásquez, 2011: 101).

La respuesta de la segunda pregunta tiene relación vinculante con la respuesta a la tercera pregunta sobre la identidad y estrategia de los diversos actores sociales que pugnan por la reorientación de políticas; y, para el autor, la respuesta es “el aporte más específico de los DH en la región y el menos valorado. Haber contribuido a la identidad de múltiples actores sociales, de esa diversidad que en algún momento, más comprensiva que normativamente, se identificó con la categoría de sociedad civil” (Sandoval Vásquez, 2011: 102).

Canto Chac considera que para la última respuesta se generan más preguntas y discusiones respecto a cómo esa multiplicidad de actores ya sean organizaciones de clase o identidad ciudadana y sus culturas tradicionales logran los alcances y perspectivas en los instrumentos “para la intervención de los sujetos de exigibilidad de derechos en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas” (Sandoval Vásquez, 2011: 102).

Para Sandoval Vásquez (2011: 111), apoyándose en Guendel, la respuesta está en la misma pregunta en el sentido que

Así, la sociedad puede concebirse como una gran red conformada por una multiplicidad a su vez de redes sociales que articulan los planes de acción y tanto individuales como grupales, y propician los lazos de pertenencia que configuran el proceso de integración social. La instauración de reglas conscientemente constituidas posibilita llegar a acuerdos y prácticas de tolerancia que permiten la inclusión activa de las personas como sujetos de dichas redes [...]. En este sentido, la estructura y la organización social construyen medios que facilitan a la sociedad la realización de sus derechos.

De esta forma, se provoca lo que él llama el “accionar social”; y “al construir esta unidad, se reconoce que las relaciones de poder no son patrimonio exclusivo del Estado, sino que atraviesan toda la estructura social como una especie de eje transversal” (Sandoval Vásquez, 2011: 110).

#### 1.4. El enfoque de políticas públicas y el Estado en acción para resolver los grandes problemas de salud pública.

Velasco se apoya de la literatura politológica para identificar las condiciones básicas para arraigar los derechos humanos en las instituciones y prácticas nacionales, la primera condición es “la existencia de un Estado fuerte y capaz... sólo un Estado fuerte puede darse el lujo de tratar decentemente a sus ciudadanos... Por “Estado fuerte” hay que entender, en este contexto, uno con instituciones bien desarrolladas, con una legitimidad firme, bien arraigado en su sociedad: en síntesis, un Estado cuyo “poder infraestructural” sea lo suficientemente fuerte como para que no necesite hechar mano frecuentemente de su poder despótico” (Velasco, 2010: 279).

La segunda condición es la “existencia de instituciones especializadas, reforzadas por un sistema de justicia razonablemente imparcial. Una institución especializada paradigmática es la del ombudsman. Frecuentemente conocido en el mundo hispano como “defensoría del pueblo”, el ombudsman es normalmente definido como “una oficina pública abierta e independiente con amplios poderes de investigación”, cuya misión principal es vigilar que el Estado promueva y respete los derechos de los gobernados” (Velasco, 2010: 280).

Por último considera que se necesitan condiciones sociales como un nivel educativo alto y equitativo, que no exista mucha polarización social ya que la desigualdad social vulnera las interacciones posibles entre los grupos sociales en el sentido de la solidaridad y exigencia del respeto a los derechos humanos respecto a los otros

grupos sociales y por último la necesidad de mantener un nivel considerable de prosperidad.

## Capítulo 2. Seguridad social, políticas de salud y el papel del Estado

---

Este capítulo concierne a la seguridad social. En principio, en los dos primeros subtemas se hace un recuento de los antecedentes históricos y jurídicos de la seguridad social en Europa y México; posteriormente, enfoco la seguridad social en un concepto, que será el punto de referencia en ese trabajo, para entenderla de manera más delimitada.

El tercer subtema contiene una descripción analítica de la reforma al ISSSTE y sus implicaciones para la ley de pensiones y jubilaciones del instituto. El cuarto subtema versa sobre el papel de la salud dentro de la seguridad social, es decir, en qué terminos se encuentra consagrado el derecho a la salud dentro del régimen mexicano de la seguridad social.

Los últimos dos subtemas tienen como objetivo dar una explicación complementaria de la hipótesis de este trabajo, en el sentido de que *la reforma al ISSSTE produjo un nuevo sistema de pensiones y jubilaciones* en el que los pensionados y jubilados tienen dos afectaciones principales: la primera es, en este sentido, la pérdida directa de un ingreso justo en sus jubilaciones y pensiones; y, en segundo lugar, lo anterior significa una condición que va en detrimento como derechohabiente a sus seguridad en salud, debido a que a menor capacidad económica menos capacidad de movilidad para hacer efectivo su derecho a la salud.

### 2.1 El papel del Estado y los sistemas de seguridad social en Europa en los siglos XIX y XX.

Los antecedentes inmediatos más importantes de la seguridad social en el mundo occidental son los seguros sociales creados en Alemania a fines del siglo XIX por Otto von Bismarck, Primer Ministro del Kaiser Guillermo I. “A Otto von Bismarck se deben sin duda los notables avances en la regulación de las relaciones obrero-patronales, mismas que han trascendido hasta nuestra época, pues adoptó medidas de previsión en beneficio de los operarios, resultando un significativo avance la creación obligatoria de condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo, a fin de prevenir accidentes y enfermedades laborales [...]” (Ruiz, 2008: 60).

Los sistemas de seguro organizados por Bismarck fueron: seguro de enfermedades, de 1883; seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de 1884; seguro de invalidez, de 1889 (Cázares, 2007: 57-60). “Es de destacarse también el estudio realizado en Inglaterra, en 1942, por William Beveridge, que siguiendo las ideas de Lloyd George, al presidir la Comisión revisora del sistema inglés de seguridad social, presentó el denominado “Informe sobre el Seguro Social y Servicios Conexos”, también llamado Plan Beveridge, mismo que fue el antecedente

para la Ley del Seguro Nacional, que se promulgó en 1948 y que estableció en Inglaterra un sistema de seguridad social integral” (Ruiz, 2008: 60).

## 2.2. El surgimiento de los sistemas de seguridad social en México.

Para el tema de esta investigación es de suma importancia el estudio de la seguridad social en dos rubros importantes, pensiones y jubilaciones del sector salud así como la protección de la salud, por lo que, es prudente señalar los orígenes, antecedentes y la concepción que se tiene de la seguridad social en México.

Se considera que “el origen histórico de la seguridad social mexicana se encuentra en los movimientos y luchas sociales observadas desde el Porfiriato, 1877-1910, y desde luego en el gran movimiento social y político que representaron los campesinos, los obreros, los grupos medios y otros representantes sociales, en el transcurso de la Revolución Mexicana, 1910-1917” (Aguilar Villanueva, 2006: 138).

Las demandas sociales, económicas, políticas e ideológicas que reclamó la sociedad mexicana, en su mayoría campesina y trabajadora, se expresan en la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, expedida en el año de 1917, y de ella “la seguridad social se encuentra consagrada en la Fracción XXIX del Artículo 123” (Aguilar Villanueva, 2006: 139).

De lo anterior se derivó que en el derecho mexicano del trabajo se incluyeran antecedentes de la seguridad social como reconocimiento a la justicia social que se reclamó en la Revolución, mismos que fueron expresados en los diferentes momentos que a continuación se puntualizan, según Aguilar García (2006: 140):

-El Programa del Partido Liberal Mexicano, formulado y difundido en julio de 1906 por los hermanos Flores Magón y demás miembros del mismo Partido: en particular se puede consultar el capítulo del Capital y el Trabajo.

-Poco después, en noviembre de 1906, el general Bernardo Reyes, gobernador de Nuevo León, promulgó para su entidad una Ley de Accidentes del Trabajo.

-Los derechos sociales aparecen también en el Manifiesto Político del Partido Democrático, en 1909, liderado por Benito Juárez Maza, hijo del fundador del presidente Juárez. -Los derechos del trabajo también se encuentran en el libro La sucesión presidencial de México, escrito y difundido por Francisco I. Madero en 1908, quien además en abril de 1910 se comprometió a presentar iniciativas de ley para pensionar a los obreros mutilados en el trabajo en las minas o en la industria a pensionar a los familiares de los trabajadores, en caso de perder la vida.

-En diciembre de 1911 don Francisco I. Madero, ya como presidente de la República, formuló unas bases generales para una Legislación Obrera Nacional, donde se contemplaba igualmente la seguridad social.

-El primer proyecto de Ley del Trabajo fue formulado por varios diputados en septiembre de 1913. En este documento se estableció un capítulo del Seguro Social. Los acontecimientos

mismos de la Revolución Mexicana no permitieron mayor espacio para discutir y aprobar el proyecto.

-Así, en el Congreso Constituyente de 1916-1917 se estableció la Constitución Política de México, y los derechos sociales de campesinos y obreros se concretaron en los Artículos 27 y 123.

Actualmente, la seguridad social se expresa en el artículo 123, Título Sexto (“Del Trabajo y de la Previsión Social”), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: “Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley.”

Por tanto, como dice Aguilar Villanueva (2006: 141), “el Derecho del Trabajo y la Previsión Social son producto del movimiento revolucionario de 1910-1917. Son la base para regular las relaciones entre los trabajadores y el Estado, así como entre los trabajadores y los patrones”.

Los derechos al trabajo y la previsión social fueron implementándose de la siguiente manera (Aguilar Villanueva, 2006: 142):

-En agosto de 1925 se creó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro. En septiembre de 1929 se modificó la Fracción XXIX del Artículo 123 en el siguiente sentido:

Se considera de UTILIDAD PUBLICA la expedición de la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesantía involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos.

Con esta Reforma Constitucional le dio al Seguro Social la categoría de un Derecho público obligatorio. Se sentaron las bases para formular una Ley del Seguro Social.

-En 1931 se expidió la Ley Federal del Trabajo.

-En enero de 1932 el Congreso de la Unión otorgó facultades al Ejecutivo Federal para expedir precisamente una Ley del Seguro Social. Sin embargo, los acontecimientos políticos no permitieron la pronta emisión de esta Ley.

-En los gobiernos respectivos de Abelardo L. Rodríguez y de Lázaro Cárdenas se formaron sendas comisiones para formular el anteproyecto de ley del Seguro Social. En ambas comisiones participó don Ignacio García Tellez. Nuevamente las circunstancias políticas no permitieron consolidar el proyecto.

-Finalmente, el 19 de enero de 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social, donde se reafirmó que el seguro social es un servicio público nacional con carácter obligatorio y se construyeron instituciones como el IMSS y el ISSSTE. Pasaron 25 años desde 1917 y 13 años desde 1929, para echar a caminar la primera institución.

## Concepto de Seguridad social

La seguridad social es entendida como “la manera en que el Estado tiene no sólo el deber, sino la obligación de atender y proteger a la sociedad, en especial a los grupos vulnerables... En este sentido, la sociedad demanda la solución de sus

problemas en dos rubros principalmente: salud y economía. Los aspectos relacionados con la salud son entendidos como los apoyos necesarios que brindarán la oportunidad de atender, cubrir y curar enfermedades y los económicos como aquellos recursos que se podrán utilizar, ya sea en efectivo o en especie, para asegurar un ingreso que brinde la oportunidad de alimentación, techo y vestido” (Ronzón 2013: 65).

Teóricamente la seguridad social debemos entenderla como aquella “protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez y muerte, incluyendo la asistencia médica” (OIT, 1984).

### 2.3.El sistema de jubilación y pensión con la nueva Ley del ISSSTE.

En este apartado se alude a la reforma a la seguridad social en el sexenio de Felipe Calderón Hinojosa, que consistió en la privatización del ISSSTE, principalmente en dos ramas: el modelo de jubilaciones y pensiones, así como el de salud. Con relación a este último, en menor medida, se expone brevemente el papel del compromiso de México con las organizaciones internacionales, compromiso debido a la deuda de México, por lo que ha tenido que acatar recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional que implican directamente la sugerencia de cambiar el modelo contributivo de pensiones y jubilaciones por uno de capitalización individual. “El argumento esgrimido para justificar esta sustitución fue que las jubilaciones y las pensiones eran en sí mismas causa de la crisis económica capitalista” (Ortega y Solís 2013: 29).

Otro aspecto a tratar es el escenario y los mecanismos para la aprobación de la reforma en el congreso a sólo 7 años de la apertura democrática, ahora con un congreso sin mayorías, así como la falta de democratización y consenso en el proceso de la reforma y sus consecuencias con la movilización de masas en contra de la reforma que gracias a los amparos presentados a la Suprema Corte evidenciaron las conductas y postulados anticonstitucionales de los actores y la ley en sí misma lo que dejó ver una grave crisis de representación política por parte de las instituciones y los funcionarios al dar respuesta a dichas movilizaciones y amparos presentados por los trabajadores del Estado.

#### Antecedentes

Antes de abordar el contenido de la reforma a la seguridad social, específicamente al sistema de pensiones del ISSSTE, habría que conocer su proceso de creación y su sentido original en México. Aunque el constituyente de 1917 abordó el tema de la seguridad social en el artículo 123, no se incluyó el tema de pensiones “por considerar primordial fijar, con la mayor amplitud posible, la protección del salario, las condiciones de la relación laboral y su estabilidad, al igual que los beneficios de la asociación profesional y educación obrera”(Barajas 2000:5). “Algunos años después, por exigencias del proceso político se publicó la Ley General de Pensiones

Civiles y Retiros (1925) y se creó la Dirección General de Pensiones de Retiro (1926)” (Ortega y Solís, 2013: 33).

Hasta 1943, con la promulgación de la Ley del Seguro Social, “se incluyó un capítulo sobre seguros de invalidez, vejez, cesantía y muerte... después del movimiento magisterial de 1956-1959... el Estado refuncionalizó el control y la dominación sindical llevando a cabo, entre otras medidas, la publicación el 30 de diciembre de 1959 de la ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado con la que se creó el ISSSTE” (Ortega y Solís, 2013: 34).

Las pensiones de seguridad social son las correspondientes a las instituciones de seguro social de carácter contributivo, el financiamiento contributivo de previsión significa que “las autoridades e instituciones encargadas de los medios y servicios de previsión social están obligados a organizar, por si mismas, no sólo su creación y funcionamiento, sino el acopio de los recursos necesarios para su viabilidad y eficacia” (Barajas, 2000: 14). En este sentido el papel del Estado es

“contribuir al sostenimiento institucional, ya que esto forma parte de sus deberes, pero ha de actuar como un sector más interesado en las subsistencia del trabajador y en la atención familiar, no sólo por tratarse del más importante de los sectores de población productivos, sino asimismo de los mayormente organizados y contributivos, al que debe retribuírsele en parte su colaboración. En ello estriba la naturaleza de la pensión y la jubilación” (Barajas 2000:14).

De acuerdo a lo anterior el ISSSTE financió hasta 1992 sus gastos con recursos propios procedentes de “cuotas y aportaciones complementadas con la reserva actuarial del Fondo de Pensiones. A partir de 1993 las aportaciones y los rendimientos resultaron insuficientes y las reservas se agotaron, por lo que se registró un déficit que tuvo que compensar el gobierno federal” (Ortega y Solís, 2013: 34-35).

La explicación del problema de financiamiento se encuentra en la reforma del estado, “el modelo universal, integral y solidario de jubilaciones y pensiones de América Latina se instauró como resultado de la lucha que las y los trabajadores libraron durante muchos años, y fue un ingrediente importante del Estado de Bienestar” (Ortega y Solís, 2013: 29) pero a partir de la reforma del Estado que transformó el Estado de Bienestar a uno Neoliberal cambio como consecuencia la política laboral y la acumulación de capital lo que se tradujo en caídas de los salarios base de cotización, despidos masivos, jubilaciones inducidas, estancamiento del número de cotizantes, administración corrupta, lo que significó un aumento elevado en el número de pensionados en contraste al escaso incremento de los trabajadores activos.

## Reforma al ISSSTE

Por lo anterior se necesitaba una reforma al ISSSTE que evitara un declive progresivo de la institución a causa del problema del régimen fiscal para garantizar pensiones decorosas, la primer iniciativa de reforma a la ley del ISSSTE la presentó en el 2005 el senador priísta y dirigente de la Federación de Sindicatos de

Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) Joel Ayala Almeida ante el pleno de la cámara de senadores. La exposición de motivos se centraba principalmente en la transición demográfica y epidemiológica así como la ampliación de beneficios sin el correspondiente aumento de cotizaciones.

El déficit financiero del Instituto se concentraba, según este diagnóstico, en las pensiones y en el Fondo Médico. El problema financiero del ISSSTE es particularmente grave en el rubro de pensiones, el cual enfrenta desde hace varios años un déficit actuarial importante. En otras palabras, los ingresos presentes y futuros del sistema no alcanzan para pagar las obligaciones del instituto. Para cubrir la diferencia entre los ingresos y las obligaciones actuales y futuras del ISSSTE, se requeriría un monto equivalente a cerca del 45% del PIB 2004. El déficit del Fondo Médico, por su parte, enfrentaba desde 1989 un déficit corriente que cada año absorbe recursos de otros servicios del Instituto y del presupuesto federal... Para el 2006 el Fondo Médico tiene un déficit esperado de 5.3 mmp y las proyecciones indican que, sin una reforma, en tan sólo dos décadas el déficit de los servicios médicos en el ISSSTE será equivalente al actual déficit anual en el fondo de pensiones (Ortega y Solís, 2013: 47).

La iniciativa de reforma consistía en la privatización del ISSSTE con la sustitución del sistema de pensiones y jubilaciones de previsión contributiva por uno de capitalización individual y la privatización de los servicios de salud, este modelo ha sido recomendado por organismos internacionales como el BM Y FMI, por ser la seguridad social una de las causas de “la crisis económica capitalista... de ahí que desde sus inicios el programa neoliberal atribuyera una función estratégica al desmantelamiento de la seguridad social”(Ortega y Solís 2013: 29). Ante esta situación los trabajadores se organizaron para mostrar su descontento aun sin el apoyo de los sindicatos que los representaban como fueron FSTSE por razones obvias y la Federación Democrática de Sindicatos de Servidores Públicos (FEDESSP) que a pesar de haber sido creada para luchar contra las imposiciones que la FSTSE lideraba de acuerdo a su posición de la reforma, terminó por inclinarse a la aceptación de la misma. Gracias a la movilización y desaprobación de los trabajadores se retrasó la aprobación de la reforma, así que llevarla a la cámara de diputados para su aprobación sería la tarea del siguiente gobierno, es decir, del gobierno de Felipe Calderón Hinojosa.

Es prudente señalar que la privatización en el sistema de pensiones y servicios de salud tuvo origen “en el marco de la derrota obrera chilena, la dictadura militar y la ejecución despiadada de las políticas neoliberales. Más tarde esta política se generalizó a todo el continente: La reforma chilena de mayo de 1981, con su sistema de capitalización individual, ejerció una notable influencia en las reformas pensionales de los demás países de América Latina” (Ortega y Solís 2013: 29-30). De hecho en México se reformó al IMSS en febrero de 1997 para cambiar su sistema pensionario al de capitalización individual.

## La nueva Ley del ISSSTE

Para Calderón era necesario sanar las finanzas públicas por medio de la privatización al sistema de pensiones, en sus palabras: “En 1997 la reforma a las jubilaciones del IMSS permitió sustituir el esquema de beneficio definido de fondo

revolvente por otro basado en un sistema de cuentas individuales. Esta reforma permitió darle acceso al sistema financiero a un gran número de personas, fomentar el ahorro, fortalecer el mercado de capitales y, lo más importante, darle viabilidad financiera y de largo plazo al sistema de pensiones” (Ortega y Solís 2013: 53).

La aprobación de la nueva ley del ISSSTE se dio de manera apresurada, fue presentada el 15 de marzo ante el pleno de la cámara de diputados, se votó el 22 de marzo y se publicó convertida en nueva ley el 31 de marzo, en el Diario Oficial de La Federación. Las votaciones se dieron de la siguiente manera 313 en bloque a favor por parte del PAN, PRI, PVEM, PANAL, 146 en bloque y en contra por parte del PRD, PT, CONVERGENCIA por último dos abstenciones del PRI. (Estrada, Tronco y Sánchez 2009: 117).

La disciplina de todos los partidos fue alta a excepción del PRI, con dos abstenciones, aunque en poco grado existe indisciplina dentro del partido en la votación de esta reforma. Para la aprobación de la reforma de ley era necesario que el presidente buscara crear una coalición parlamentaria dada las condiciones de un congreso sin mayoría, y lo logró incluso llegó a ser una coalición amplia con otros tres partidos. Esta votación nos arroja incluso evidencia del tipo de ideología de los partidos por haber formado esa coalición es decir al aceptar la alianza es porque tienen ideologías muy similares, en este caso la ideología es marcada fuertemente como neoliberal.

La reforma no tuvo consenso y fue el primer reflejo de la crisis de representación política, esta nueva ley del ISSSTE, según Ortega y Solís (2013: 55).

[...] se impuso a las y los trabajadores a través de prácticas parlamentarias facciosas desinformación deliberada, mínimo debate, cerrazón ante los reclamos de las y los trabajadores y frágiles arreglos cupulares. Este comportamiento de la alianza de partidos neoliberales evidenció una vez más la naturaleza clasista inmediata de la institución parlamentaria, su descomposición, su pasivo sometimiento al capital financiero y su disposición a seguir actuando en contra de los intereses más generales de los trabajadores y de la nación.

La nueva ley es muy amplia, así que sólo se contemplarán en este análisis los artículos reformados más significativos, en el anexo 1.

Ya que el Frente Amplio Progresista, integrado por el PRD, PT y convergencia, no pudo contener la aprobación de la reforma “por primera vez en la historia laboral mexicana las y los trabajadores hicieron uso clasista del juicio de garantías y lo conjuntaron con una compleja y amplia movilización de masas (asambleas, marchas, mítines, plantones, paros nacionales, etcétera)” (Ortega y Solís 2013: 63). De tal manera que acordaron la

presentación de más de 800 mil amparos contra la ley del ISSSTE; paro nacional para el 27 de abril; asistencia masiva a las marchas del primero de mayo; estallamiento el 2 de mayo del primer paro cívico nacional, como parte del inicio de la jornada de protesta nacional, laboral campesina y popular; constitución el 4 de mayo del Consejo Nacional de Huelga

(CNH); inicio del paro indefinido del magisterio democrático (CNTE), el 7 de mayo; manifestación del Zócalo del Distrito Federal y de la Normal a los Pinos; segundo paro cívico nacional, el 17 de mayo; tercer paro nacional el primero de junio, y entre el segundo y el tercero, uno más, el 21 de mayo, de algunos de los sindicatos afiliados a la Federación Nacional de Sindicatos Universitarios (FNSU). (Ortega y Solís 2013: 69-70).

Las acciones para defender sus fondos de pensiones y derecho a la seguridad social también fue presentada jurídica e institucionalmente a través de dos amparos, el primer amparo se presentó “entre el 2 de abril y el 17 de mayo de 2007...las demandas presentadas sumaban 167 mil 327...alrededor de 150 mil eran de juicios individuales y el resto de trabajadoras y trabajadores organizados” (Ortega y Solís 2013: 63). La dirección del ISSSTE a partir de la primera quincena de enero del 2008 aplicó los nuevos descuentos en cuotas y aportaciones por lo que “en contra de esta aplicación de la nueva ley del ISSSTE, la elección forzosa de Bonissste o décimo transitorio y la confiscación de fondos del SAR 92 y Fovissste se presentaron, entre el 18 y el 20 de enero de 2008, alrededor de un millón de amparos” (Ortega y Solís, 2013: 67).

En representación de los trabajadores amparados, Eduardo Miranda Esquivel, Presidente de la Unión de Juristas de México (UJM),

Insistió en la inconstitucionalidad de la nueva ley del ISSSTE combatidos por el amparo de mérito, y toda ella en su conjunto, nacen inconstitucionales de origen al contrariar las bases mínimas establecidas en el apartado B del Artículo 123 y las bases de la seguridad social contenidas en la ley abrogada, pues desde el momento en que la nueva ley divide y establece nuevos regímenes de seguridad social y mayores cuotas a los trabajadores con menos beneficios, eliminando prestaciones y servicios, y creando otros que administrarán los fondos, violan en consecuencia el mencionado precepto constitucional (Ortega y Solís 2013: 91).

Finalmente, la SCJN deliberó en cuatro sesiones “el jueves 19 de junio, declaró válida la nueva Ley del ISSSTE, excepto los Artículos 25, segundo y tercer párrafos; 60 último párrafo; 135; 251, y décimo transitorio, fracción cuarta. Así, de un total de 254 artículos y 47 transitorios, solamente cinco fueron declarados inconstitucionales sin que afectaran en nada sustancial al nuevo régimen de pensiones” (Ortega y Solís, 2013: 94).

Se podría concluir que el escenario es catastrófico para la población mexicana desde esta reforma privatizadora a la ley del ISSSTE en materia de seguridad social, incluso desde la reforma al IMSS, el régimen de pensiones por capitalización individual es desigual e injusta empezando por las cotizaciones mínimas que un trabajador debe cubrir para tener derecho a una pensión, 1.3 millones de pesos como requisito, el aumento de años laborales y edad para jubilación, peor es que el Estado utilice los ahorros de los trabajadores por medio del nuevo órgano creado “PENSIONISSSTE” para invertir en infraestructura como petroquímicas, carreteras, energía, gas etc. Cuando tales gastos deben correr por cuenta del Estado por obligación, aunque tales ingresos salen de la bolsa de los mexicanos, el hecho de financiar su propia pensión resulta una carga más para ellos.

Agregando que después de 3 años el dinero de los trabajadores deba ser obligatoriamente transferido a una AFORE que invertirá tal dinero en el mercado especulativo con el fin de crear mejores rendimientos, con plena responsabilidad del trabajador por lo que pueda suceder, es decir, se presume que todo trabajador está calificado como un corredor de bolsa para administrar su dinero en especulación, situación que ciertamente no tiene argumento alguno pero igual se impuso. Sólo hay que recordar la pérdida de pensiones del IMSS administradas por las afores. De hecho en el Diario Oficial de la Federación en julio del 2015 la Comisión Federal de Competencia Económica dio a conocer que inició una investigación de oficio por la posible comisión de prácticas monopólicas en las afores, con la investigación de oficio IO-003-2015 (COFECE, 2015).

Los dos argumentos que se dieron para la aprobación de la nueva ley parecen contradictorios, el primero consagra que debido al aumento del progreso en materia de salud los mexicanos son propensos a ser más longevos por lo que los jubilados superan en número a los trabajadores activos que en parte cotizaban las pensiones por jubilación, causa del déficit presupuestal de la institución, el cuestionamiento versa sobre la responsabilidad del poder ejecutivo y el legislativo de saber sobre los niveles de desempleo, considerando que esa fue una de las banderas con que Calderón ganó la presidencia, ya que una tarea del gobierno es incorporar un sistema que beneficie a la población desempleada.

El segundo argumento fue que debido a la transición demográfica los pensionados ahora requieren de atención a enfermedades crónico degenerativas las cuales son especialidades más costosas al igual que los medicamentos, entonces, el gobierno de México acepta las recomendaciones de organismos internacionales como el BM y el FMI para dismantelar la seguridad social con fin de evitar una crisis económica capitalista, pero no acepta recomendaciones de organismos internacionales como la OMS que da no sólo sugerencias si no apoyo y ayuda logística para crear planes nacionales contra enfermedades crónico degenerativas, planes estructurados de acuerdo a las condiciones de cada país para que con los mismos recursos destinados a tales enfermedades se logre una mayor efectividad con un enfoque de prevención y no de tratamiento, como lo es el caso específico de los programas nacionales de combate al cáncer, tema particular de esta investigación.

En el sexenio de Felipe Calderón se terminó por llevar a cabo la reforma a la ley del ISSSTE, la cual terminó con la expedición de una nueva ley, que desde el sexenio de Fox había sido iniciada. Lo más sustancial de la nueva ley fue el régimen de pensiones y, en menor medida, los servicios de salud. En el actual sexenio priista, el ejecutivo presentó una nueva propuesta de reforma de "cobertura universal" que más bien pareciese busca privatizar la atención médica a enfermedades crónico degenerativas como medicamentos para su tratamiento e intervenciones quirúrgicas, en los dos sectores públicos de salud en México con sus respectivas tres instituciones, el primero de la seguridad social el IMSS y el ISSSTE y del segundo la Secretaría de Salud, el seguro popular.

Aunque el jueves 16 de julio del 2015 “La comisión de salud de la cámara de diputados acordó solicitar al Ejecutivo federal informar al poder legislativo sobre si son veraces las versiones que circulan en las redes sociales respecto de la privatización de los servicios públicos de salud en México”( El economista , 2015). La respuesta fue dada por los dos de los institutos (IMSS e ISSSTE) el 17 de julio negando que se privatizaría dicha atención a la salud y que fue irresponsable circular esa información por las redes sociales, (Aristegui noticias, 2015) habría que esperar a que se haga pública la reforma y estar atentos para analizarla a fondo, porque así como en 2007 la versión oficial tergiverso la información haciéndola ver como beneficiosa cuando Miguel Angel Yunes Linares director general del ISSSTE “emprendió una costosa campaña publicitaria en televisión, radio y prensa escrita sobre los beneficios de una nueva ley del ISSSTE. Mando cartas, documentos y folletos personalizados a cada uno de los 2.5 millones de trabajadores al servicio del Estado” (Ortega y Solís, 2013: 64-65). Podría suceder lo mismo en este caso.

Se rescata de todo lo expuesto anteriormente, la gran movilización por parte de los trabajadores del Estado que gracias a sus amparos, protestas, plantones, huelgas, etc. lograron que la reforma a la ley del ISSSTE no se implementara como legítima, todas las instituciones desde la cámara de diputados, los partidos, el ejecutivo, los sindicatos, y hasta la SCJN autoritariamente podrán haber legislado una reforma de origen ilegal incluso seguir acrecentando la crisis de representación política, pero no fue legítima gracias a la organización y defensa de los trabajadores de su derecho a ser pensionados en base al principio de la seguridad social.

#### 2.4. La salud en la seguridad social de México

En el apartado 2.2 se mencionó que la economía y la salud son los rubros de la Seguridad Social, y su concepto teórico remite a “cuestiones económicas, sociales y médicas; sin embargo... el término se refiere a contingencias, es decir, a eventualidades que se presentan en el ritmo normal de la vida, a lo que se debe evidenciar que la vejez propiamente dicha no es una eventualidad, sino una etapa del ciclo de vida que corresponde a la última parte de la existencia y en este sentido puede ser la más extensa” (Ronzón, 2013: 66).

A pesar de que las pensiones y jubilaciones son importantes dentro de la seguridad social, no debiesen ser sus primordiales objetivos debido a que ésta debe orientarse en “la búsqueda de la estabilidad del individuo en los diferentes aspectos de la vida cotidiana y es en relación a ello que se menciona el rubro de la salud, concepto que también es primordial entender para poder establecer políticas públicas o estudiar una realidad social al respecto” (Ronzón, 2013: 66).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Vázquez; 1997: 94).

En este sentido, entender la necesidad de la sociedad mexicana respecto a la salud tal y como su concepto lo indica , conlleva el análisis de las políticas públicas como instrumento para su desarrollo y aún más importante, sobre todo en el objetivo de esta investigación, considerar para dichas políticas los recursos con los que el sujeto cuenta(nivel socioeconómico) los cuales pueden determinar el nivel de salud del sujeto o mejor dicho la cobertura efectiva en el acceso a la salud. Respecto a este punto más adelante especificaremos cada término al objeto de estudio concreto de esta investigación.

La preocupación entonces es que en México el rubro de salud se restringe a la atención de enfermedades y, actualmente, a su prevención y parece que debemos confiar con ello en que los demás aspectos deberán ejercerse por sí mismos, lo cual es completamente dudoso, por lo que el reto es lograr la Seguridad Social entendida como los recursos con los que el sujeto cuenta y a partir de los cuales puede contribuir al estado de salud del que la OMS habla, es decir, un concepto integral en donde se consideran lo psicológico y lo social, donde intervienen no sólo la familia, sino el Estado y la sociedad civil (Ronzón 2013: 67).

## Capítulo 3. El problema del cáncer y el problema de atención a jubilados del ISSSTE

---

En este tercer capítulo se proporciona un panorama sobre el problema de salud pública que representa el cáncer en el mundo y en México. Aunque el objetivo de este capítulo es mostrar las políticas y la infraestructura en México para atender a la población enferma de cáncer, delimito el objeto del presente estudio en la atención a jubilados enfermos de cáncer conforme a políticas instauradas por el ISSSTE en el siglo XXI.

### 3.1 La magnitud del problema del cáncer en el mundo.

El dato exacto de los casos de cáncer en el mundo es difícil de establecer debido a que no en todos los países se tiene un control sobre los registros de la enfermedad o no cuentan con dicho registro, pero se estima, según las referencias más aceptadas incluso por la OMS, que “En todo el mundo, anualmente hay más de 10 millones de casos nuevos de cáncer y más de 6 millones de defunciones provocadas por la enfermedad. Hace dos decenios, estas cifras eran de 6 millones y 4 millones, respectivamente” (OMS, 2004: 17).

Según la última publicación “Programas Nacionales de Control del Cáncer” de la OMS, que contiene datos del 2000 al 2004, el cáncer es la segunda causa más común de muerte en los países desarrollados y datos epidemiológicos indican una posible tendencia similar en los países en vías de desarrollo. También se contempla que, si ya el cáncer representa el “12% del total de defunciones en todo el mundo En aproximadamente 20 años, el número de defunciones anuales causadas por neoplasias malignas aumentará cerca de 6 a 10 millones” (OMS, 2004: 17).

Estudios más recientes hasta el momento determinan que “Cancer caused over 8 million deaths worldwide in 2010 and has emerged from the third leading cause of death in 1990 to the second leading cause in 2013 only behind cardiovascular disease. Findings from the current Global Burden of Disease study (GBD) estimate more than 14 million new cancer cases and more than 8 million cancer deaths in 2013 from which 56% of new cancer cases, 62% of cancer deaths, and 70% of cancer related Disability Adjusted Life Years (DALYs) occurred in developing countries. By 2020, the world population will increase to 7.5 billion people and approximately 15 million new cancer cases will be diagnosed with predicted 12 million cancer deaths”<sup>6</sup> (Gómez, 2016: 119).

---

<sup>6</sup> “El cáncer causó más de 8 millones de muertes en todo el mundo en 2010 y ha pasado de ser la tercera causa de muerte en 1990 a la segunda causa en 2013, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares. Los hallazgos del estudio actual Carga Mundial de la Enfermedad (GBD) estiman más de 14 millones de nuevos

En este sentido los datos reflejan el grave problema de salud pública que se está presentando en el mundo debido al cáncer, ya que más de dos terceras partes del porcentaje estimado de casos de cáncer terminan en defunciones. Respecto a lo anterior, la OMS (2004: 17) perfila cuatro principales razones para explicar el aumento de la mortalidad por cáncer y son las siguientes:

- las defunciones por enfermedades cardiovasculares están disminuyendo en los países desarrollados;
- más personas sobreviven y llegan a la vejez, etapa en la cual son mayores las probabilidades de que se presente el cáncer;
- el mayor consumo de tabaco en los últimos decenios ha conducido a una incidencia más elevada del cáncer de pulmón y otros tumores malignos;
- los cambios en el régimen alimentario, la reducción de la actividad física y el aumento de la obesidad muy probablemente han contribuido a un incremento de diversas formas de cáncer.

### 3.2 La magnitud del problema del cáncer en México

El cáncer es la tercera causa de muerte en el país, según estudios de la Unión Internacional en contra del Cáncer publicado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, por lo que constituye un problema de salud pública.

La Secretaría de Salud, respecto a lo anterior, desglosa que “fallecen por esta enfermedad 14 de cada 100 mexicanos y la expectativa de vida de quienes la padecen es de alrededor de 63 años”.

Estudios en México concuerdan con las razones que ofrece la OMS de la alta mortalidad por cáncer, ya que “desde hace ya más de tres décadas –asociadas fuertemente con el envejecimiento y con estilos de vida poco saludables de la población– las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer han ocupado los primeros sitios como causas de muerte global en nuestro país” (Reynoso, 2014: 418).

Pero de igual forma muchos de los estudiosos en estos temas comentan sobre sus datos y análisis que son hasta cierto punto sesgados debido a “que en México no existe un registro con base poblacional de casos de cáncer, instrumento que resulta indispensable para determinar el crecimiento real de la epidemia” (Reynoso, 2014: 419). México es, en este sentido, otro de los muchos países a nivel mundial que no cuentan con registros nacionales. Por lo que “A pesar de que estas cifras muestran el impacto del cáncer en la mortalidad nacional, la información epidemiológica que

---

casos de cáncer y más de 8 millones de muertes por cáncer en 2013, de las cuales 56% de los nuevos casos de cáncer, 62% de las muertes por cáncer y 70% de cáncer relacionado a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) ocurrieron en países en desarrollo. Para 2020, la población mundial aumentará a 7.500 millones de personas y se diagnosticarán aproximadamente 15 millones de nuevos casos de cáncer con la predicción de 12 millones de muertes por cáncer.”

tenemos sobre la enfermedad es parcial y poco representativa” (Reynoso, 2014: 419).

Entonces la magnitud del problema del Cáncer en México no es sólo su carácter epidemiológico para convertirse en un problema de salud pública sino también el rezago que tiene para mantener de manera sistémica y a nivel nacional un registro que permita el análisis de la epidemia, que se ha posicionado como la tercer causa de muerte en el país, y no sólo eso, si no existen datos reales y actualizados de los casos de cáncer debemos considerar que muy probablemente no existan políticas efectivas para el control del cáncer en México, y es este punto en específico el que compete al actual trabajo de investigación.

La magnitud del problema también implica saber que “El cáncer es una enfermedad de alto impacto psicológico, social y económico.” (Reynoso, 2014: 418). En el aspecto psicológico y social, podemos resumir sus implicaciones, según palabras de Ullrich Fitzgerald (1990: 724):

El cáncer puede ser igualmente o más perturbador para la familia y los amigos. Poco después de la aparición del cáncer, tal vez se produzcan la pérdida de ingresos familiares, el aislamiento social, las tensiones familiares y los efectos adversos sobre el funcionamiento cotidiano en familia. De manera análoga, los prestadores de asistencia sanitaria no son inmunes a los efectos psicosociales de cuidar a las personas con cáncer. El personal que con frecuencia ve a pacientes enfermos y moribundos o que no puede proporcionar asistencia a sus pacientes de la manera que desean, está en riesgo de sufrir “extenuación laboral”. Este síndrome se caracteriza por el agotamiento emocional y la despersonalización del paciente y ha sido vinculado con ausentismo laboral, insomnio, abuso de sustancias psicotrópicas y molestias físicas.

Respecto al impacto económico de esta enfermedad la carga “es más evidente en los costos sanitarios, como los de hospitales, otros servicios de salud y medicamentos. Los costos indirectos surgen de la pérdida de productividad como resultado de la enfermedad y la muerte prematura de los afectados” (OMS, 2004: 22).

Los costos indirectos en la economía significan en “la realidad habitual, especialmente en las áreas pobres, es una profunda crisis económica familiar. El diagnóstico de cáncer en uno de los adultos de una familia puede conducir no sólo a la pérdida de una fuente de ingresos, sino también con demasiada frecuencia a agotar los restantes ingresos y recursos de la familia al buscar tratamientos” (OMS, 2004: 22) y la búsqueda de estos tratamientos suelen ir reforzados si las “familias se sienten abandonadas por su sistema oficial de atención de salud” (OMS, 2004: 23).

### 3.3 Las políticas de atención a la población enferma de cáncer en México.

#### Antecedentes

Mucho antes de ser percibidas como políticas, surgió el origen de la lucha contra el cáncer en México, encabezada por médicos y operada por la sociedad civil, a través de su participación en “congresos internacionales... y habían organizado campañas sanitarias, algunas de ellas de carácter nacional, contra enfermedades infecciosas” (Carrillo, 2002: 74). “Luego, mostraron preocupación por las enfermedades no transmisibles; el Instituto Patológico Nacional estudió al cáncer desde finales del siglo XIX” (Boletín..., 1895-1896: 26) “y los miembros de la Academia Nacional de Medicina discutieron con frecuencia sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad” (Carrillo, 2010 : 90).

La razón de que en el siglo XIX no se pudiesen considerar como políticas es debido a que el cáncer fue concebido como una enfermedad en calidad de asunto privado, es decir, una enfermedad individual, por lo que éste no constituía un problema de salud pública en la que el Estado debiese intervenir. “Pero en el cambio del siglo varios facultativos comenzaron a percibirlo como una amenaza para la sociedad y como un problema de salud pública que reclamaba un ataque coordinado” (Carrillo, 2010 : 90). Se considera que en la lucha contra el cáncer en México, el primer proyecto presentado de manera formal para combatir éste problema de salud con carácter de público, fue elaborado por el médico Gonzalo Castañeda quién expuso en el “Cuarto Congreso Médico Mexicano (Ciudad de México, 1910) una elaborada propuesta sobre la necesidad de que el Estado auspiciara y organizara una lucha sistemática contra el cáncer” (Carrillo, 2010: 91).

En dicho congreso, la propuesta de Castañeda fue bien recibida y apoyada por médicos como Julián Villareal y Alfonso Pruneda, debido a que la “mortalidad por cáncer no era despreciable, por lo que la lucha contra este padecimiento tenía que ocupar el lugar que le pertenecía entre las que se realizaban contra otras enfermedades” (Carrillo, 2010: 91). En este sentido, el propósito del proyecto de Castañeda era “fijar el interés en un problema cuya solución técnica y práctica – en su opinión – competía al Estado, a la ciencia y a la sociedad” (Carrillo, 2010 : 91).

Las principales propuestas del doctor Castañeda en su proyecto fueron, según resume Carrillo (2010: 91):

constituir una Junta Central de Lucha Contra el Cáncer que se ocuparía de la condensación estadística, así como de hacer invitaciones a médicos, parteras tituladas y enfermeras para que participaran en el combate a la enfermedad. La prensa médica y la prensa política prestarían grandes servicios al objeto de la campaña publicando avisos, artículos, recomendaciones e instrucciones; conferencias contra el cáncer serían incorporadas a la enseñanza popular de la higiene pública; cartillas elementales sobre el padecimiento, redactadas en términos sencillos y prácticos, serían repartidas profusamente entre las

familias; también desempeñarían su papel la cátedra, la escuela y el libro... contar con un gabinete de anatomía patológica y otro de investigación y con un pabellón quirúrgico.

El Cuarto Congreso Médico Mexicano representó el conjunto de primeros esfuerzos y análisis por la sociedad civil hacia el tema del cáncer como un problema de salud pública que requería la injerencia del Estado para combatir la mortalidad en aumento por ésta enfermedad en México. Por lo que podemos señalar que los inicios de la lucha contra el cáncer provinieron desde la sociedad y no desde el gobierno o instituciones del Estado.

Después del gran avance que representó el Cuarto Congreso Médico Mexicano para colocar el combate al cáncer en los primeros temas de la agenda pública del país, a cuatro meses del logro, comenzó la Revolución Mexicana a razón de un régimen mejor conocido como el régimen porfirista en el que sus principales características fueron la falta de democracia y la represión política, afectando la materialización del proyecto presentado por el doctor Gonzalo Castañeda.

Aunque el régimen porfirista “había promovido la modernización del país y el desarrollo de la ciencia y la salud pública” (Carrillo, 2010 : 92) sus prácticas antidemocráticas fueron causa de la interrupción de esa línea de modernización y desarrollo para el país, retrasando la concretización de una política pública en salud para combatir el cáncer. Fue hasta el gobierno del general Álvaro Obregón que el tema de la lucha contra el cáncer se reinsertó en la agenda pública a través del doctor Francisco Reyes, quien de nueva cuenta señalaba que su plan de lucha contra el cáncer en México “debía ser oficial y dependiente del poder público” (Carrillo, 2010: 92). Y también a través del Instituto de Higiene, a quien se le delegó la investigación sobre el cáncer por instrucciones del Departamento de Salubridad Pública, ente considerado como la máxima autoridad sanitaria de México.

En el Instituto de Higiene, las “autoridades de dicho instituto [...] propusieron al Departamento que el cáncer fuera declarado enfermedad de aviso obligatorio” (Carrillo, 2010: 92). De la misma forma, esa recomendación fue hecha por el doctor Francisco Reyes, pero dicha recomendación no fue acatada por el Departamento, debido al concepto colectivo del pudor en la mujer en esa época y que generaría “molestias y bochornos que el examen del médico inspector tendría forzosamente que originarles a las mujeres cancerosas” (Dictamen..., 1923: 3), por lo que éste esfuerzo fue de manera parcial declinado y su operatividad se concentró en intensificar “la propaganda sobre higiene e incluyó el tema del cáncer entre los grupos obreros” (Carrillo, 2010 : 93).

Nuevos avances en el tema se originaron en 1925, en el periodo presidencial de Plutarco Elías Calles, en el que “nació la Liga Mexicana Contra el Cáncer, impulsada por Julián Villarreal, quien estimuló a otros médicos en pos de esta cruzada” (Carrillo, 2010: 93) y de 1928 a 1929 el “Departamento de Salubridad Pública encargó a los dermatólogos Jesús González Urueña e Ignacio Morán que coordinaran el Primer Censo de Cancerosos en México. Dicho censo fue presentado y comentado por Conrado Zuckermann –cirujano y ginecólogo obstetra

especializado en tumores malignos– en el folleto denominado *El cáncer en México*, en el que proponía iniciar una campaña nacional contra la enfermedad” (Subsecretaría de Asistencia, 1965-1975).

## Existencia

A pesar de todos los recuentos antes citados sobre los esfuerzos y avances de la lucha contra el cáncer por parte de la sociedad civil y algunas instituciones de salud, no es sino hasta 1941 cuando se origina la primer política pública en salud especializada al combate del cáncer, con la creación de un instituto dedicado exclusivamente a la investigación del cáncer y a su tratamiento y casi cuatro décadas después se creó un sistema de registro de padecimientos oncológicos.

El Departamento de Salubridad Pública fundó la Campaña Nacional Contra el Cáncer en junio de 1941, su inicio coincidió con “el periodo de institucionalización de la oncología en México” (Carrillo, 2010 : 94) y el objetivo principal de tal política era “reunir a todas las fuerzas científicas, sociales y económicas, con el objeto de desarrollar la lucha contra el cáncer” (Carrillo, 2010 : 95). Hasta 1943 fue cuando “el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia (fundada en 1938) fueron fusionados para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a cargo de la cual quedó la dirección la Campaña Contra el Cáncer” (Carrillo, 2010 : 94).

Entre las principales metas de dicha política se encontraban “la información en asuntos de cáncer a los médicos generales y los profesionistas conexos y la formación de personal especializado; la organización de centros cancerológicos, con miras al establecimiento de un Instituto Nacional Anticanceroso que se encargara tanto de realizar investigación como de dar atención a los pacientes con cáncer, independientemente de su situación social o económica; y, finalmente, la educación de la población” (Subsecretaría de Asistencia, 1947-1968).

Respecto a la atención medica de ésta política desde 1922 ya se había creado en el “Hospital General de la ciudad de México el Servicio de Cancerología... el cual se transformó en 1938 en la Unidad de Cancerología de dicho hospital. A inicios de los años 1940, en la capital del país, había servicios especializados en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social y en los hospitales Ulises Valdés, de la Mujer y Juárez, así como en algunos hospitales de los estados” (Subsecretaría de Asistencia, 1947-1968). De igual forma la nueva política participó en la “creación y mantenimiento de los centros anticancerosos estatales en Guadalajara, Monterrey, San Luis Potosí y Mérida” (Subsecretaría de Asistencia, 1947-1968).

Pero el hecho más acertado, según es considerado en la actualidad, “para la atención de pacientes oncológicos y para la enseñanza e investigación en cáncer fue la creación, en 1946, del Instituto Nacional de Cancerología (México, 18 dic. 1946)” (Carrillo, 2010 : 95).

Sobre el tema de los censos y registros de cáncer , éstos eran fundamentales para poder justificar el respaldo económico y otros recursos del Estado, por lo que se debía “contar con información estadística de todas las regiones del país sobre la mortalidad y la morbilidad por cáncer; pero fuera por ocultamiento de los familiares o por otras razones, como diagnóstico inadecuado o insuficiente cobertura médica de la población, desconocían el problema real del cáncer en el medio mexicano” (Carrillo, 2010 : 98).

No fue sino hasta 1959 que “la Secretaría de Salubridad y Asistencia realizó la Primera Investigación Nacional de Cancerosos” (Subsecretaría de Asistencia, 1947-1968) y es hasta 1982 que la Secretaría de Salubridad y Asistencia establece formalmente el Registro Nacional de Cáncer “centralizado por la jefatura de la Campaña en la ciudad de México, como parte de la infraestructura básica de las acciones contra la enfermedad. Este sistema de información, que reportaba casos de cáncer, se consideró fundamental para conocer el patrón epidemiológico que presentaban las diferentes patologías oncológicas de la población y para evaluar el impacto de las medidas de prevención y control tendientes a disminuir la morbilidad y la mortalidad que causaban estos padecimientos” (Carrillo, 2010: 100).

La última institución que se creó derivada de ésta política fue en 1992 – 1993 , en una firma de mutuo acuerdo entre la “Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología y la Sociedad Mexicana de Patólogos para crear el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México” (Carrillo, 2010 : 100).

En un ejercicio de descentralización en los programas y políticas de salud , durante 1982 – 1988 , periodo en el que Guillermo Soberón fue Secretario de Salud, se inició el proceso de “desconcentración de los programas operativos de paludismo, tuberculosis, dengue, lepra, mal de pinto, oncocercosis y cáncer hacia los servicios coordinados de salud pública en los estados, si bien la Secretaría de Salud retuvo las facultades de normatividad, supervisión y evaluación. Los consejos de los diferentes programas de lucha contra las enfermedades fueron extinguidos” (Carrillo, 2010 : 100).

Lo anterior significó la afectación de la política denominada “Campaña Nacional Contra el Cáncer”, ya que no sólo se extinguió su consejo, sino también sufrió un recorte presupuestal a la salud de casi la mitad de su recurso, ya que el proceso de descentralización fue llevado a cabo a la par de recortes al sector salud.

La política se readaptó y limitó en el sentido de que “en México el cáncer cérvicouterino seguía siendo un importante problema de salud pública. Juan Ramón de la Fuente – secretario de Salud durante el periodo 1994-2000 – avisó que la Campaña Nacional Contra el Cáncer desaparecía y se creaban programas nacionales de prevención y control de cáncer cérvicouterino y de mama, que eran los flagelos fundamentales para la mujer mexicana” (Carrillo, 2010 : 101).

La realidad de ésta política fue desde un principio limitante en sus orígenes y en su operación, quienes vivieron la implementación, dejaron claro que “A lo largo de su vida, la Campaña Nacional Contra el Cáncer tuvo varias limitaciones. En 1954, contaba sólo con el nombramiento del jefe de la misma y hubo periodos en que dejó de recibir fondos durante varios meses” (Carrillo, 2010 : 101).

Pero desde los inicios de la incertidumbre del problema del cáncer en México hasta la actualidad, la Campaña Nacional Contra el Cáncer ha sido la única política más cercana a un planteamiento integral aunque de poco alcance de cobertura territorial, y de la que hay que reconocer que el “organismo había laborado durante cinco décadas, en las cuales diseñó su respuesta al cáncer con el modelo de las exitosas campañas contra las enfermedades infecciosas. Los objetivos generales, planteados en 1941, cuando comenzaban sus programas – educación del público, educación de los profesionales y atención de los enfermos con cáncer en centros especializados – seguirían siendo los mismos hasta su desaparición. En sus acciones, hubo siempre una estrecha relación entre clínica, laboratorio y salud pública” (Carrillo, 2010 : 101).

## Actualidad

Después de la desaparición de la Campaña Nacional Contra el Cáncer, los esfuerzos contra el cáncer se centraron en el cáncer cérvicouterino y de mama, así como de próstata y de infancia. “las autoridades sanitarias centraron su atención en el combate al cáncer cérvicouterino, y hubo avances en este campo, en el país siguieron muriendo por su causa 12 mujeres cada día y otras 12 a causa de cáncer de mama. Los programas contra los cánceres en la infancia tenían poco tiempo de haber comenzado; mientras que el programa contra el cáncer de próstata no había podido comenzar por escasez de recursos [...]” (Carrillo, 2010 : 102).

Esta visión de política ante el combate al cáncer en México, ha sido mantenida desde la desaparición de la Campaña Nacional Contra el Cáncer hasta el momento en que ha sido escrito éste trabajo de investigación.

“El cáncer en México: propuestas para su control” es uno de los pocos trabajos más recientes sobre el tema, es un artículo publicado en la revista de *Salud Pública de México*, y en él se plantea uno de los objetivos fundamentales de estudio del presente trabajo, la falta de políticas públicas que permitan un adecuado control del cáncer de manera integral, debido en principio a la falta de un adecuado presupuesto y la falta de infraestructura, y en segundo por la inexistencia de un registro con base poblacional, con el cuál se pueda estudiar con datos reales cómo implementar una eficaz política pública contra el cáncer en México. De hecho, la inexistencia de este tipo de registros no sólo dificulta la implementación de la política sino también los avances en estudios de investigación como la presente tesis, que en cierta medida tienen un objetivo genuino de aportar un poco a las líneas de investigación que no han sido atendidas.

Dicho estudio explica que “Hoy en día, no sabemos cuál es la incidencia y prevalencia real de la enfermedad y sólo conocemos parcialmente su mortalidad. La razón es que en México no existe un registro con base poblacional de casos de cáncer, instrumento que resulta indispensable para determinar el crecimiento real de la epidemia, su tendencia en el tiempo, el perfil epidemiológico de los pacientes, la supervivencia de éstos y la calidad del diagnóstico y del tratamiento. Sin esta herramienta, el diseño de cualquier política pública que permita un adecuado control del cáncer en nuestra sociedad es muy limitado” (Reynoso, 2014: 419).

Los esfuerzos que han existido en el país para conocer el número de nuevos casos de cáncer a nivel nacional “han sido aislados e institucionales y no han sido sistematizados... el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas representó un esfuerzo inicial a través de un registro hospitalario, pero dejó de operar en 2002” (Reynoso, 2014: 419).

El estudio también señala que debido al tamaño de nuestro país, lo más recomendable sería no uno sino varios registros poblacionales “que sean interinstitucionales y eficientes y que tengan acceso a información homogénea y sistemática para la captación y registro, año con año, de todos los nuevos pacientes que reciban el diagnóstico de alguna neoplasia maligna” (Reynoso, 2014: 419).

El objetivo de esos registros es la detección temprana de neoplasias malignas que puedan ser atendidas de manera oportuna, base primordial de una exitosa política pública en salud, en un sentido de atender todas las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS que en sus programas nacionales de control del cáncer pugnan por fortalecer en todos los países la prevención del cáncer y su detección temprana con pruebas de tamizaje. Pero “en México, los esfuerzos en prevención primaria y detección temprana están poco organizados y carecen de presupuesto adecuado para lograr un funcionamiento oportuno y de calidad. Esto explica, en gran medida, que más de 70% de los casos de cáncer sean diagnosticados en etapas avanzadas, lo que reduce sus posibilidades de curación al mismo tiempo que genera amplias necesidades de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes” (Reynoso, 2014: 419).

Para el 2014, año en que fue escrito ese artículo, Reynoso (2014: 420) menciona que

Actualmente, existe una propuesta interinstitucional del Plan Nacional de Control del Cáncer. Sus objetivos son:

1. Fortalecer la educación e información sobre cáncer
2. Reducir las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer
3. Elaborar un programa de prevención primaria y secundaria apegado a nuestra realidad
4. Mejorar tasas de supervivencia de los enfermos de cáncer
5. Universalizar y garantizar el diagnóstico y tratamiento oncológicos, con base en las mejores prácticas clínicas y a partir de evidencias
6. Brindar, en todo lo posible, la mejor calidad de vida a los pacientes y a sus familias, a través de cuidados continuos

7. Identificar prioridades de investigación
8. Contar con los recursos que hagan factible el desarrollo del PNCC.

En efecto, es hasta el 2012 que emerge en México la iniciativa de redactar un Plan Nacional de Control del Cáncer que se presentaría en el año 2013. A pesar de que existe desde 1991 un grupo de trabajo sobre programas nacionales de lucha contra el cáncer celebrado en el sede de la OMS e incluso en el 2000 una reunión dedicada a los programas nacionales de lucha contra el cáncer en los países en desarrollo.

El Plan Nacional de Control del Cáncer se dio a conocer en el 2012 en diversos medios de comunicación como una compilación de las propuestas de la sociedad civil recogidas a través de un trabajo conjunto entre la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Y en la que la Secretaría de Salud convocó a más de 50 organizaciones civiles que se encuentran en constante lucha contra el cáncer para que juntos dieran forma y estructura al plan nacional de control de cáncer, el plan llevaría seis temas principales: políticas públicas para tratamiento, la prevención, reducir la incidencia de la enfermedad, promover la supervivencia, la calidad de vida y la investigación.

Pero es hasta el año 2017 que se da a conocer el arranque de dicho plan aunque han cambiado el nombre y al parecer sus objetivos al volverlo “integral”, según en notas periodísticas el jueves 10 de Agosto “Las autoridades del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) informó que arrancó el Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer en México (PIPCCM) por lo que ya se trabaja con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y con miras a la Cumbre Mundial de Líderes en Cáncer 2017, organizada en conjunto por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y que albergará nuestro país el próximo mes de noviembre” (López, 2017).

Es prudente señalar el retraso que tiene México en éste tema de salud pública ya que “Las autoridades sanitarias mexicanas establecieron relaciones tempranas con la Unión Internacional Contra el Cáncer – asociación independiente localizada en París y fundada en 1933 para luchar contra este padecimiento en todo el mundo –, la cual desde su origen puso énfasis en la educación, tanto profesional como del público, acerca de la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la cura de la enfermedad” (Carrillo, 2010 : 93), y es hasta el año 2017 cuando un plan de semejante envergadura, como lo presenta la UICC, es impulsado en México.

“Con dicho programa, el gobierno federal a través del Instituto Nacional de Cancerología busca responder a las necesidades de detección, atención y monitoreo del cáncer en nuestro país, y las OSC son actores clave para el éxito del mismo y lograr reducir el impacto del cáncer entre los mexicanos, puntualizó el director general del INCAN, Abelardo Meneses. Este Programa busca al mismo tiempo coordinar los esfuerzos de todos los actores del Sistema de Salud, como ocurre en países líderes en la materia como Australia, Canadá, Francia, Reino Unido, entre otros” (López, 2017).

### 3.5 La política y la infraestructura de atención a enfermos de cáncer en el ISSSTE.

Antes de abordar el aspecto de la política e infraestructura del instituto, es importante describir como se conforma el sector público de salud en México, las instituciones de la seguridad social son el ISSSTE y el IMSS.

Respecto a las unidades hospitalarias del ISSSTE para tratamientos oncológicos existe sólo la unidad de oncología del centro médico nacional “20 de noviembre” y en cuanto a las unidades hospitalarias de tratamientos oncológicos del IMSS existe el Hospital de Oncología y unidades médicas de alta especialidad. Este primer sector contempla como usuarios a los trabajadores del sector formal, familias de los trabajadores y los jubilados.

La Secretaría de Salud (SESA) tiene al Seguro Popular de Salud como institución y referente a tratamientos oncológicos cuenta con el Instituto Nacional de Cancerología (InCAN), la unidad oncológica del Hospital General de México, el Hospital Juárez de México y centros estatales de cáncer. Este segundo sector entre sus usuarios contempla a los auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas fuera del mercado de trabajo.

De cierta manera el sistema de salud en México es tan amplio que sería difícil efectuar una investigación que abarque tantas instituciones y aún más difícil sería investigar y determinar el nivel socioeconómico de todos los usuarios que contempla, específicamente la investigación y creación de indicadores respecto a los usuarios del sector de la Secretaría de Salud, porque son auto empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas fuera del mercado de trabajo y por tanto sería difícil obtener información que se pueda generalizar, por estos motivos el tema se limitará a los jubilados del ISSSTE enfermos de cáncer que requieran acceder a la seguridad social para tratar el cáncer.

Hasta el momento no existe una política específica dirigida a los jubilados enfermos de cáncer por parte del ISSSTE, más bien las políticas y programas contra el cáncer en el ISSSTE han sido enfocadas hacia las mujeres, como mencione en el capítulo anterior, en México el esfuerzo se ha centrado desde mediados del siglo pasado en acciones para el control del cáncer del cuello uterino en México, y en la década de los 90 se instauraron esfuerzos importantes para la detección precoz y desde hace más de una década del cáncer de mama. Esta línea de aplicación de política pública parecen seguirla tanto la Secretaría de Salud y los institutos de seguridad social, como el ISSSTE. Así como algunos esfuerzos aislados de programas de coebtura integral para el cáncer infantil.

La infraestructura del ISSSTE se divide en centros estatales y regionales, pero respecto a la especialidad de oncología sólo algunos hospitales estatales cuentan con la especialidad, los hospitales regionales se limitan a la atención de medicina general. El centro médico 20 de Noviembre es la unidad hospitalaria a la que los

casos de tratamiento más especializado son referenciados de otros estados de la República, este hospital se encuentra localizado en la ciudad de México, en este sentido, la situación primordial es que la centralización de los servicios médicos más importantes representa un factor determinante para la cobertura efectiva de las políticas públicas de combate al cáncer.

### 3.5 El problema de atención a jubilados del ISSSTE.

EL problema de la atención a los jubilados del ISSSTE representa en sí el eje central del objetivo general de éste trabajo, en el sentido de que, la infraestructura del ISSSTE es un factor determinante para la cobertura efectiva de las políticas públicas de combate al cáncer. Es decir a consideración de la poca infraestructura con la que cuenta el instituto y debido a los 32 estados de la República Mexicana en dónde habitan los derechohabientes de dicha institución, lo más probable es que, no todos los enfermos de cáncer, de los diferentes estados que hayan sido referenciados para su tratamiento a una unidad que cuente con la especialidad en un estado considerablemente apartado de su lugar de origen, tendrán acceso a un tratamiento contra la enfermedad. Lo anterior implica una falta de cobertura efectiva en las políticas públicas de combate al cáncer , situación que no se está contemplando en el diseño de dichas políticas, al menos para el caso de quienes están afiliados al seguro médico del ISSSTE.

Es decir la situación de fondo es que “el sistema de salud está fragmentado, lo que dificulta la continuidad de los tratamientos y las acciones de referencia y contrareferencia entre los diferentes niveles de atención. Todo esto ha minado el desarrollo de infraestructura adecuada para la detección, tratamiento y paliación del cáncer” (Reynoso, 2014: 420).

En 2014, en uno de los pocos estudios en el tema, se menciona que “En México, aun con información escasa y con la poca infraestructura existente, es necesario hacer un mayor esfuerzo para fortalecer la prevención primaria de los tumores malignos. Desafortunadamente, no hay información completa y objetiva sobre la infraestructura con la que cuenta el sistema de salud para hacer frente a este grave problema de salud pública” (Reynoso, 2014: 419) El objetivo de éste trabajo de investigación es, en este sentido, poner en la mira la infraestructura como un factor determinante en el problema de la atención al cáncer.

## Capítulo 4. Cobertura de las políticas públicas de combate al cáncer a través del ISSSTE

---

En este último capítulo describiré el panorama teórico y conceptual sobre la cobertura efectiva en los sistemas de salud y su estudio en las políticas públicas. Posteriormente haré el análisis de los indicadores para la comprobación de la hipótesis de este trabajo de investigación por medio de datos estadísticos, investigaciones publicadas por especialistas en el tema y por los datos recabados de mi investigación en solicitudes de información pública al ISSSTE y el Centro Médico 20 de Noviembre, por medio del Instituto Nacional de Acceso a la Información. La cobertura efectiva y los lugares de referencia de los enfermos hacia el Centro Médico 20 de Noviembre, son las variables a presentar, complementadas con indicadores de mortalidad e incidencia en todo el país subdivididos por entidad de origen.

El segundo y último subtema tiene como fin mencionar las posibles alternativas ante el problema de investigación que plantea este trabajo conforme a políticas de nueva generación que están por implementarse en México según las ha anunciado la Secretaría de Salud.

### 4.1 El problema de cobertura ineficiente a los jubilados enfermos de cáncer.

En el libro *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: debates, métodos y empirismo*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en 2003 el concepto de cobertura efectiva como la forma de medir el desarrollo a través del cual la salud pública y la atención médica pueden mejorar la salud de la población, la capacidad de respuesta, la equidad en la contribución financiera y reducir las desigualdades en salud.

Los antecedentes del marco conceptual sobre la cobertura efectiva se remiten al entendimiento de la cobertura específica por intervención, la demanda de servicios de atención en salud y el acceso a dichos servicios. La cobertura específica por intervención se mide “a través de programas específicos de alta prioridad, desde hace mucho tiempo se ha monitoreado la prestación de tecnologías específicas” (Vidal, 2006: 12). Pero, entre las limitaciones de esta corriente, “hay pocas mediciones comparables para la amplia gama de otras tecnologías que ofrecen los servicios de salud...las intervenciones a menudo han sido analizadas de manera aislada y, por ende, las restricciones comunes a todos los sistemas, como la disponibilidad de recursos humanos capacitados, no siempre son reconocidas” (Vidal, 2006: 12).

La segunda corriente, la demanda de servicios de atención en salud, cuantifica cómo “la demanda de las familias respecto a los servicios de salud puede modificarse de acuerdo con el precio, y al analizar el importante papel de la calidad percibida en la decisión individual. Una de las deficiencias de este enfoque radica en el supuesto irreal de equivalencia entre la necesidad percibida y la verdadera necesidad de servicios de salud” (Vidal, 2006: 12).

La tercera corriente, el acceso a los servicios de salud, se refiere a que “los gobiernos siempre se han interesado en la medida en la cual la población tiene “acceso” a los servicios de salud” (Vidal, 2006; 12). La limitación en esta corriente radica en el entendimiento del acceso ya que puede implicar “simplemente la proximidad física a los proveedores. Para otros, se trata de un derecho legal: los individuos tienen acceso si la constitución o la ley garantizan la atención gratuita. El aspecto medular de estas diferentes interpretaciones es que cada una se enfoca en factores vinculados con la oferta que afectan la prestación de la intervención, disminuyendo la importancia de la opción individual o de la calidad del servicio en el constructo del acceso a los servicios de salud” (Vidal, 2006: 12).

Para subsanar las debilidades de los enfoques anteriores, el marco conceptual utilizado en el informe de la OMS maneja tres nuevos conceptos para la formación del constructo de la cobertura efectiva. Estos tres nuevos conceptos son: la cobertura efectiva respecto a un individuo, a una población y al sistema de salud en su conjunto.

“La cobertura efectiva del sistema de salud respecto a un individuo, como *la fracción de ganancia en salud potencial que realmente aporta*” (Vidal, 2006: 13), “La definición de la cobertura efectiva para una población sigue el mismo razonamiento que en el caso de un individuo: *es la fracción de ganancia potencial en salud que aporta el sistema de salud a la población*” (Vidal, 2006: 14). “La cobertura efectiva del sistema de salud en conjunto, esto es *la fracción de ganancia potencial en salud de la población que el sistema de salud puede esperar aportar*, se obtiene agregando entre todas las intervenciones principales. La agregación implica que se le da un valor relativo a cada intervención individual por la máxima ganancia en salud de la población que puede lograrse a través de dicha intervención” (Vidal, 2006: 14).

“Muchos debates en materia de políticas públicas traen a colación el papel de los distintos factores que contribuyen a una baja cobertura o bien a una cobertura efectiva de una intervención o de conjuntos de intervenciones. La atribución de las brechas en la cobertura efectiva a distintos determinantes constituye un importante insumo en los debates sobre políticas nacionales acerca de cómo incrementar la cobertura” (Vidal, 2006: 15).

Entre los principales factores de la debacle en las políticas públicas, se encuentran: el acceso físico a los servicios médicos, las barreras económicas de los individuos

y su incapacidad para percibir la necesidad de la intervención, la baja capacidad de respuesta de los proveedores, o bien a la mala calidad técnica de los servicios.

El problema de accesibilidad, que mide el efecto de la distancia física, podría medirse conociendo cuál sería el incremento en la cobertura efectiva actual si la distancia se redujera a cero. El objetivo de esta investigación es tratar el problema de accesibilidad física al Centro Nacional Médico “20 de Noviembre”, que está establecido en la Ciudad de México, por parte de todas las personas derechohabientes al ISSSTE enfermas de cáncer.

### El análisis de las variables para la cobertura efectiva conforme al lugar de residencia de los enfermos jubilados del ISSSTE en México

Para el análisis de estas variables, debo dejar claro que, las fechas de los datos que presentaré son los más actuales y comprobables, como mencioné en capítulos anteriores no existe en México un registro poblacional sobre la incidencia y control del cáncer que este unificado, que sea constante en sus labores o actualizado en periodos relativamente cortos de tiempo. Considerando que estos datos son representativos porque respetan una metodología basada en las tendencias.

A través de los indicadores de mortalidad e incidencia en todo el país subdivididos por entidad de origen, pretendo mostrar la magnitud del problema del cáncer en números para poder comparar cuál es la necesidad real y aunque no todos esos números representan a individuos derechohabientes del ISSSTE pone en evidencia, al menos en probabilidad, la cobertura inficiente muy alejada de la cobertura efectiva por sólo un factor : el acceso físico.

Para esa finalidad me basaré en el estudio “The burden of cancer in Mexico, 1990-2013” En el que “The estimates for the Mexican Burden of Disease study (MBD-2013) reveal notable differences in rates and trends between cancers in men and women and between states. On the national level, in 2013 a total of 195 925 cancer cases occurred with 102 241 in females and 93 683 in males” <sup>7</sup>(Gómez, 2016: 120). Posteriormente comparare esos datos con la información que pude obtener del ISSSTE.

---

<sup>7</sup> “Las estimaciones para el estudio de la carga de morbilidad mexicana (MBD-2013) revelan diferencias notables en las tasas y tendencias entre los cánceres en hombres y mujeres y entre estados. A nivel nacional, en 2013 con un total de 195 925 casos de cáncer presentados con 102 mil 241 mujeres y 93 mil 683 hombres.”

**Tabla 1. Casos de incidentes y muertes por todos los cánceres y 28 grupos de cáncer en México, 2013**

**Table II  
INCIDENT CASES AND DEATHS FOR ALL CANCERS AND 28 CANCER GROUPS IN MEXICO, 2013**

Cancer	Incident cases (thousands)			ASIR, both sexes (per 100 000)	Deaths (thousands)			ASDR, both sexes (per 100 000)
	Total	Male	Female		Total	Male	Female	
All except NMSC and KS	195 925	37 412	43 281	206.9	84 172	15 511	16 319	94.8
Esophageal	1 601	1 072	529	1.9	1 560	1 061	499	1.9
Stomach	11 779	6 670	5 108	13.5	8 364	4 695	3 669	9.8
Liver	5 903	2 852	3 051	6.9	6 594	3 127	3 467	7.8
Larynx	2 204	1 887	317	2.5	1 098	902	195	1.3
Tracheal, bronchus and lung	9 277	6 154	3 123	10.9	8 687	5 672	3 016	10.3
Breast	23 873	186	23 687	23.6	5 902	50	5 853	6.2
Cervical	12 562	–	12 562	12.0	5 842	–	5 842	6.2
Uterine	3 027	–	3 027	3.1	606	–	606	0.7
Prostate	29 428	29 428	–	35.5	6 520	6 520	–	8.3
Colon and rectum	13 010	6 517	6 493	14.6	6 255	3 163	3 092	7.2
Lip and oral cavity	2 568	1 504	1 064	2.9	914	580	334	1.1
Nasopharynx	184	126	57	0.2	138	90	48	0.1
Other pharynx	533	446	87	0.6	281	225	56	0.3
Gallbladder and biliary tract	2 742	957	1 785	3.2	2 011	608	1 403	2.4
Pancreatic	4 700	2 183	2 518	5.4	4 516	2 115	2 401	5.3
Malignant skin melanoma	2 201	1 042	1 158	2.3	602	326	276	0.7
Ovarian	3 791	–	3 791	3.7	2 336	–	2 336	2.5
Testicular	3 446	3 446	–	2.7	427	427	–	0.4
Kidney	5 219	3 062	2 156	5.6	2 351	1 427	924	2.6
Bladder	1 190	823	366	1.4	1 084	715	369	1.3
Brain and nervous system	3 489	1 848	1 641	3.2	2 204	1 231	973	2.2
Thyroid	9 428	1 486	7 941	8.7	669	218	451	0.8
Mesothelioma	293	189	104	0.3	293	189	104	0.3
Non-Hodgkin lymphoma	7 782	3 434	4 348	7.8	3 424	1 812	1 612	3.7
Hodgkin lymphoma	2 056	1 262	795	1.8	643	389	253	0.7
Multiple myeloma	1 411	738	673	1.5	975	518	457	1.1
Leukemia	8 186	4 466	3 720	7.3	4 344	2 372	1 972	4.1
Other neoplasms	24 044	11 903	12 140	23.7	5 532	2 849	2 683	5.8

Tabla tomada de : Gómez Dantés, Héctor. (2016). "The burden of cancer in Mexico 1990- 2013". *Salud Pública en México*, vol.58, núm. 2, marzo-abril, pp. 118-131. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

**Figura 1. Cánceres clasificados por la tasa de incidencia estandarizada en ambos sexos por estado de privación a nivel estatal. México 2013.**

**FIGURE 3. CANCERS RANKED BY AGE STANDARDIZED INCIDENCE RATE IN BOTH SEXES BY DEPRIVATION STATUS AT THE STATE LEVEL. MEXICO 2013**

Deprivation status	State	Prostate	Breast	Cervical	Colon and rectum	Stomach	Tracheal, bronchus and lung	Thyroid	Hodgkin lymphoma	Leukemia	Liver	Ovarian	Non-melanoma skin cancer	Testicular	Uterine	Kidney
	Mexico National	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Low	Distrito Federal	1	2	4	3	5	7	8	6	11	14	10	16	9	12	13
	Nuevo León	1	2	4	3	6	5	8	7	9	13	10	16	15	12	11
	Baja California	1	2	4	3	6	5	7	8	9	14	10	16	15	13	11
	Coahuila	1	2	3	4	6	5	7	10	9	13	8	16	12	14	11
	Agascalientes	1	2	3	4	6	5	7	9	8	13	11	10	16	14	15
	Jalisco	1	2	3	4	6	5	7	9	8	14	10	12	16	11	15
	Colima	1	3	2	6	5	4	8	11	10	12	9	7	18	13	16
	Tamaulipas	1	2	3	4	6	5	9	8	10	7	11	16	14	15	12
	Sonora	1	2	3	5	6	4	7	8	9	13	10	14	16	15	11
	Baja California Sur	1	2	3	4	6	5	9	8	10	14	7	11	17	15	12
	State of Mexico	1	2	3	4	5	7	6	8	11	13	10	12	9	15	14
	Chihuahua	1	2	3	4	6	5	7	9	11	15	8	13	14	16	10
	Quintana Roo	1	4	2	5	3	6	9	10	8	7	12	11	17	15	13
	Morelos	1	3	2	5	4	6	7	9	8	11	12	10	14	15	16
Querétaro	1	2	3	4	5	8	6	12	10	14	9	7	11	15	16	
Middle	Sinaloa	1	2	4	6	5	3	7	10	8	9	13	12	19	17	14
	Tlaxcala	1	3	2	4	5	13	6	9	8	14	11	10	7	16	12
	Durango	1	2	3	4	6	5	8	9	7	12	10	11	15	16	13
	Guanajuato	1	2	3	4	5	6	7	11	8	14	9	10	16	13	15
	Zacatecas	1	2	3	5	4	6	7	9	8	12	10	11	17	15	13
	Nayarit	1	3	2	5	6	4	10	8	9	7	12	11	17	14	15
	Yucatán	1	3	2	5	4	9	10	8	7	6	14	11	16	12	13
	Campeche	1	4	2	5	3	6	10	7	8	9	13	11	19	12	14
	Tabasco	1	3	2	5	4	6	9	10	8	7	13	11	17	12	15
	Michoacán	1	3	2	4	5	6	7	11	9	13	12	8	16	14	15
	San Luis Potosí	1	3	2	5	4	6	7	10	9	8	11	12	13	14	16
High	Hidalgo	1	2	3	4	5	11	6	8	10	9	12	13	7	16	15
	Puebla	1	3	2	5	4	14	6	7	9	10	12	11	8	13	15
	Veracruz	1	3	2	5	4	7	9	11	8	6	10	13	12	14	15
	Oaxaca	1	4	2	5	3	12	7	6	9	8	10	11	17	13	15
	Chiapas	1	4	2	5	3	9	7	8	11	6	13	10	16	12	14
	Guerrero	1	4	2	5	3	6	7	8	10	9	12	11	18	15	14

Tabla tomada de : Gómez Dantés. (2016). "The burden of cancer in Mexico 1990- 2013". *Salud Pública en México*, vol.58, núm. 2, marzo-abril, pp. 118-131. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

**Figura 2. Cánceres clasificados por la tasa de mortalidad estandarizada por 100 000 en mujeres, por estado de privación a nivel estatal. México 2013.**

**FIGURE 4. CANCERS RANKED BY AGE STANDARDIZED DEATH RATE PER 100 000 IN FEMALES BY DEPRIVATION STATUS AT THE STATE LEVEL. MEXICO 2013**

Deprivation status	State	Cervical	Breast	Stomach	Liver	Tracheal, bronchus and lung	Colon and rectum	Pancreatic	Ovarian	Leukemia	Hodgkin lymphoma	Gallbladder and biliary tract	Brain	Kidney	Non-melanoma skin cancer	Uterine
	Mexico National	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Distrito Federal	2	1	4	5	6	3	7	8	10	9	11	13	12	19	14
Low	Nuevo León	2	1	5	7	3	4	6	8	9	10	11	12	13	20	14
	Baja California	2	1	5	7	3	4	6	8	9	10	11	13	12	19	14
	Coahuila	2	1	5	6	3	4	7	8	9	11	10	13	12	17	14
	Agascalientes	3	1	4	6	2	5	7	8	9	11	10	12	13	14	15
	Jalisco	2	1	5	6	3	4	7	8	9	10	11	12	13	15	14
	Colima	1	2	3	5	4	6	8	7	9	11	10	12	13	14	15
	Tamaulipas	2	1	6	3	4	5	7	8	9	10	11	13	12	17	15
	Sonora	2	1	4	7	3	5	6	8	9	10	11	13	12	19	15
	Baja California Sur	2	1	4	8	5	3	6	7	9	10	12	13	11	16	17
	State of Mexico	2	1	3	5	6	4	7	8	9	10	11	13	12	14	15
	Chihuahua	3	1	5	7	2	4	6	8	9	11	10	13	12	18	15
	Quintana Roo	1	4	2	3	6	5	7	8	9	11	10	13	12	15	16
	Morelos	1	2	3	4	6	5	7	8	10	11	9	12	13	14	16
	Querétaro	2	1	3	4	7	5	6	8	9	11	10	12	14	13	15
Middle	Sinaloa	2	1	4	5	3	6	7	8	9	10	11	12	13	16	17
	Tlaxcala	1	2	3	4	6	5	7	8	9	10	11	13	12	14	16
	Durango	2	1	5	4	3	6	7	8	9	11	10	12	13	15	17
	Guarajuato	2	1	3	5	4	6	7	8	9	11	10	12	13	14	15
	Zacatecas	1	2	4	5	3	6	7	8	9	10	11	12	13	15	16
	Nayarit	1	2	5	3	4	6	7	8	9	11	10	12	14	13	15
	Yucatán	1	4	3	2	6	5	8	9	7	11	10	13	12	16	15
	Campeche	1	4	2	3	6	5	7	9	8	10	11	13	12	15	14
	Tabasco	1	3	4	2	6	5	7	9	8	10	11	14	12	13	15
	Michoacán	1	2	3	5	4	6	7	8	9	11	10	12	13	14	15
San Luis Potosí	1	2	4	3	5	6	7	8	10	11	9	13	12	16	15	
High	Hidalgo	2	1	4	3	6	5	7	8	9	10	11	12	13	16	17
	Puebla	1	2	4	3	8	5	6	7	9	10	11	13	12	14	15
	Veracruz	1	3	4	2	6	5	7	8	9	11	10	13	12	16	15
	Oaxaca	1	4	2	3	10	5	6	7	11	8	9	14	13	15	16
	Chiapas	1	4	3	2	6	5	7	11	10	8	9	14	12	13	16
	Guerrero	1	3	2	4	5	6	7	8	9	10	11	13	12	14	17

Tabla tomada de : Gómez Dantés, Héctor.( 2016). "The burden of cancer in Mexico 1990- 2013". *Salud Pública en México*, vol.58, núm. 2, marzo-abril, pp. 118-131. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

**Figura 3. Cánceres clasificados por la tasa de mortalidad estandarizada (por 100 000) en hombres, por estado de privación a nivel estatal. México 2013.**

**FIGURE 5. CANCERS RANKED BY AGE STANDARDIZED DEATH RATE (PER 100 000) IN MALES BY DEPRIVATION STATUS AT THE STATE LEVEL. MEXICO 2013**

Deprivation status	State	Prostate	Tracheal, bronchus and lung	Stomach	Liver	Colon and rectum	Pancreas	Leukemia	Hodgkin lymphoma	Kidney	Esophageal	Brain	Larynx	Bladder	Non-melanoma skin cancer	Gallbladder and biliary tract
	Mexico National	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Low	Distrito Federal	1	2	3	5	4	6	8	7	9	12	10	13	11	17	15
	Nuevo León	2	1	3	5	4	6	7	8	9	10	13	11	12	16	17
	Baja California	2	1	3	5	4	6	7	8	9	10	11	12	13	17	15
	Coahuila	2	1	3	5	4	6	7	9	8	10	12	11	13	14	15
	Agua Calientes	1	2	3	5	4	7	6	8	9	12	10	15	11	13	14
	Jalisco	1	2	3	5	4	6	7	8	9	12	10	11	13	14	17
	Colima	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	13	9	15	14	16
	Tamaulipas	2	1	4	3	5	6	7	8	9	11	12	10	13	15	16
	Sonora	2	1	3	5	4	6	7	8	9	10	12	11	13	14	16
	Baja California Sur	2	1	3	5	4	6	7	9	8	10	11	12	14	13	17
	State of Mexico	1	3	2	5	4	6	7	8	9	11	10	13	12	14	15
	Chihuahua	2	1	3	6	4	5	7	9	8	10	12	11	13	14	15
	Quintana Roo	1	2	3	4	5	7	6	10	9	11	12	8	14	13	16
	Morelos	1	3	2	5	4	6	7	8	9	11	10	14	15	13	12
Querétaro	1	3	2	5	4	6	7	8	10	11	9	13	12	14	16	
Middle	Sinaloa	2	1	3	4	5	6	7	9	10	12	11	8	13	14	17
	Tlaxcala	1	4	2	5	3	7	6	8	9	11	10	16	17	13	12
	Durango	2	1	3	5	4	6	7	8	9	11	10	12	13	15	14
	Guanajuato	1	2	3	5	4	6	7	8	9	11	10	14	12	13	15
	Zacatecas	1	2	3	5	4	6	7	8	10	11	9	15	12	13	14
	Nayarit	1	2	3	4	5	6	7	8	11	12	9	10	13	14	15
	Yucatán	1	4	2	3	5	9	6	7	8	10	12	11	16	13	15
	Campeche	1	3	2	4	5	7	6	8	9	11	13	10	15	12	16
	Tabasco	1	2	3	4	5	7	6	8	9	11	12	10	16	13	15
	Michoacán	1	2	3	5	4	6	7	8	9	11	10	13	14	12	15
San Luis Potosí	1	2	3	4	5	6	7	8	10	9	11	12	15	13	14	
High	Hidalgo	1	4	2	3	5	7	6	9	10	8	12	11	16	14	15
	Puebla	1	4	2	3	5	8	6	7	9	10	11	13	15	14	12
	Veracruz	1	4	3	2	5	6	7	8	10	9	12	11	16	14	15
	Oaxaca	1	4	2	3	5	7	8	6	10	9	12	13	17	14	11
	Chiapas	1	4	2	3	5	7	8	6	10	9	12	11	16	14	13
	Guerrero	1	3	2	4	5	6	7	8	9	10	12	11	16	13	15

Tabla tomada de : Gómez Dantés, Héctor. (2016). "The burden of cancer in Mexico 1990- 2013". *Salud Pública en México*, vol.58, núm. 2, marzo-abril, pp. 118-131. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

En la tabla 1 se puede observar la incidencia en los tipos de cáncer en ambos sexos por 100 000 enfermos en 2013 , así como su mortalidad, arrojando que los principales casos de cáncer con más incidencia en México de manera descendente, son: próstata, de mama, colon y recto, cervical, estómago, tiroides , y traqueal. De

las incidencias a la alza, el cáncer de próstata, de mama y el de tiroides muestran una tasa de mortalidad baja, el cáncer cervical muestra una tasa de mortalidad media y el cáncer de colón y recto, de estómago y el traqueal tienen una tasa de mortalidad alta.

Sobre los datos anteriores mucho puede deberse como se mencionaba en el capítulo 3, a que México ha centrado sus políticas públicas contra el cáncer en programas específicos dirigidos al cáncer de mama y cervicouterino así como de próstata.

Las últimas tres figuras son tablas que muestran sobre una muestra de 100 000 enfermos en 2013, la tasa de mortalidad pero conforme al estado de privación a nivel estatal, es decir, existen 3 categorías en las que son clasificados todos los estados del país, la primer categoría es la baja , esto significa que la tasa de mortalidad es baja debido a que no existe un alto margen de privación en el acceso a la salud, la segunda categoría es la media y eso significa que la tasa de mortalidad esta en la media ya que el margen de privación al acceso de salud está en un punto medio, por último está la tercer categoría denominada alta, es decir, existe una alta tasa de mortalidad en los estados de esa categoría debido al alto margen de privación en el acceso a la salud. Estas tablas exponen el razonamiento de que el margen en la privación al acceso a la salud tiene dos importantes factores: la distancia en un país que centraliza todos sus recursos y el índice de pobreza de cada estado.

Las tablas también tienen un ordenamiento de incidencia por tipo de cáncer, es decir, en los cuadros hay una transición de colores del rojo al verde y del número 1 al 16 para clasificar el ranking de decesos que tiene cada tipo de cáncer en cada estado. En este sentido, el rojo más intenso o el número 1 significan un alto nivel de decesos así progresivamente hasta llegar al verde ó número 16.

Sobre las tablas, en resumen, los estados en la categoría de baja privación, son: la Ciudad de México, Nuevo León, Baja California, Coahuila, Aguascalientes, Jalisco, Colima, Tamaulipas, Sonora, Baja California Sur, Estado de México, Chihuahua, Quintana Roo, Morelos y Querétaro. Estados que se pueden catalogar unos por la cercanía con la capital del país y cuna de la centralización y otros por su nivel económico al ser estados con actividades económicas industriales.

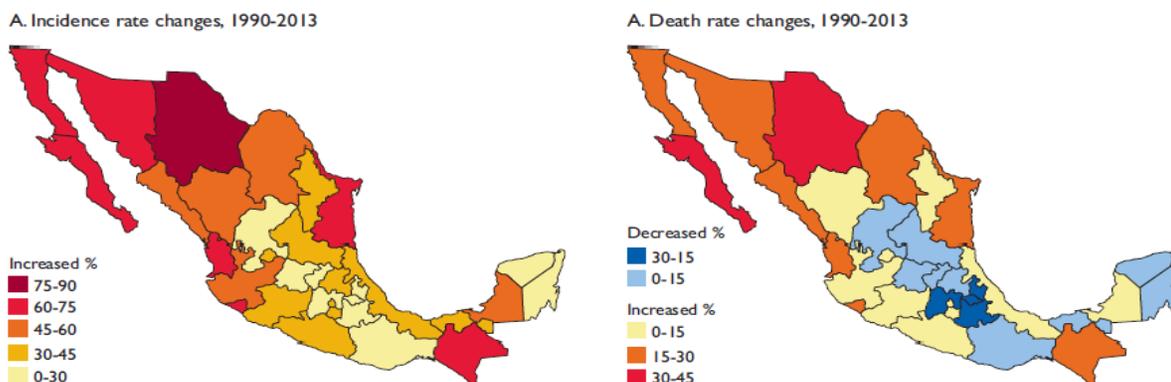
Los estados en la categoría media son: Sinaloa, Tlaxcala, Durango, Guanajuato, Zacatecas, Nayarit, Yucatán, Campeche, Tabasco, Michoacán y San Luis Potosí. Estados con una distancia aceptable a la Ciudad de México y algunos otros con buenas economías como Guanajuato. Por último la tercer categoría, la de alta privación, tiene clasificados a los estados de : Hidalgo, Puebla, Oaxaca, Veracruz, Chiapas y Guerrero, estados considerados con la incidencia de pobreza más alta en todo el país.

**Tabla 2. Población inscrita al ISSSTE por entidad**

DELEGACIÓN	TOTAL	TRABAJADORES	FAMILIARES DE TRABAJADORES	PENSIONISTAS	FAMILIARES DE PENSIONISTAS
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>13, 113,158</b>	<b>2, 857, 365</b>	<b>8,087,352</b>	<b>1, 073, 494</b>	<b>1, 094, 947</b>
<b>CIUDAD DE MÉXICO</b>	<b>3, 348, 142</b>	<b>736, 030</b>	<b>2 , 088, 225</b>	<b>286, 729</b>	<b>237, 158</b>
ZONA NORTE	781, 495	173, 572	487, 225	66, 082	54, 616
ZONA ORIENTE	842, 734	179, 098	502,214	88,397	73,025
ZONA SUR	1, 136, 332	252, 340	726, 624	86, 156	71, 212
ZONA PONIENTE	587, 581	131, 020	372, 162	46, 094	38,305
<b>AREA FÓRANEA</b>	<b>9, 765, 016</b>	<b>2, 121, 335</b>	<b>5, 999, 127</b>	<b>786, 765</b>	<b>857, 789</b>
AGUASCALIENTES	150, 627	33,111	86, 645	14, 507	16, 364
BAJA CALIFORNIA	190, 231	44, 365	105, 250	20, 640	19, 976
BAJA CALIFORNIA SUR	152, 444	37, 784	89, 838	12, 074	12,745
CAMPECHE	101,950	20,385	62,460	10, 285	8,820
COAHUILA	344, 566	73, 887	208, 624	27, 950	34, 105
COLIMA	83, 421	16, 691	49, 095	8, 638	8, 997
CHIAPAS	363, 833	87, 901	208, 820	31, 737	35, 375
CHIHUAHUA	307, 621	59, 137	187, 425	27, 051	34, 008
DURANGO	355, 323	67, 300	240, 854	20, 048	27, 121
GUANAJUATO	489, 741	123, 068	301, 863	30, 059	34, 751
GUERRERO	583, 408	121, 836	388, 454	34, 434	38, 684
HIDALGO	323, 156	84, 004	190, 345	26, 183	22, 624
JALISCO	400, 527	80, 973	237, 562	39, 163	42, 829
MEXICO	1,029,432	234,958	668, 124	68, 018	56,332
MICHOACÁN	431,661	93,115	272, 200	31, 918	34,428
MORELOS	230, 613	46,706	133, 496	24,699	25, 712
NAYARIT	196, 438	41,978	121,629	13,352	19,479
NUEVO LEÓN	270, 945	57,445	160, 242	25, 113	28, 145
OAXACA	445,018	107, 039	253, 493	39, 802	44, 684
PUEBLA	372, 195	76,088	238, 219	31, 144	26, 744
QUERETARO	148, 803	32, 689	86, 042	15,779	14, 293
QUINTANAROO	176, 886	45, 166	110,614	10, 719	10, 387
SAN LUIS POTOSI	295, 788	55,164	181,575	25, 987	33,062
SINALOA	409,522	87,528	260,441	25,896	35,657
SONORA	242, 883	40,659	148,548	23, 084	30, 592
TABASCO	184,949	35, 238	122, 563	13,013	14, 135
TAMAULIPAS	416, 163	88,776	251, 122	36, 694	39, 571
TLAXCALA	139, 322	29, 910	84, 610	11, 482	13, 320
VERACRUZ	561, 411	127, 055	334, 538	51, 329	48, 489
YUCATÁN	179, 651	36, 407	106, 835	14, 626	21, 783
ZACATECAS	179, 651	36, 407	106, 835	14,626	21,783
EN EL EXTRANJERO	7,116	1,240	4,301	851	724

Tabla tomada de: ISSSTE estadística anuario 2016.(2016).Recuperado el 19 julio de 2018, de <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2016.html#cap16>

## Mapa 1. Cambios relativos en la incidencia estandarizada por, edad y las tasas de mortalidad, en ambos sexos, para todos los cánceres en México, 1990 a 2013.



**FIGURE 2. RELATIVE CHANGES IN AGE-STANDARDIZED INCIDENCE AND DEATH RATES, IN BOTH SEXES, FOR ALL CANCERS. MEXICO, 1990 TO 2013**

Mapa tomado de : Gómez Dantés, Héctor. (2016). "The burden of cancer in Mexico 1990- 2013". *Salud Pública en México*, vol.58, núm. 2, marzo-abril, pp. 118-131. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

## Tabla 3. Consultas programadas para el Centro Médico "20 de Noviembre" a la especialidad de oncología, de enfermos referenciados de todos los estados. 2016.

CONSULTAS	TOTAL
CONSULTAS PROGRAMADAS A ONCOLOGÍA	1 155
SE PRESENTARON A CONSULTA	920
MUJERES	663
HOMBRES	257

Tabla propia elaborada con datos de la solicitud de información pública N°. 006370053816 al ISSSTE.(ANEXO)

## Tabla 4. Infraestructura del Centro Médico "20 de Noviembre".

SERVICIO	CAMAS	PROM. DIAS.EST.	TASA DE MORT.
ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	8	7.58	1.00
HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	16	12.09	1.32
HEMATOLOGÍA	26	7.94	3.83
ONCOLOGÍA MÉDICA	27	6.83	5.73
ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA	29	7.35	7.61

Tabla propia elaborada con datos de la solicitud de información pública N°. 006370053816 al ISSSTE. (ANEXO)

**Tabla 5. Pacientes que se presentaron por unidad hospitalaria.**

<b>UNIDAD</b>	<b>TOTAL DE PACIENTES</b>
H.R. PRIMERO DE OCTUBRE	168
H.R. " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"	166
H.R. GRAL. IGNACIO ZARAGOZA	129
H.G. D.R. DARIO FERNANDEZ FIERRO	73
H.A.E. BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA	49
H.G. D.R DR. FERNANDO QUIROZ	38
H.G. TACUBA	24
H.R. LEON	25
H.G. PACHUCA	23
H.G. TLAXCALA	20
C.H. TOLUCA	17
C.E. CHURUBUSCO	13
C.H. SALTILLO	13
H.G. LA PAZ B.C.S	13
H.G. TAMPICO	12
H.G. QUERETARO	11
H.G. TUXTLA GUTIERREZ	7
H.G. "DR. DANIEL GURRIA URGELL"	7
H.R. "PRESIDENTE JUAREZ"	6
C.E. LEONARDO BRAVO	5
C.H. JALAPA	5
H.R. TIPO B. CENTENARIO DE LA REV. MEXICANA	5
C.H. " MANUEL RODRIGUEZ BAYARDO"	4
C.H. HUEJUTLA DE REYES	4
H.G. VERACRUZ	4
H.R.B. "DR. MANUEL CARDENAS"	4
CMF NARVARTE	3
H.G. " DR. FERNANDO OCARANZA"	3
H.G. CHIHUAHUA	3
H.G. MORELIA	3
H.G. SAN LUIS POTOSI	3
H.R. PUEBLA	3
C.E. INDIANILLA	2
C.H. TAPACHULA	2
C.H. CIUDAD VICTORIA	2
C.H. GOMEZ PALACIO	2
C.H. PIEDRAS NEGRAS	2
C.H. TUXPAN	2
C.M.F CUITLAHUAC	2
C.M.F FUENTES BROTTANTES	2
C.M.F MOCTEZUMA	2
C.M.F XOCHIMILCO	2
H.G. TORREON	2
H.G. ZACATECAS	2
C.E. DENTALES HONORATO VILLA	1
C.H. TIJUANA B.C.	1
C.H. CANCUN	1
C.H. CD. OBREGON	1
C.H. CD. VALLES	1
C.H. COATZACOALCOS	1
C.H. COMITAN DE DOMINGUEZ	1
C.H. DR BAUDELIO VILLANUEVA	1
C.H. IXMIQUILPAN	1
C.H. MAZATLAN	1
C.H. POZA RICA	1
C.M.F. 5 DE FEBRERO	1

C.M.F. ARAGON	1
C.M.F. COYOACAN	1
C.M.F. DIVISION DEL NORTE	1
C.M.F. DR IGNACIO CHAVEZ	1
C.M.F. ERMITA	1
C.M.F. GUADALUPE	1
C.M.F. GUERRERO	1
C.M.F. MORELOS	1
C.M.F. NUEVA ROSITA	1
C.M.F. PERU	1
C.M.F. SANTA MARIA	1
C.M.F. TLANEPANTLA	1
H.G. MEXICALI	1
H.G. DR AGUILAS CALLES	1
H.G. DR RAFAEL BARBA	1
H.G. DURANGO	1
H.G. ACAPULCO	1
H.G. JOSE MARIA MORELOS Y PAVON	1
H.R. MERIDA	1
U.M.F COL LOS BUROCRATAS	1
U.M.F SALAZAR	1
<b>TOTAL</b>	<b>920</b>

Tabla propia elaborada con datos de la solicitud de información pública N°. 006370053816 al ISSSTE.(ANEXO)

El análisis de las tablas y mapas anteriores es el siguiente, la tabla dos nos muestra el número total de afiliados al ISSSTE en el año 2016 por tipo de derechohabiente, el que concierne a este trabajo es el de jubilados / pensionados.

La cifra total de jubilados en el ISSSTE para el año 2016 es de 1 073 494 y de sus familiares de 1 094 947, este total es subdividido entre la Ciudad de México y el área foránea que contempla todos los demás estados, y las cifras dejan ver que sólo en la Ciudad de México se encuentra una tercera parte del total del número de afiliados a nivel nacional. Los estados con mayor número de jubilados afiliados son: el Estado de México, Veracruz, Oaxaca, Guerrero, Jalisco y Tamaulipas. En esta tabla se vuelven arrojar indicios de una institución centralizada.

En el mapa uno podemos contrastar los datos de la tabla dos, y analizar la incidencia y mortalidad y queda claro que las incidencias y mortalidades están a la alza en los estados más alejados del centro del país o en los estados con altos niveles de pobreza. Tenemos que la incidencia incrementa en los siguientes estados: Chihuahua con un incremento de 75 a 90 %. Sonora, Baja California, Baja California Sur, Tamaulipas, Chiapas, Nayarit y Colima, con un incremento de 60 a 75 %. Durango, Coahuila, Sinaloa, Jalisco y Campeche con un incremento de 45 a 60 %. Guerrero, Michoacán, Tabasco, Veracruz, San Luis Potosí, Hidalgo, Nuevo León, Aguascalientes, Morelos y Ciudad de México con un 30 a 45 %. El Estado de México, Yucatán, Quintana Roo, Puebla, Tlaxcala, Zacatecas, Guanajuato, Querétaro y Oaxaca con un 0 a 30 % de incremento.

La mortalidad se comporta de la siguiente manera: Chihuahua y Baja California Sur incrementaron de 30 a 45 %, Chiapas, Colima, Nayarit, Tamaulipas, Sonora, Coahuila, Nayarit, Sinaloa incrementaron de 15 a 30 %. Durango, Nuevo León, Jalisco, Michoacán, Guerrero, Veracruz, Campeche, Ciudad de México y Morelos incrementaron de 0 a 15 %. El Estado de México, Tlaxcala y Puebla decreció su tasa de mortalidad de 30 a 15 %. Yucatán, Quintana Roo, Tabasco, Oaxaca, Zacatecas, San Luis Potosí, Guanajuato, Querétaro e Hidalgo decrecieron de 0 a 15 %.

Dónde el ISSSTE tiene mayor número de afiliados encaja en las dos tendencias a la alza y a la baja, por ejemplo Estado de México, Jalisco y Oaxaca son los que tienen las tendencias más favorecedoras, pero, Veracruz, Guerrero y Tamaulipas son los estados con las tendencias más catastróficas. De igual forma Chihuahua, Baja California, Baja California Sur, Colima, Nayarit, Chiapas, Durango, donde el ISSSTE tiene baja cobertura son los estados con las tendencias más altas.

Ahora bien según los registros del Centro Médico “20 de Noviembre”, única institución de alta especialidad en oncología del ISSSTE, sólo en 2016 se referenciaron de todo el país 1 mil 155 consultas para empezar tratamientos en esa unidad hospitalaria, de las cuales sólo fueron efectivas 920, es decir, sólo 920 fueron atendidas. La unidad cuenta sólo con 106 camas para toda la especialidad de oncología. Estos datos son sólo de derechohabientes con calidad de jubilados. Al anexar los números de demanda por intervención de todos los tipos de derechohabientes afiliados, los números tienen alta probabilidad de ser más radicales, y la realidad es que 106 camas no son suficientes. La unidad no tiene el registro debidamente controlado para identificar cuántos de los foráneos siguieron su tratamiento o siguieron acudiendo a citas. De existir esos registros, podría asegurarse que los números y las estadísticas serían aún más alarmantes.

Otro aspecto a considerar es que esas 1 155 consultas registradas para la unidad médica significan que el individuo que necesita la intervención siguió con todo el protocolo de referencia para obtener su cita y estar dentro del registro, pero no se debe descartar la posibilidad de todos aquellos individuos del sistema de salud del ISSSTE que requerían la intervención pero no siguieron el protocolo de referencia por distintos motivos ( capacidad financiera, apoyo familiar etc. ) y tampoco hay que descartar todos aquellos individuos que ni siquiera pudieron acceder físicamente a sus hospitales regionales del ISSSTE, por que incluso a nivel estatal existe una fuerte centralización.

Lo más interesante es que parece no importar cuántos derechohabientes tengas afiliados a un Instituto de Seguridad Social sino cuántos de ellos hacen efectivo ese derecho, en asuntos oncológicos, para el año 2016, de esas 920 consultas efectivas pedí información de su referencia por unidad hospitalaria, es decir, de qué estados provenía cada paciente, la información me la mandaron en forma de tabla con datos ordenados de manera descendente y el resultado fue el siguiente: el mayor número de individuos que accedieron al servicio médico son de la Ciudad de México, Guanajuato, Pachuca, Tlaxcala, Toluca, Coahuila, Baja California Sur, Tampico y

Querétaro, después de esos estados los demás números descienden de manera abrupta de 7 individuos a 1 por unidad hospitalaria. Esta información empata en buena manera con todos los índices anteriormente presentados y corrobora que a mayor distancia de la institución médica respecto a la zona de residencia del individuo ó a una alta probabilidad de índices altos de pobreza, menos acceso físico a la salud.

Me parece que esto se debe a que aún contando con el seguro social, ejercer el derecho a la salud implica otras cuestiones como el acceso físico, cuando son referenciados a las instituciones de alta especialidad que se encuentran en el centro del país, otros factores como la economía familiar inciden ya que los pensionados muchas veces suelen ser el principal sosten de la familia, y si se consideran las grandes restricciones, reducciones y deducciones con la nueva Ley de Pensiones y Jubilaciones que comenté en el capítulo dos de este trabajo de investigación, es muy probable que el acceso físico se coaccione e impida ejercer el derecho a la salud.

#### 4.1 Alternativas de garantía al derecho a la salud de los jubilados del ISSSTE conforme a políticas de nueva generación.

Independientemente al limitado número de derechohabientes que tienen acceso físico al Centro Médico 20 de Noviembre en la especialidad de oncología u otras especialidades, el hospital se ha enfrentado a otra problemática derivada de la lejanía de la residencia de muchos pacientes canalizados a esa unidad médica y sus familiares, el problema es, la estancia en la ciudad. Por lo que el ISSSTE implementó una nueva política en la que “el director general del ISSSTE, Florentino Castro López resaltó que la institución respalda a enfermos y sus familiares con servicios de hospedaje, alimentación, enfermería y trabajo social para derechohabientes foráneos que requieren de atención médica en la capital del país. Este espacio surgió como apoyo a afiliados y familiares que necesitan atención especializada en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” o en unidades médicas de tercer nivel de la ciudad, pero que viven en el interior de la República” (MVS Noticias ;2018).

Lo anterior significa que incluso aquellos enfermos que logran acceder físicamente a los servicios médicos tienen un margen de vulnerabilidad ante su estadía en un estado distinto al de origen, y a los que mediante esta política tienen un respaldo por la seguridad social. Es de reconocer el enfoque humanitario de esta política ya que “Además de una atención médica de calidad, los pacientes reciben un apoyo extra y humanitario en este inmueble, ya que provienen de otros estados y la mayoría no tiene familia y/o conocidos que puedan alojarlos mientras son atendidos aquí en la Ciudad. Este servicio se ofrece las 24 horas del día, los 365 días del año sin importar cuanto tiempo tarde su tratamiento; también cuenta con espacios de convivencia como biblioteca y salón audiovisual para su entretenimiento durante su estadía” (MVS Noticias ;2018).

El Instituto ha informado que este albergue cuenta con 166 camas, 23 cuartos dobles, cuatro cuartos triples para uso pediátrico y 18 salas generales con seis camas y que reciben por mes, aproximadamente, a 270 pacientes, además en caso de emergencias las unidades médicas cercanas brindan el apoyo con una ambulancia para traslado.

Otra alternativa que pudiese garantizar el derecho a la salud de no sólo los enfermos de cáncer jubilados del ISSSTE sino a toda la población que padezca algún tipo de cáncer es el Programa Integral de Prevención y Control del Cáncer en México (PIPCCM).

Las autoridades del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) informaron que arrancó el PIPCCM por lo que se trabaja de la mano con Organizaciones de la Sociedad Civil.

“Con dicho programa, el gobierno federal, a través del Instituto Nacional de Cancerología busca responder a las necesidades de detección, atención y monitoreo del cáncer en nuestro país, y las OSC son actores clave para el éxito del mismo y lograr reducir el impacto del cáncer entre los mexicanos, puntualizó el director general del INCAN, Abelardo Meneses. Este Programa busca al mismo tiempo coordinar los esfuerzos de todos los actores del Sistema de Salud, como ocurre en países líderes en la materia como Australia, Canadá, Francia, Reino Unido, entre otros” (Enfoque Noticias: 2017).

Los lineamientos de dicho programa hasta el momento de la investigación no se han hecho públicos, pero se rescata de esta declaración el sentido de apegarse a los programas nacionales basados en estándares internacionales como la OMS o la UICC. Más importante aún es la conciencia de poner como un factor determinante la importancia de la coordinación de esfuerzos de todos los actores del Sistema de Salud para enfrentar este problema de salud pública.

En este sentido parece haberse logrado un avance en la lucha contra el cáncer que podría beneficiar no sólo a un grupo focal, o a una sola institución de seguridad social y servicios médicos sino a todo el sector público de salud en México y por qué no al sector privado de salud en México. El avance implica tener la claridad de que nos falta para hacer frente a este problema de salud y poder enfocar de mejor manera las políticas públicas en salud con los instrumentos que dote este programa y esfuerzos coordinados y no aislados.

Considero al programa como una alternativa, en el sentido de que, al estar apegado a los estándares internacionales pueda poner en la mesa los temas que en “El cáncer en México: propuestas para su control” artículo publicado en la revista de Salud Pública de México y desarrollado en este trabajo se han expuesto, como : el desarrollo de un registro poblacional de casos de cáncer para lograr política enfocadas a la prevención y tamizaje y reducir el tratamiento de casos avanzados y

muchas veces inútiles que implican desgaste económico bastante considerable y que de cierta manera podrían sopesar la poca cobertura efectiva por la imposibilidad de acceso físico debido a la infraestructura centralizada.

# ANEXOS



"2016, AÑO DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL"

Oficio N° 96.200.1.1.3/1382/2016

Ciudad de México, 25 de noviembre de 2016

Asunto: Solicitud de Información Pública N°. 0063700538116

**MTRA. BENITA HERNÁNDEZ CERÓN**  
**TITULAR DE LA UNIDAD DE ENLACE**  
**Y COMITÉ DE INFORMACIÓN**

Calle de Jesús García N° 140, Quinto Piso, Ala "A"  
Col. Buenavista, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06350

Me refiero a la prórroga de la Solicitud de Información Pública N° 0063700538116 captada a través del Sistema de Solicitudes de Información (Infomex) del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en la que solicita lo siguiente:

*"Solicito información del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" incorporado al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, específicamente necesito datos estadísticos e información sobre el área de oncología. Requiero de información la necesidad de salud (intervenciones en el área de oncología, es decir el número de pacientes que ingresan cada cierto periodo, según considere la institución (mensual, trimestral, anual, etc.), respecto a este punto es de suma importancia para mí saber cuántas personas provenientes de otros estados de la República afiliadas al ISSSTE son canalizadas al hospital sin olvidar a las personas que residen en la CDMX, el sexo de los pacientes, edades y cuántos de ellos pertenecen al grupo específico de jubilados del ISSSTE, cuántas de esas personas tienen características de síntoma único o síntomas múltiples (complejo de síntomas), respecto a este último cuántos pacientes ingresan con Cáncer de mama, Cáncer ginecológicos (ovarios, útero, vagina, vulva, cuello uterino), Cáncer de pulmón, Cáncer de colon, Cáncer de ovario, Cáncer urológicos, Cáncer gástricos, Cáncer de cabeza y cuello y por último Linfomas. Registros de tamizajes ("consiste en la identificación presunta de enfermedades o deficiencias no reconocidas por medio de pruebas, exámenes o procedimientos de otro tipo que puedan aplicarse con rapidez.") La medición de la utilización, es decir, Inventarios de medicamentos, tratamientos médicos específicos, registros de realización de intervenciones y biomarcadores (es aquella sustancia utilizada como indicador de un estado biológico. Debe poder medirse objetivamente y ser evaluado como indicador de un proceso biológico normal, estado patogénico o de respuesta a un tratamiento farmacológico.) Por último, las tasas de mortalidad y no mortandad, y los espacios disponibles de la unidad médica para pacientes del área de oncología (número de camas) así como el tiempo mínimo y máximo que se le otorga a un paciente de estancia en el hospital."*

Av. Félix Cuevas N° 540, Col. Del Valle C.P. 03229 Delegación Benito Juárez  
Tel. 52 00 55 02 www.issste-cdmx 20n.gob.mx

"2016, AÑO DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL"

Al respecto, le envío copia de los oficios N° 96.200.1.1.2/182/2016 firmado por el Dr. Julio De la Rocha, Encargado de la Coordinación de Planeación y Evaluación Hospitalaria, oficio No. 096.201.1.2.7.2-DRC-955/2016, signado por el Dr. Luis Amaro Hernández, Encargado de la División de Referencia y Contrareferencia y el oficio No. 96.201.1.2.4/0960/2016 signado por el Dr. José Merino Rajme, Coordinador de Servicios Modulares, mediante el cual se envía la información solicitada, por instrucción del C. Director de este CMN "20 de Noviembre" y mi carácter de enlace ante su Titularidad, dando atención a dicha solicitud.

Hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo

**ATENTAMENTE**  
**LA COORDINADORA**

**LIC. ELSA IRIS RUEDA SALGADO**

C.c.o. Dr. Luis Ernesto Salazar Páez, Director del CMN "20 de Noviembre".  
Oficio de la Coordinación de Supervisión y Control de la Gestión Hospitalaria.  
MNT/CMN/20

Av. Félix Cuevas N° 540, Col. Del Valle C.P. 03229 Delegación Benito Juárez  
Tel. 52 06 50 03 www.issste-cmn 20n.gob.mx



**ISSSTE**

INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"**  
**DIRECCIÓN**  
**COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN**

"2016, AÑO DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL"

OFICIO No.: 96.200.1.1.2/174/2016

Ciudad de México D.F., 01 de noviembre de 2016

**ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACION PUBLICA No. 0063700538116**

**LIC. ELSA IRIS RUEDA SALGADO**  
**COORDINADORA DE SUPERVISION Y CONTROL**  
**DE LA GESTION HOSPITALARIA**  
**P R E S E N T E**

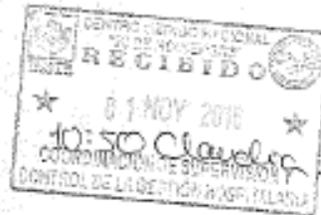
En atención al oficio No. 96.200.1.1.3/1199/2016, de fecha 19 de octubre del presente, donde solicita la Mtra. Benita Hernández Cerón, Titular de la Unidad de Enlace de Información del ISSSTE, la Información Pública No. 0063700538116, captada en el sistema de solicitudes de Información (Infomex) del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en lo referente a Número anual 2015 de pacientes diagnosticados con Cáncer en sus diferentes rubros, al cual anexo tabla de Registros Hospitalarios, con el contenido correspondiente

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**Atentamente**

**DR. ALFREDO LEONARDO CORTÉS ALGARA**  
**COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN HOSPITALARIA**

C.c.p.- Dr. Luis Ernesto Galardo Valencia, Director-Edf.  
Minuta de la Coordinación de Planeación



ALCA\*JDR\*sb

Av. Félix Cuevas 540, Col. Del Valle, C.P. 03229, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México  
Tel: (55) 5200 5003 - 14180 [www.issste-cma20n.gob.mx](http://www.issste-cma20n.gob.mx)



**I.S.S.S.T.E**  
**C.M.N. " 20 DE NOVIEMBRE "**  
**INFORME DE LAS UNIDADES MEDICAS**  
**INFORME ACUMULADO DE HOSPITALIZACIÓN 2015**

**REGISTROS HOSPITALARIOS**

**SM-10-3-3**

SERVICIO	CAMAS GENS.	PROM. DIAS EST.	TASA DE MORT.
Oncología Pediátrica	8	7.58	1.00
Hematología Pediátrica	16	12.09	1.32
Hematología	26	7.94	3.83
Oncología Médica	27	6.83	6.73
Oncología Quirúrgica	29	7.85	7.61

**PERIODO DE ENERO A SEPTIEMBRE 2016**

**SERVICIO DE ONCOLOGIA**

	TOTAL
TOTAL DE CONSULTAS PROGRAMADAS A ONCOLOGIA	1155
SE PRESENTARON A CONSULTA	920
MUJERES	663
HOMBRES	257



**ISSSTE**

INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

**CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"**

**Subdirección Médica**

Coordinación de Enlace Hospitalario  
División de Referencia y Contrareferencia

"2016. AÑO DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL"

Oficio. No.096.201.1.2.7.2-DRC-955/2016

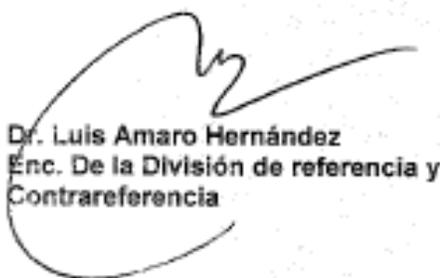
Ciudad de México, a 18 de Noviembre de 2016  
Asunto: Respuesta a Solicitud Publica N°0063700538116

**Lic. Elsa Iris Rueda Salgado**  
**Coordinadora de Supervisión**  
**Y Control de Gestión Hospitalaria**  
Presente.

Entrego a Usted la Información que se encuentra a nuestro alcance, existiendo otros parámetros estadísticos que solo se pueden consultar en la base de datos del sistema operativo de la Coordinación de Tecnologías de Información, a cargo del Ing. Jorge Luis Pineda Cárdenas.

Sin más por el momento, me despido de usted.

**Atentamente**



**Dr. Luis Amaro Hernández**  
**Enc. De la División de referencia y**  
**Contrareferencia**

Minuta.- División de Referencia y Contrareferencia

LAH/bvs.

Av. Héroes Chavín 546, Col. Del Valle, C.P. 05229, Delegación Benito Juárez, México, D.F.  
Tel: (55) 5700 5903 [www.issste-cmo2fo.gob.mx](http://www.issste-cmo2fo.gob.mx), [referenciacao2fo@issste.gob.mx](mailto:referenciacao2fo@issste.gob.mx) Ext.14-466

**ENERO A SEPTIEMBRE 2016**

PACIENTES QUE SE PRESENTAN A CONSULTA POR UNIDAD HOSPITALARIA

UNIDAD	TOTAL DE PACIENTES
H.R. PRIMERO DE OCTUBRE	168
H.R. "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"	166
H.R. GRAL. IGNACIO ZARAGOZA	129
H.G. DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO	73
H.A.E. BICENTENARIO DE LA INDEPENDENCIA	49
H.G. DR. FERNANDO QUIROZ	38
H.G. TACUBA	24
H.R. LEON	25
H.G. PACHUCA	23
H.G. TLAXCALA	20
C.H. TOLUCA	17
C.E. CHURUBUSCO	19
C.H. "DR. JOSE MA. RODRIGUEZ", SALTILLO.	13
H.G. LA PAZ B.C.S.	18
H.G. TAMPICO	12
H.G. QUERETARO	11
H.G. "DR. BELISARIO DOMINGUEZ, TUXTLAG	7
H.G. "DR. DANIEL GURRIA URGELL"	7
H.R. "PRESIDENTE JUAREZ"	6
C.E. LEONARDO BRAVO Y NICOLAS BRAVO	5
C.H. JALAPA	5
H.R. TIPO B. CENTENARIO DE LA REV. MEXICA	5
C.H. "DR. MANUEL F. RODRIGUEZ BAYARDO	4
C.H. HUEJUTLA DE REYES	4
H. G. "VERACRUZ"	4
H.R.B. "DR. MANUEL CARDENAS DE LA VEGA	4
C.M.F. NARVARTE	3
H.G. "DR. FERNANDO OCARANZA ", HERMOS	3
H.G. "LAZARO CARDENAS" CHIHUAHUA	3
H.G. "VASCO DE QUIROGA" MORELIA	3
H.G. SAN LUIS POTOSI	3
H.R. PUEBLA	3
C.E. INDIANILLA	2
C.H. "DR. ROBERTO NETTEL FLORES", TAPAC	2
C.H. CD. VICTORIA	2
C.H. GOMEZ PALACIO (P), GOMEZ PALACIO,	2
C.H. PIEDRAS NEGRAS	2
C.H. TUXPAN	2
C.M.F. CUITLAHUAC	2
C.M.F. FUENTES BROTTANTES	2
C.M.F. MOCTEZUMA	2
C.M.F. XOCHIMILCO	2
H.G. "DR. FCO. GALINDO CHAVEZ", TORREON	2
H.G. ZACATECAS	2
C.E. DENTALES HONORATO VILLA	1
C.H. "FRAY JUNIPERO SERRA", TIJUANA, B.C	1
C.H. CD. CANCUN	1
C.H. CD. OBREGON	1
C.H. CD. VALLES	1
C.H. COATZACOALCOS	1
C.H. COMITAN DE DOMINGUEZ	1
C.H. DR. "BAUDELIO VILLANUEVA"	1
C.H. IXMIGUILPAN	1

C.H. MAZATLAN	1
C.H. POZA RICA	1
C.M.F. 5 (CINCO) DE FEBRERO	1
C.M.F. ARAGON	1
C.M.F. COYOACAN	1
C.M.F. DIVISION DEL NORTE	1
C.M.F. DR. IGNACIO CHAVEZ	1
C.M.F. ERMITA	1
C.M.F. GUADALUPE	1
C.M.F. GUERRERO	1
C.M.F. MORELOS	1
C.M.F. NUEVA ROSITA	1
C.M.F. PERU	1
C.M.F. SANTA MARIA	1
C.M.F. TLALNEPANTLA	1
H.G. "CINCO DE DICIEMBRE", MEXICALI, B.C.	1
H.G. "DR. AGUILAS CALLES"	1
H.G. "DR. RAFAEL BARBA OCAMPO"	1
H.G. "DR. SANTIAGO RAMON Y CAJAL", DURAN	1
H.G. ACAPULCO	1
H.G. JOSE MARIA MORELOS Y PAVON	1
H.R. MERIDA	1
U.M.F. COL. LOS BUROCRATAS	1
U.M.F. SALAZAR	1

920

# Conclusiones

Después de la interpretación de los datos, tanto cuantitativa como cualitativa, en los cuatro capítulos anteriores pude realizar la comparación entre las dos variables que componen la hipótesis sobre el modelo de comportamiento del fenómeno de investigación de la presente tesina.

Mis variables fueron: como independiente, los lugares de referencia de los enfermos de cáncer y como variable dependiente, la cobertura efectiva (acceso físico: unidades, espacio, calidad, intervenciones utilizadas). El fenómeno de investigación de esta tesina son las políticas públicas de combate al cáncer en México, su oportunidad y cobertura efectivas conforme al lugar de residencia de los enfermos jubilados del ISSSTE.

Posteriormente de comparar ambas variables antes descritas, mi análisis me permite elaborar, en este apartado, las conclusiones o inferencias sobre la verdad o la falsedad de mi hipótesis de investigación. Tal inferencia la elaboré por medio del método de verificación por documentación.

Dicho lo anterior, en este trabajo, he sostenido lo siguiente: Las políticas públicas de combate al cáncer, que establecen a la Ciudad de México como el único lugar de atención y tratamiento para los jubilados del ISSSTE que padecen esta enfermedad en toda la República, son violatorias del derecho humano a la salud.

Puedo concluir que mi hipótesis es verdadera debido a que, con la información obtenida pude constatar que de 1,155 derechohabientes, jubilados, que necesitaban acceder a su derecho a la salud en el ISSSTE sólo 920 hicieron efectivo tal derecho, en el año 2016. Es decir, existe un margen de falta de acceso a la salud de un 20.35 % del total registrado en el periodo de un año, y esto representa una violación al derecho humano a la salud, en el sentido de que las políticas públicas siguen estando determinadas por la centralización de los recursos y la infraestructura, lo que va en detrimento del acceso físico a la institución de salud por parte de los jubilados y por ende en detrimento del acceso a su derecho a la salud.

Independientemente de lo que se pudo comprobar con datos oficiales, en este trabajo consideré el porcentaje de jubilados que no accedieron al Instituto para una intervención en la especialidad de oncología debido a dos factores:

- 1.- La **centralización** y las **reformas** al ISSSTE en el sistema de jubilación y pensiones para sus derechohabientes (el régimen de pensiones por capitalización individual es desigual e injusta empezando por las cotizaciones mínimas y prestación de servicios que un trabajador debe cubrir para tener derecho a una pensión), pueden ser factores que determinan de manera negativa el traslado

desde los distintos estados de la república, más aún los más alejados, al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

2.-La centralización no sólo a nivel nacional, sino también a nivel estatal, puede determinar que **el enfermo ni siquiera pueda acceder a la unidad regional del ISSSTE** del estado en el que radique para su valoración y referencia al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

En este sentido, subrayo que hay que considerar todos esos casos que no son “registrables”, ya sea por la incapacidad económica del enfermo para el traslado desde un estado lejano a la infraestructura con la que cuenta el ISSSTE para la especialidad de oncología en la Ciudad de México, o ya sea por que ni siquiera acudieron a su unidad médica regional de enlace, cualquiera que sea de estos casos, implica no seguir con el protocolo de referencia de la unidades médicas del ISSSTE al “ Centro Médico 20 de Noviembre” y por consecuencia todos esos individuos no aparecerán registrados en ninguna base de datos del ISSSTE. Incluso de los 1 155 casos sí resgistrados existe un margen de falta de acceso a la salud de un 20.35 % del total registrado en el periodo de un año, y puedo aseverar que, en su mayoría, ese margen en la falta de acceso a la salud es por causa del acceso físico.

Recordando el concepto de cobertura efectiva del sistema de salud en conjunto como “*la fracción de ganancia potencial en salud de la población que el sistema de salud puede esperar aportar*” (Vidal 2006; 14) es evidente que la cobertura es mínima teniendo en cuenta los 2, 168, 441 jubilados y familiares de estos, afiliados al ISSSTE, los 1, 155 jubilados enfermos de cáncer “registrables”, los 920 enfermos jubilados de cáncer que hicieron efectivo su derecho a la salud a través de esta institución y las 106 camas disponibles de la especialidad de oncología en el “ Centro Médico 20 de Noviembre” del ISSSTE, sólo en el año 2016 y sin contar a los otros 13, 113, 158 de derechohabientes inscritos al ISSSTE, que estén registrados o no como individuos que demanden una intervección y acceso físico a dicha institución, que no son considrados como objeto de investigación de este trabajo.

Respecto a los dos objetivos generales de este trabajo que son: primero, evaluar la correlación entre la falta de cobertura de las políticas contra el cáncer y el perjuicio al derecho humano a la salud, y segundo, analizar el enfoque de las reformas a la Ley de Seguridad Social del ISSSTE y su incidencia en la cobertura efectiva a los enfermos de cáncer.

Concluyo que sobre el primer objetivo el déficit de cobertura está fuertemente condicionado por la falta de una orientación de todos los instrumentos nacionales e internacionales de los derechos humanos hacia las políticas públicas de salud, en el sentido de que, “[...] las políticas públicas con enfoque de Derechos Humanos forman las articulaciones racionales de acciones y omisiones del Estado, basadas, por una parte en las obligaciones contraídas voluntariamente por los Estados a través de distintos instrumentos de Derechos Humanos y, por otra, en la definición participativa de los principales problemas y necesidades por parte de la población,

así como su participación directa en el diseño, monitoreo y evaluación” (Sandoval Vásquez, 2011: 101).

Lo anterior implica que el derecho a la salud clasificado dentro de los derechos humanos de segunda generación tiene una importante diferencia respecto a los derechos de primera generación. La diferencia consiste en que los primeros, “por su carácter político y civil, requieren de una actitud del Estado que los reconozca y respete, los de segunda generación por su naturaleza social exigen al Estado una aptitud, un determinado nivel de desarrollo, principalmente económico, que haga posible que tales derechos sean satisfechos” (Morales, 1996: 98).

Es decir, como se establece en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobados y aclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948: *“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...”* (Morales, 1996: 97). En este sentido, todo Estado miembro de este organismo tiene la obligación contraída voluntariamente de propiciar dichas condiciones económicas, de nivel de vida o desarrollo para ejercer plenamente el derecho a la salud de la población.

El primer objetivo es vinculante con el segundo, por lo que concluyo que el enfoque de las reformas a la Ley de Seguridad Social del ISSSTE y su incidencia en la cobertura efectiva a los enfermos de cáncer, representa un claro ejemplo de la falta de políticas públicas orientadas en los principios de derechos humanos y la falta de compromiso del Estado para hacer efectivas todas sus obligaciones contraídas en materia de derechos humanos, debido a que el régimen de pensiones por capitalización individual es desigual e injusta empezando por las cotizaciones mínimas que un trabajador debe cubrir para tener derecho a una pensión, 1.3 millones de pesos como requisito, el aumento de años laborales y edad para jubilación, y la capacidad del Estado para utilizar los ahorros de los trabajadores por medio del nuevo órgano creado “PENSIONISSSTE” para invertir en infraestructura ,cuando tales gastos deben correr por cuenta del Estado de manera obligatoria.

Agregando que después de 3 años el dinero de los trabajadores deba ser obligatoriamente transferido a una AFORE que invertirá tal dinero en el mercado especulativo con el fin de crear mejores rendimientos, con plena responsabilidad del trabajador por lo que pueda suceder.

Los dos argumentos que se dieron para la aprobación de la nueva ley parecen contradictorios, el primero alude que debido al aumento del progreso en materia de salud los mexicanos son propensos a ser más longevos por lo que los jubilados superan en número a los trabajadores activos que en parte cotizaban las pensiones por jubilación, causa del déficit presupuestal de la institución, el cuestionamiento versa sobre la responsabilidad del poder ejecutivo y el legislativo de saber sobre los

niveles de desempleo, considerando que esa fue una de las banderas con que Felipe Calderón Hinojosa ganó la presidencia.

El segundo argumento fue que debido a la transición demográfica los pensionados ahora requieren de atención a enfermedades crónico degenerativas las cuales son especialidades más costosas al igual que los medicamentos, entonces, el gobierno de México acepta las recomendaciones de organismos internacionales como el BM y el FMI para dismantelar la seguridad social con fin de evitar una crisis económica capitalista, pero tarda más de 5 años en empezar a implementar las recomendaciones de organismos internacionales para crear planes nacionales contra enfermedades crónico degenerativas, planes estructurados de acuerdo a las condiciones de cada país para que con los mismos recursos destinados a tales enfermedades se logre una mayor efectividad con un enfoque de prevención y no de tratamiento, como lo es el caso específico de los programas nacionales de combate al cáncer.

Los fondos de pensiones y derecho a la seguridad social fueron afectaciones para todos los jubilados del ISSSTE, y esto evidentemente implica no cumplir con las condiciones económicas, de nivel de vida o desarrollo para ejercer plenamente el derecho a la salud de la población. Por lo que creo que un porcentaje del margen de individuos que no acceden al Centro Médico "20 de Noviembre" puede estar determinado por las implicaciones económicas que representa el nuevo modelo de pensiones y jubilaciones, para cada individuo.

# Fuentes consultadas

## Libros (Impresos y en línea)

- Aguilar Villanueva, Luis F. 1992. *El Estudio de las Políticas Públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Barajas Montes de Oca. 2000. *Derechos del pensionado y del jubilado*. México: UNAM. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx>
- Canto Chac, Manuel. 2010. "Políticas públicas y derechos humanos", en *Los Derechos humanos en las ciencias sociales: una perspectiva multidisciplinaria*. (eds. Estévez, Ariadana y Daniel Vázquez) .México: FLACSO.p. 77. Cita a Maria Paula Dallari Bucci *et al.* (2001). "Direitos humanos e políticas públicas". Sao Paulo Pólis: Cardenos Pólis, 2. p.60.
- Cázares García, Gustavo. 2007. *Derecho de la Seguridad Social*. México:Editorial Porrúa S.A.
- Dye,T.R. 1972. *Understanding public policy*. (Englewod cliffs).NJ:Prentice-Hall, citado por Howlett, Michael. 2011. *Designing Public Policies principles and instruments*. Great Britain: Routledge.p. 15.
- Estévez, Ariadana., y Daniel Vázquez. 2010. *Los Derechos humanos en las ciencias sociales: una perspectiva multidisciplinaria*. México:FLACSO.
- Hernández Estrada, Mara; José del Tronco y Gabriela Sánchez Gutiérrez. 2009. *Un congreso sin mayorías: mejores prácticas en negociación y construcción de acuerdos*. México: FLACSO.
- Howlett, Michael. 2011. *Designing Public Policies principles and instruments*. Great Britain: Routledge.
- Ives, Meny y Thoenig Jean- Claude. 1992. *Las Políticas Públicas*. (Traducido por Morata, Francisco). España: Ariel.
- Lasswell, Harold D. (1958) .*Politics:Who Gets What, When,How*.New York: Meridian, citado por Howlett, Michael.(2011). *Designing Public Policies principles and instruments*.Great Britain:Routledge. p.15.
- Merino, Mauricio. 2013. *Políticas Públicas: Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos*. México: CIDE.
- Molina Marín, Gloria y Gustavo Alonso Cabrera Arana. 2008. *Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Morales Gil de la Torre, Héctor. 1996. *Derechos Humanos dignidad y conflicto*. México: Universidad Iberoamericana.
- OIT. 1984. "Introducción a la seguridad social". Oficina General del Trabajo, citado en Roberto HAM CHANDE. 2000. "Sistemas de pensiones y perspectivas de seguridad social", en *Estudios Demográficos y Urbanos*.

- Organización Mundial de la Salud. 2004. *Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión*. (Traducido al español por la Organización Panamericana de la Salud). Washington, D.C: OPS.
- Ortega, Max y Ana Alicia Solís de Alba. 2013. *Privatización y despojo, las pensiones del ISSSTE*. México: ITACA.
- Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. 2008. *Nuevo Derecho de la Seguridad Social*. México: Editorial Porrúa S.A.
- Ullrich A, Fitzgerald P. 1990. "Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward." en *Social Science and Medicine*. Washington, D.C: OPS.
- Vázquez, Rodolfo. 2007. "La bioética en contexto. El derecho a la salud como derecho social" en *Aspectos sociales de la Bioética. Memorias*. México: Comisión Nacional de Bioética.
- Velasco, José Luis. 2010. "Derechos humanos y ciencia política," en *Los Derechos humanos en las ciencias sociales: una perspectiva multidisciplinaria*. (eds. Estévez, Ariadana y Daniel Vázquez). México:FLACSO.p.267, citando a Maritain, Jacques.(1948)."introduction", en Jacques Maritain et al.(1948) *.Human Rights: Coments and Interpretations*. París:Unesco.
- Velasco, José Luis. 2010. "Derechos humanos y ciencia política," en *Los Derechos humanos en las ciencias sociales: una perspectiva multidisciplinaria*.(eds. Estévez, Ariadana y Daniel Vázquez).México: FLACSO. 264 pp. Cita a Karl Otto Apel. (2007). "Discourse Ethics, Democracy, and International Law: Toward a Globalization of Practical Reason", *American Journal of Economics and Sociology*, vol. 66, núm. 1, pp.49-70.
- Vidal , Cecilia. 2006. *Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003*, México:Secretaría de Salud.

## Revistas (Impresos y en línea)

- Aguilar García, Javier. 2006. "La seguridad social y las reformas a los sistemas de pensiones en México". *Estudios Políticos*, vol. 8, núm. 8, mayo-agosto, pp. 133-170.Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426439536007>
- Carrillo, Ana María. 2002. "Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876- 1910)". *História, Ciência, Saúde- Manguinhos*, Vol. 9, supl, pp.67-87. Prédio do Relógio. Rio de Janeiro. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400004&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400004&script=sci_abstract&tlng=es)
- Carrillo, Ana María. 2010. "Entre el sano temor y el miedo irrazonable: la campaña nacional contra el cáncer". *História, Ciência, Saúde- Manguinhos*, Vol.17, supl. 1, pp.89-107. Prédio do Relógio. Rio de Janeiro. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138052006>
- Gómez Dantés, Héctor. 2016. "The burden of cancer in Mexico 1990- 2013". *Salud Pública en México*, vol.58, núm. 2, marzo-abril, pp. 118-131.Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10645277005>
- Nicoletti, Javier Augusto. 2008. "Derecho Humano a la Salud: Fundamento y construcción." *Revista de Ciencias Sociales universidad de Costa Rica*, vol. II, núm. 120, pp. 49-57. Universidad de

Costa Rica. San José, Costa Rica. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15312721005>

Nicoletti, Javier Augusto. 2008. "Derecho Humano a la Salud: Fundamento y construcción," *Revista de Ciencias Sociales universidad de Costa Rica*, vol. II, núm. 120, pp. 52, citando a Laporta, F. 2001. *El concepto de los Derechos Humanos*. España: Ed. UNIA. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15312721005>

Peláez, Martha B. y Marcela Ferrer Lues. 2001. "Salud pública y los derechos humanos de los adultos mayores." *Acta Bioethica*, vol. VII, núm. 1, pp. 143-155. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55470111>

Reynoso Noverón, Nancy; Mohar, Alejandro. 2014. "El cáncer en México: propuestas para su control", *Salud Pública en México*, vol.56,núm.5, pp. 418 - 420. Instituto Nacional de Salud. Cuernavaca, México. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632373002>

Romero Uzcátegui, Yajaira Coromoto. 2014. "La salud. Un derecho humano por construir desde la educación." *Educere*, vol. 18, núm. 61, septiembre-diciembre, pp. 399-408. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35639776002>

Ronzón Hernández, Zoraida y Bernardino Jaciel Montoya Arce. 2013. "La seguridad social entre la población envejecida del Estado de México: alcances y limitaciones de las políticas públicas". *Papeles de Población*, vol. 19, núm. 77, julio-septiembre, pp. 61-82. Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11228794003>

Salas Zapata W, Rios- Osorio L; Gómez Arias RB y Álvarez del castillo X. 2012. "Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos", *Panam salud publica* vol.1,núm.32, pp. 77-81. Universidad de los Andes. Mérida.

Sandoval Vásquez, Alexis Francisco. 2011. "Derechos Humanos y políticas públicas". *Reflexiones*, vol. 90, núm. 2, pp. 101-114. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72922586007>

Secretaría de Salud. 1895- 1896. *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, México D.F. Secretaría de Salud, 3ª serie, v.1, p.21-31.

Subsecretaría de Asistencia. 1947-1968. *Secretaría de Salubridad y asistencia*, c.25, e.I. AHSSA.

## Recursos electrónicos

### Páginas Institucionales

ACNUDH. 2015. "Qué son los derechos Humanos". Recuperado el 21 agosto de 2018, de <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

CNDH. 2015. "Qué son los derechos Humanos". Recuperado el 19 agosto de 2018, de [http://www.cndh.org.mx/Que\\_son\\_derechos\\_humanos](http://www.cndh.org.mx/Que_son_derechos_humanos)

COFECE. 2015. "investiga posibles prácticas monopólicas absolutas en mercado de la prestación de servicios de administración de fondos para el retiro en México". Recuperado el 5 de abril de 2018, de <https://www.cofece.mx/cofece/index.php/prensa/historico-de-noticias/cofece-investiga-posibles-practicas-monopolicas-absolutas-en-mercado-de-la-prestacion-de-servicios-de-administracion-de-fondos-para-el-retiro-en-mexico>

INEGI. 2015. "Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer". Recuperado el 5 abril de 2018, de <http://www.consulta.mx> ó <http://www.inegi.org.mx>

ISSSTE. 2016. "Estadística anuario 2016". Recuperado el 19 julio de 2018, de <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2016.html#cap16>

Secretaría de Salud. 2017. "318. Cáncer, tercera causa de muerte en México". Recuperado el 10 mayo de 2018, de <https://www.gob.mx/salud/prensa/318-cancer-tercera-causa-de-muerte-en-mexico>

UNICEF. 2016. "El marco de los derechos humanos". Recuperado el 1 de abril de 2016, de [http://www.unicef.org/spanish/crc/index\\_framework.html](http://www.unicef.org/spanish/crc/index_framework.html)

## Notas periodísticas (Impresas y en línea)

"Anuncia el INCAN que arrancó Programa Integral de Prevención y Control de Cáncer en México". (2017, agosto 10). Xóchitl López Barrón. *Enfoque noticias*. Recuperado el 1 de junio de 2018, de <http://www.enfoquenoticias.com.mx/noticias/anuncia-el-incan-que-arranc-programa-integral-de-prevenci-n-y-control-de-c-ncer-en-m-xico>

"Apoya ISSSTE a familiares de los estados con hospedaje en CDMX". (2018, 15 de julio). *MVS Noticias*. Recuperado el 19 de julio de 2018, de <http://www.mvsnoticias.com/#!/noticias/apoya-issste-a-familiares-de-los-estados-con-hospedaje-en-cdmx-616>

"Cámara de diputados pide aclarar presunta privatización del IMSS". (2015, 16 de julio). *El economista*. Rolando Ramos. Recuperado el 5 de octubre de 2017, de <http://www.eleconomista.com.mx/sociedad/2015/07/16/camara-diputados-pide-aclarar-presunta-privatizacion>

"Dictamen de la comisión nombrada para estudiar la proposición del Dr. Fernando Ocaranza sobre la declaración obligatoria del cáncer ante el Departamento de Salubridad". *Série Salubridad Pública, Congresos y Convenciones*, c.14, e.4. (Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México – AHSSA). 3 jul. 1923.

"IMSS desmiente 'privatización' afirma que seguirá cubriendo todas las enfermedades". (2015, 17 de julio). *Aristegui noticias*. Recuperado el 5 de octubre de 2017, de [http://m.aristeguinoticias.com/1707/mexico/imss-desmiente-en-redes-privatizacion-afirma-que-seguira-cubriendo-todas-las-enfermedades/?fb\\_comment\\_id=846076992137349\\_846084618803253#f30d21e6b8](http://m.aristeguinoticias.com/1707/mexico/imss-desmiente-en-redes-privatizacion-afirma-que-seguira-cubriendo-todas-las-enfermedades/?fb_comment_id=846076992137349_846084618803253#f30d21e6b8)